

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Le Malattie croniche Non Trasmissibili (MNT) sono la principale causa di morte nel mondo. Le principali categorie di tali malattie - malattie cardiovascolari, cancro, malattie polmonari croniche e diabete - causano in tutto il mondo la quota prevalente di decessi registrati ogni anno. Morti premature che riconoscono cause multifattoriali e, tra queste, quelle legate ai comportamenti individuali come il consumo di alcol, il fumo, l'alimentazione scorretta e l'inattività che possono agire da principali fattori di rischio per la salute, connotando modelli non salutari che richiedono interventi e misure di prevenzione da attuare attraverso politiche per la salute capaci di influenzare il cambiamento degli stili di vita. È responsabilità ultima dell'individuo adottare tale cambiamento e, auspicabilmente, responsabilità delle Istituzioni pubbliche favorirlo attraverso un impegno attivo non solo in campo sanitario ma in tutti gli altri settori influenti sul controllo, mantenimento e miglioramento dello stato di buona salute della popolazione.

Questa finalità di salute pubblica è la base dell'azione efficace già condivisa dalle strategie e dal Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che mira a salvare milioni di vite e contrastare la sofferenza legata al carico di malattia rilevabile nella popolazione.

Qualunque piano di azione mirato a contrastare i fattori di rischio, favorire stili di vita sani e assicurare la prevenzione delle malattie prevede e adotta una *road map* e un menù di opzioni che partono, essenzialmente, dalle *policy*, ma sviluppano, necessariamente, un'azione coordinata e coerente a tutti i livelli, dal locale al globale. Il Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 si sviluppa, attraverso l'analisi di azioni consistenti e di valutata efficacia, in una prospettiva complessiva tesa alla riduzione del carico di malattia nella popolazione, attraverso il raggiungimento di nove obiettivi globali tesi alla riduzione relativa del 25% della mortalità prematura da malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche entro il 2025. Le quattro principali categorie di MNT citate, responsabili del maggior contributo alla morbilità, alla disabilità e alla mortalità generale e per cause specifiche, sono contrastabili attraverso azioni specifiche di prevenzione, da rivolgere al contrasto dei quattro principali fattori di rischio comportamentali: consumo di alcol, uso di tabacco, alimentazione scorretta e inattività fisica. In estrema sintesi, come sottolinea l'OMS, molto si può fare se si considera, nelle politiche di prevenzione, che le condizioni in cui le persone vivono e lavorano ed il loro stile di vita influenzano la loro salute e la qualità della vita.

A seguito della dichiarazione politica sulle MNT adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2011, che ha sviluppato un quadro di monitoraggio globale per consentire il monitoraggio internazionale dei progressi nella prevenzione e nel controllo delle principali MNT ed i loro fattori di rischio, l'OMS ha delineato nove obiettivi volontari, da raggiungere entro il 2025, e una serie di indicatori di monitoraggio atti a verificare nel tempo i progressi registrati.

L'adozione di obiettivi specifici, quali quelli definiti in Italia dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2020, richiama l'esigenza di garantire un sistema di monitoraggio che, coerentemente con la necessità di analizzare e valutare le dimensioni previste dagli obiettivi, giunge a fornire un quadro completo sugli stili di vita attraverso l'analisi dei principali fattori di rischio oggetto di attività di prevenzione, promozione della salute, intervento sanitario, riabilitazione e, non ultimo, reinserimento sociale.

L'obiettivo finale della riduzione del 25% della mortalità prematura da MNT entro il 2025 rappresenterà, anche per l'Italia, lo scopo finale e complessivo di un'azione complessa, mirata a fornire le basi comuni di intervento e gli elementi utili per la sensibilizzazione, rafforzando l'impegno nelle *policy* dedicate e la promozione di un'azione globale per affrontare queste malattie invalidanti e mortali.

Non vi è un unico percorso possibile per raggiungere obiettivi comuni che vedono, tuttavia, culture, contesti e società eterogenee nel mondo come nella nostra Nazione; condizioni, comunque, che richiedono un'analisi al fine di adattare al meglio le risposte da proporre a livello istituzionale, risposte che sono diverse in funzione delle differenze registrabili non solo nell'impatto delle malattie o dei fattori di rischio, ma anche nella prevenzione e nelle misure di controllo in atto o da adottare per il controllo di MNT che possono presentare espressioni diverse in funzione di diversi livelli di sviluppo socio-economico regionali e locali. Quali che siano le problematiche specifiche da affrontare a livello locale, tutti possono beneficiare della risposta globale al conseguimento degli obiettivi nazionali condivisi che, monitorati e analizzati attraverso alcuni indicatori, ben identificati nel Capitolo di questo rapporto dedicato agli stili di vita, contribuiranno anche a formare una nuova agenda di svilup-

po rispetto alle tre principali dimensioni dello sviluppo sostenibile: sviluppo economico, sostenibilità ambientale e, non ultima, l'inclusione sociale.

L'analisi dell'impatto epidemiologico di fattori di rischio, stili di vita e attività di prevenzione (alcol, fumo, attività fisica, alimentazione, sovrappeso e obesità generale e infantile) rappresenta un contributo ispirato al "Global Monitoring Framework", che prevede 25 indicatori. Gli indicatori compresi nella categoria dei fattori di rischio incorporano anche alcuni rilevanti indicatori collegati alle risposte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), integrate a quelle proposte anche nei Capitoli dedicati, proponendosi come "cruscotto" orientato ad una *user windows* sugli stili di vita da migliorare, anche grazie alle reazioni che potrà suscitare la lettura dei dati da parte dell'utente finale, *policy maker*, professionista della salute, giornalista o cittadino, tenuto in debito conto che il cambiamento richiesto parte da un più elevato livello di consapevolezza individuale e collettiva sui danni e sui rischi legati a comportamenti che richiedono essere sostenuti da scelte salutari e informate.

Molti sono i messaggi e numerose le raccomandazioni emergenti dal Capitolo che segue, sollecitati dall'analisi dedicata di indicatori ben definiti e coerenti con le dimensioni di cui si richiede una valutazione di impatto e possibili soluzioni volte a favorire il miglioramento degli stili di vita e dei modelli di comportamento non salutari.

Gran parte delle valutazioni riportate per le singole tematiche sono rivolte a fornire orientamenti concreti alla prevenzione e ai piani di azione, delineati dall'OMS e adottati tanto in Italia quanto a livello comunitario, non limitandosi a considerazioni di pura implicazione sanitaria. Molte delle osservazioni poste sottolineano l'esigenza di puntare, oltre che sulla prevenzione, anche sul rafforzamento della legalità e sul rispetto delle norme, che richiede un approccio ed una gestione sicuramente di competenza di settori legali, economici e sociali, soprattutto in virtù di una crescente sensibilità dell'opinione pubblica rispetto ad alcune dinamiche che, ad esempio, per l'alcol, il fumo e l'alimentazione, impongono logiche di promozione del prodotto prevalenti, sia in termini economici che di interessi, su una inalienabile ma politicamente meno sostenibile promozione della salute. L'uso delle moderne tecnologie di comunicazione per le *community* e dei *social network* introducono nuovi scenari e pongono nuove sfide per interventi mirati, in particolare ai minori e ai giovani, per cercare di contrastare fenomeni culturalmente più complessi e articolati di quelli tradizionali, anche sulla base dell'evidenza che molti fattori di rischio sono coesistenti e incidenti, ad esempio, in contesti sociali come quelli di aggregazione. In tali contesti, alcuni fattori di rischio, più di altri, sembrano favorire e predisporre all'esposizione di fattori determinanti di nuove patologie croniche comportamentali, quali quelle legate a nuove dipendenze *sine substantia*, come *gambling*, shopping compulsivo, giochi *online*, spesso integrandosi anche con le *addiction* "classiche" da alcol, nicotina, alimenti (anorressia-bulimia), attraverso comportamenti che riconoscono meccanismi comuni, anche fisiopatologici, legati all'estrema vulnerabilità tipica del periodo di maturazione cerebrale verso modalità cognitive razionali.

Tutti i fattori di rischio considerati possono diminuire la salute individuale e il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. La conseguenza da contrastare è il rischio concreto di una o più generazioni più deboli delle precedenti, evenienza da contrastare con tutti gli strumenti disponibili, partendo dall'identificazione precoce del rischio che ancora oggi non riceve adeguata attenzione. Il Piano Nazionale di Prevenzione concordato tra Stato e Regioni identifica la riduzione dei fattori principali di rischio e malattia e l'incremento delle attività di identificazione precoce come obiettivi urgenti e prioritari, che appare opportuno articolare adeguatamente per genere e per classi di età, in funzione del differente impatto anche regionale che i dati mostrano in relazione ai diversi *target* di popolazione.

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stile di vita e la conseguente promozione di comportamenti che tendono a diffondere una cultura e uno stile di vita salutare, in linea con le raccomandazioni dell'OMS, sono elementi di rilievo per correggere modelli impropri da contrastare con l'implementazione di programmi rivolti a promuovere gli aspetti di prevenzione propri, ad esempio, di un'alimentazione basata sulla dieta mediterranea e sul rafforzamento delle azioni rivolte alla riduzione nell'apporto di sale e all'uso adeguato del sale iodato. Tali azioni sono da integrare in uno stile di vita individuale e della popolazione, in cui iniziative di educazione alimentare e alla salute, favorevoli all'incremento dell'attività fisica regolare e il contrasto all'assunzione di pasti sbilanciati e/o ipercalorici, coinvolgono settori non propriamente sanitari come quelli della produzione e della ristorazione, considerato che i tempi di vita e di lavoro correnti rappresentano occasioni non così infrequenti rispetto ai consumi alimentari quotidiani e di più difficile controllo, in particolare rispetto al rischio di incremento ponderale esitante in sovrappeso e obesità di vario grado.

Politiche multisettoriali mirate all'obiettivo comune di incremento del trasporto attivo (ad esempio camminare per gli spostamenti quotidiani) hanno potenzialità di impatto sull'intera popolazione, non solo per il miglioramento della salute, ma anche, ad esempio, per la riduzione dell'inquinamento atmosferico, con implicazioni di rilievo da un punto di vista economico.

Complessivamente, è necessario rafforzare e sostenere la cultura della prevenzione attiva e passiva anche

delle patologie infettive, attraverso una maggiore adesione a quanto previsto dai piani vaccinali nazionali e raccomandazioni europee ed internazionali rivolte all'eradicazione, ad esempio, del vaiolo o al cosiddetto *status polio-free* nella Regione Europea, con l'obiettivo specifico di raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età attraverso un più ampio coinvolgimento dei professionisti della salute, sempre più formati attraverso un'educazione medica su cui basare rinnovate capacità di comunicazione di adeguate informazioni, finalizzate ad assicurare scelte informate da parte dei genitori e dei pazienti in genere. Formazione atta anche a garantire e sollecitare un maggior ricorso regolare ai programmi di screening per la prevenzione del cancro, che vedono livelli migliorabili di partecipazione, sia seguendo modalità di offerta attiva, organizzata e programmata, sia di ricorso spontaneo o dietro sollecitazione del medico. Alla luce delle previsioni dell'OMS, che ha già allertato sulla cosiddetta "epidemia cancro", che porterà a registrare oltre 17 milioni di decessi per cancro nel mondo nel corso dei prossimi due decenni, è fondamentale integrare azioni rivolte all'identificazione precoce dei fattori di rischio, al contrasto degli stili di vita non salutari, all'educazione alla salute a partire da scuole e luoghi di lavoro, all'incremento dell'offerta attiva di screening organizzati e gratuiti che possano favorire la promozione di stili di vita sani e di modelli salutari, come cultura di riferimento per vecchie e nuove generazioni, giungendo a favorire l'invecchiamento attivo e l'incremento della speranza di vita media libera da malattia. Obiettivi globali difficili, ma non impossibili se si struttureranno strategie e azioni incentrate sulle capacità della persona, come risorsa individuale e collettiva, da supportare in concreto, garantendone l'*empowerment* e mirando ad un indispensabile, urgente cambiamento dello stile di vita dell'intera popolazione, in cui investire risorse per guadagnare salute e ridurre i costi di morbilità, disabilità e mortalità evitabili, a fronte di una corretta interpretazione dei comportamenti individuali, ma anche di adeguatezza ed accessibilità di un SSN equo, accessibile e socialmente inclusivo e sostenibile per tutti.

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al consumo di tabacco, che in tutto il mondo determina il 10% dei decessi tra le persone adulte, rappresenta una delle cause di morte evitabili (1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si pone l'obiettivo di incentivare le politiche per la diminuzione del consumo di tabacco e la protezione delle generazioni future attraverso l'aumento delle tasse sul tabacco e il contrasto al commercio illecito delle sigarette (2, 3), anche grazie alle pressioni della comunità. Infatti, si stima che un aumento del 10% del prezzo del tabacco diminuisca il consumo dello stesso di circa il 4% nei Paesi con redditi elevati e dell'8% nei Paesi a basso e medio reddito. In Europa, nel 2014, si è registrata, complessivamente,

una diminuzione del consumo di sigarette del 5,7%: Germania ed Italia sono i mercati di maggior consumo con, rispettivamente, 103 e 86 miliardi di sigarette (4). In Italia si rileva che, nel 2014, i fumatori sono circa 10,2 milioni, mantenendo il trend decrescente degli ultimi anni. Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, alcuni dati sono ancora preoccupanti: il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni e il 94% prima dei 25 anni (3, 5).

Lo studio dei dati di prevalenza sul consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno nella popolazione e di individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano attività di prevenzione e di controllo.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

$$\text{Prevalenza} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", condotta nell'aprile 2014 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I quesiti riguardanti l'abitudine al fumo di sigarette sono auto dichiarati, per cui si tratta di valutazioni di tipo soggettivo.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza dei fumatori può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Sono poco più di 10 milioni i fumatori in Italia nel 2014, poco meno di 6 milioni e 200 mila uomini e poco più di 4 milioni di donne. Si tratta del 19,5% della popolazione di 14 anni ed oltre. Si continua a registrare, come già segnalato nel 2013, una lieve diminuzione di coloro che fumano sigarette. Anche il numero medio di sigarette fumate al giorno diminuisce in un trend continuo dal 2001, passando da una media di 14,7 sigarette nel 2001 a 12,1 del 2014, una variazione che conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine, sebbene tale valore sia invariato rispetto al 2013.

Rispetto al 2013 è aumentato il numero di regioni che superano o eguagliano il valore nazionale in termini di prevalenza di fumatori sulla popolazione di 14 anni ed oltre. Si tratta, infatti, di 12 tra regioni e PA (le prime, in ordine decrescente in termini di prevalenza, sono Campania, Umbria, Lazio e Abruzzo) (Grafico 1), con la più alta prevalenza di fumatori registrata in

Campania (22,1%), seguita dall'Umbria (21,2%) (Tabella 1). La Calabria presenta la minore prevalenza di fumatori di sigarette (16,2%), seguita dalla PA di Trento (16,3%). Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali si nota come la prevalenza di fumatori sia più elevata nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 19,5% e 21,9%), rispetto ai piccoli Comuni con meno di 2.000 abitanti, che fanno registrare il 17,4% di fumatori (Tabella 1).

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia un andamento non altrettanto lineare rispetto agli altri indicatori analizzati, in quanto, nel 2014, presenta un valore di 22,6% rispetto al 23,3% del 2013. Ciò sembrerebbe indicare che, una volta presa l'abitudine al fumo di sigarette, la capacità di smettere non sia influenzata dalle politiche e dalle tendenze che stanno determinando la diminuzione di tale abitudine.

La prevalenza maggiore di ex-fumatori, anche nel 2014, si evidenzia in Emilia-Romagna, capofila tra le regioni con il 29,5%. In generale, analizzando le regioni in termini di macroaree, sono le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (17,1%).

Ancora molto elevata è la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2014, infatti, si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: 14,8% di donne di 14 anni ed oltre dichiara di fumare sigarette rispetto al 24,5% di uomini di pari età.

Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

51

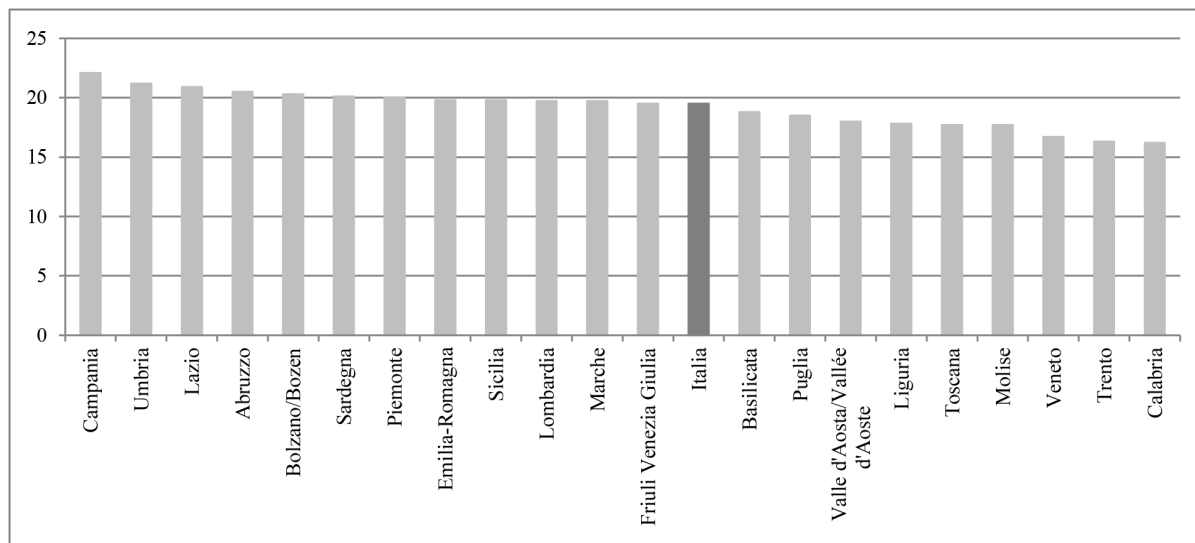
fumatori: 30,4% tra gli uomini *over* 14 anni vs 15,3% delle donne (Tabella 2).

Le fasce di età che risultano più critiche sia per gli uomini che per le donne sono, nel 2014, quella dei giovani tra i 20-24 e 25-34 anni in cui, rispettivamente, il 28,8% e 33,5% degli uomini e il 20,5% e il 19,3% del-

le donne si dichiarano fumatori.

In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini e le donne tra i 55-59 anni con, rispettivamente, 15,0 e 12,3 sigarette fumate ogni giorno (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e tipo di Comune - Anno 2014

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,0	25,2	53,1
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	18,0	24,4	55,7
Lombardia	19,7	23,5	57,8
Bolzano-Bozen	20,3	24,6	54,0
Trento	16,3	26,5	52,2
Veneto	16,7	28,2	47,7
Friuli Venezia Giulia	19,5	24,9	56,5
Liguria	17,8	24,7	57,4
Emilia-Romagna	19,8	29,5	49,0
Toscana	17,7	27,2	52,1
Umbria	21,2	28,5	52,1
Marche	19,7	25,4	51,8
Lazio	20,9	23,5	54,9
Abruzzo	20,5	20,7	57,3
Molise	17,7	21,0	56,8
Campania	22,1	21,9	58,8
Puglia	18,5	16,3	60,9
Basilicata	18,8	17,0	62,6
Calabria	16,2	18,6	59,9
Sicilia	19,8	15,3	66,3
Sardegna	20,1	17,5	61,3
Italia	19,5	22,6	56,4
Nord-Ovest	19,6	24,7	54,1
Nord-Est	18,3	26,3	54,0
Centro	19,8	23,9	55,0
Sud	19,8	17,1	61,7
Isole	19,9	20,6	57,9
Comune centro dell'area metropolitana	19,5	23,3	55,3
Periferia dell'area metropolitana	21,9	22,9	54,1
Fino a 2.000 abitanti	17,4	23,7	57,6
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,8	22,9	56,7
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,4	21,6	57,4
50.001+ abitanti	19,4	22,5	56,9

*Nella tabella vi è una quota residuale di "non indicato". Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta <100.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (valori percentuali) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2014

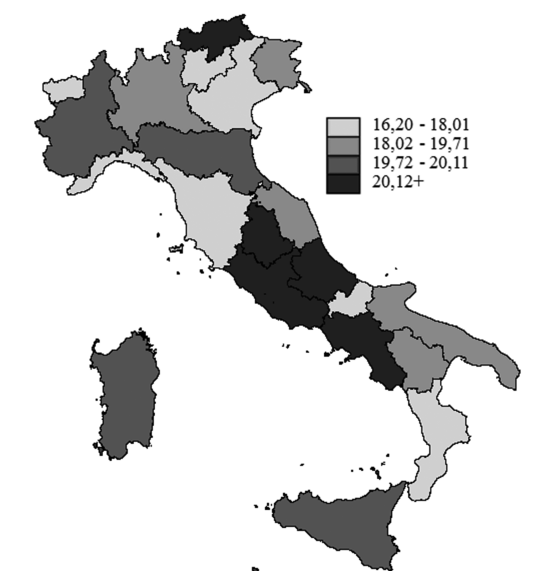


Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo e numero (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2014

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	N medio al giorno*
14-17	8,9	2,1	8,6	4,8	1,2	5,9	6,9	1,7	7,7
18-19	22,2	3,5	9,0	12,0	4,4	7,7	17,3	4,0	8,6
20-24	28,8	7,7	11,2	20,5	6,6	8,7	24,8	7,1	10,2
25-34	33,5	16,4	12,1	19,3	13,8	9,1	26,4	15,1	11,0
35-44	31,5	22,6	13,6	18,6	14,8	9,9	25,1	18,7	12,2
45-54	28,0	29,4	14,7	20,3	20,7	10,7	24,0	24,9	12,9
55-59	27,9	33,9	15,0	17,2	18,5	12,3	22,5	26,2	13,9
60-64	22,0	48,9	14,8	16,1	22,9	11,7	19,0	35,8	13,4
65-74	16,4	50,8	14,5	9,4	20,0	10,7	12,7	34,4	12,9
75+	7,0	59,9	11,4	3,2	10,1	8,6	4,7	29,7	10,2
Totale	24,5	30,4	13,4	14,8	15,3	10,2	19,5	22,6	12,1

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'input che arriva dall'OMS, in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco del 2015, è quello di incentivare la diminuzione del consumo di sigarette attraverso lo "Stop al commercio illecito dei prodotti del tabacco". Dai dati presentati dall'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) questo fenomeno è stato osservato, nel 2014, dal 10,1% della popolazione (riferiscono di vedere ambulanti che vendono sigarette illegalmente spesso o qualche volta). Le città che detengono l'84% del mercato illegale sono 8, sia nel Nord (Milano, Venezia, Trieste e Genova), sia nel Centro-Sud ed Isole (Roma, Napoli, Giugliano, Palermo) (6).

In Italia, si continua ad osservare una tendenza positiva nella diminuzione dei fumatori e anche nella diminuzione del numero medio di sigarette fumate, dati che confortano rispetto all'efficacia delle campagne di informazione e sensibilizzazione realizzate dai decisori pubblici. Dai dati riferiti dall'ISS (7), nel mondo i fumatori corrispondono ad 1 miliardo e le stime prevedono un aumento a 1,6 miliardi di euro per il 2025, a conferma della variegatissima situazione in termini di politiche sociali e di prevenzione nelle varie aree del pianeta. Nel nostro Paese, le persone tra i 35-65 anni rappresentano quelle a più alto rischio di morte a causa delle patologie connesse all'abitudine al fumo. Questi dati, insieme ai dati di

prevalenza analizzati, motivano il fatto che il contrasto al fumo sia un'assoluta priorità di salute e sottolineano la necessità di azioni mirate a specifiche categorie.

Appare, quindi, opportuno continuare ad attivare le numerose iniziative, a livello centrale e locale, per la prevenzione dell'abitudine al fumo, considerando che gli studi (8) ritengono di "efficacia elevata" le azioni effettuate direttamente da personale sanitario, il *counselling* rivolto a specifici *target* di popolazione soprattutto a rischio e, laddove necessario, anche il trattamento farmaceutico.

Riferimenti bibliografici

- (1) Il "Protocollo per eliminare il commercio illegale di prodotti del tabacco", Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (FCTC).
- (2) World Health Organization. Disponibile sul sito: www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en.
- (3) KPMG. Project star report 2012, 16 Aprile 2013.
- (4) WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003.
- (5) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=467&area=stiliVita&menu=fumo.
- (6) Istituto Superiore di Sanità, Rapporto Nazionale sul fumo 2014.
- (7) Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari, Rosaria Russo, Emanuele Scafato, Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- (8) Disponibile sul sito: www.tabaccologia.it/filedirectory/monografie/raccomandazioni_SITAB.pdf.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre duecento condizioni patologiche (1) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro (2), come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer*, che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (3). L'impatto sanitario e di salute in termini di mortalità, morbilità e disabilità sociale che ne deriva è molto elevato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che, nel 2012, circa 3 milioni e 300 mila morti nel mondo, pari al 5,9% del totale (uomini=7,6%; donne=4,0%) sono attribuibili al consumo di alcol e che 139 milioni di "anni di vita corretti per disabilità" (*Disability-Adjusted Life Year*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattia e infortunio, sono riconducibili al consumo di alcol (1).

I nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana, pubblicati nel 2014 e già acquisiti dal Ministero della

Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, hanno permesso l'aggiornamento delle quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*) (4). Secondo i nuovi limiti, sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato. Per le donne adulte e per gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA¹=12 grammi di alcol puro), mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Allo stesso tempo è sempre sconsigliato il *binge drinking*, ossia il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora). Gli indicatori proposti, elaborati secondo specifici algoritmi (5) dall'Osservatorio Nazionale Alcol sulla base di quelli della statistica ufficiale (6, 7), identificano come consumatori a rischio gli individui che praticano almeno una delle due componenti del rischio: il consumo abituale eccedentario, non rispettoso delle Linee Guida, e il *binge drinking*.

Prevalenza di consumatori giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-17 anni	

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni	

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 UA Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni	

¹Una Unità Alcolica contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad un bicchiere di vino da 125 ml a 12° oppure una lattina di birra da 330 ml a 5° o un aperitivo alcolico da 80 ml a 18° o, infine, un cocktail alcolico da 40 ml a 36°.

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Uomini di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	

Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 65-74 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	

Validità e limiti. Gli indicatori proposti, attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui e le occasioni di consumo a maggior rischio, permettono di identificare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai membri delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali e internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; nonostante ciò, al fine di evidenziare le regioni con maggiori criticità si è deciso di considerare come valore di riferimento la media delle regioni per ogni indicatore presentato:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): 19,4%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 18,3%, donne 7,3% ;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 38,0%, donne 8,1%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori di età >11 anni, è stata (astemi ed astinenti degli ultimi 12 mesi) nel 2014, del 35,6% ed è rimasta stabile rispetto al 2013 (34,9%), sebbene l'analisi regionale evidenzia un aumento della percentuale dei non consumatori rispetto all'anno precedente, in particolare in Toscana (+5,2 punti percentuali), ed una diminuzione soprattutto in Piemonte (-3,0 punti percentuali) ed in Friuli Venezia Giulia (-3,2 punti percentuali). La diminuzione dei non consumatori in Piemonte è, verosimilmente, da attribuire alla diminuzione degli astemi così come l'aumento dei non consumatori in Toscana è da attribuire, principalmente, all'aumento della quota degli astemi.

Aumenti significativi della percentuale degli astemi si rilevano, inoltre, in Liguria, Veneto e Calabria, mentre una diminuzione maggiore di 1,0 punti percentuali degli

astinenti in Sicilia e Sardegna. La regione con il più basso valore di prevalenza dei non consumatori, nel 2014, è la PA di Bolzano.

Consumatori a rischio (cartogrammi). La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2014, è pari al 22,7% per gli uomini ed all'8,2% per le donne, ed è rimasta pressoché stabile rispetto al 2013 (23,4% e 8,8%, rispettivamente). L'analisi territoriale mostra delle diminuzioni significative rispetto alla precedente rilevazione solo in Emilia-Romagna tra gli uomini (-4,6 punti percentuali) ed in Campania tra le donne (-2,7 punti percentuali). Nel 2014, le regioni con valori di prevalenza dei consumatori a rischio inferiori al valore nazionale sono state, per entrambi i generi, la Sicilia (M=15,8%; F=5,5%), la Calabria (M=19,0%; F=5,7%), la Campania (M=18,5%; F=5,3%), la Puglia (M=20,4%; F=6,8%) ed il Lazio (M=18,5%; F=6,2%) oltre a Molise (6,2%), Abruzzo (7,3%) e Basilicata (6,1%) per le sole donne. Valori superiori al dato nazionale, invece, sono stati rilevati, per entrambi i generi, in Piemonte (M=26,3%; F=10,5%), Valle d'Aosta (M=30,6%; F=13,2%), PA di Bolzano (M=34,2%; F=18,2%), Lombardia (M=23,9%; F=9,5%), Liguria (M=22,8%; F=9,9%), Toscana (M=24,0%; F=9,3%), PA di Trento (M=30,4%; F=9,0%), Veneto (M=28,7%; F=9,2%) e Friuli Venezia Giulia (M=31,2%; F=11,1%), a cui si aggiungono per i soli uomini l'Abruzzo (25,9%), la Basilicata (25,0%), la Sardegna (29,0%) ed il Molise (31,2%) e per le sole donne le Marche (8,3%), l'Umbria (8,5%) e l'Emilia-Romagna (10,6%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza dei consumatori a rischio di 11-17 anni di età, nel 2014, è pari al 19,4% (M=21,5%; F=17,3%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2013 (20,6%). A livello regionale non si rilevano differenze di genere statisticamente significative e la PA di Bolzano (31,4%) risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente superiore al valore nazionale.

Adulti (Tabella 3). Nel 2014, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché invariata rispetto al 2013, sia tra gli uomini (18,3% vs 19,0%) che tra le donne (7,3% vs 8,0%). A livello territoriale si rileva, invece, una diminuzione dei consumatori a rischio in Emilia-Romagna tra gli uomini (-6,0 punti percentuali) e in Campania tra le donne (-3,2 punti percentuali). Le prevalenze risultano più elevate tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni.

Le regioni con valori al di sopra del valore nazionale risultano essere, per entrambi i generi, il Piemonte (M=22,0%; F=9,9%), la Valle d'Aosta (M=25,9%; F=12,3%), la Lombardia (M=19,2%; F=7,7%), la Toscana (M=18,9%; F=8,5%), l'Abruzzo (M=20,6%; F=8,0%), il Veneto (M=24,6%; F=8,4%), il Friuli Venezia Giulia (M=25,4%; F=9,8%), la PA di Trento (M=26,1%; F=9,3%), la Sardegna (M=26,9%; F=8,8%) e la PA di Bolzano (M=36,7%; F=17,8%), dove per gli uomini si registra anche il valore superiore a tutte le altre realtà regionali. Valori superiori al dato nazionale si registrano, inoltre, tra gli uomini, in Molise (27,8%) e in Basilicata (23,9%), mentre tra le donne in Emilia-Romagna (10,2%), Umbria (7,8%), Marche (8,2%) e Liguria (8,2%). Risultano, infine, al di sotto del valore nazionale, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori a rischio nel Lazio, in Campania, in Puglia, in Calabria ed in Sicilia, mentre in Liguria per i soli uomini.

Un'accurata valutazione delle due diverse componenti che identificano il consumo a rischio, ossia il consumo in modalità *binge drinking* ed il consumo abituale eccedentario (Tabella 4), mostra che tra gli uomini adulti la prevalenza di *binge drinker* è più ele-

vata di quella dei consumatori abituali eccedentari, sia a livello nazionale che regionale, ad eccezione di Marche e Puglia. Tra le donne, viceversa, si registra, a livello nazionale, un valore più elevato di consumatrici a rischio per consumo abituale eccedentario rispetto a quello rilevato per le *binge drinker*, ed il valore risulta statisticamente superiore al dato nazionale anche in Liguria e Puglia. Tra le donne, inoltre, le uniche realtà territoriali in cui la prevalenza di *binge drinker* è notevolmente superiore a quella dei consumatori abituali eccedentari sono la PA di Trento e la PA di Bolzano. In quest'ultima, come per gli uomini, si rileva il dato più elevato di tutte le altre realtà territoriali.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza dei consumatori anziani a rischio, nel 2014, è pari al 38,0% tra gli uomini ed all'8,1% tra le donne, senza differenze significative rispetto al precedente anno. I valori di prevalenza sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni. A livello territoriale, tra gli uomini si registra una diminuzione rispetto al 2013 della prevalenza dei consumatori a rischio in Piemonte e nella PA di Bolzano. La percentuale di anziani a rischio superiore al dato nazionale si rileva, sia per gli uomini che per le donne, in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Valle d'Aosta, Veneto, Lombardia, Puglia, Toscana, Umbria e Piemonte. Sempre per entrambi i generi, si rilevano valori inferiori al dato nazionale in molte regioni del Meridione, in particolare in Campania (M=30,3%; F=4,5%), Basilicata (M=28,3%; F=4,0%), Calabria (M=28,8%; F=3,5%) e Sicilia (M=20,2%; F=2,8%).

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

57

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2013-2014*

Regioni	2013				2014			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,2	32,0	36,2	62,3	4,5	28,7	33,2	65,3
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	3,8	25,7	29,5	69,5	3,3	25,5	28,8	69,3
Lombardia	5,3	29,7	34,9	63,1	5,5	28,9	34,4	64,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,2</i>	<i>16,3</i>	<i>23,5</i>	<i>74,6</i>	<i>6,4</i>	<i>16,9</i>	<i>23,3</i>	<i>74,8</i>
<i>Trento</i>	<i>3,4</i>	<i>27,3</i>	<i>30,7</i>	<i>68,9</i>	<i>5,0</i>	<i>25,7</i>	<i>30,8</i>	<i>68,8</i>
Veneto	4,1	25,5	29,6	69,7	4,8	28,6	33,4	65,4
Friuli Venezia Giulia	5,4	24,6	30,0	68,8	4,2	22,6	26,8	71,0
Liguria	3,7	28,5	32,2	66,5	4,1	32,2	36,3	63,1
Emilia-Romagna	6,0	25,8	31,8	67,0	4,5	28,1	32,6	66,5
Toscana	5,5	24,8	30,3	68,9	6,0	29,5	35,5	62,2
Umbria	6,3	26,3	32,6	67,1	6,4	28,4	34,9	63,7
Marche	4,0	28,4	32,4	66,8	3,8	30,0	33,8	64,2
Lazio	5,0	31,2	36,3	62,6	4,7	32,9	37,5	61,5
Abruzzo	4,8	29,5	34,4	64,4	3,9	31,8	35,7	62,3
Molise	5,1	33,0	38,1	61,0	4,1	33,9	38,0	61,1
Campania	3,5	35,8	39,3	60,4	5,0	34,5	39,5	59,8
Puglia	4,9	31,0	35,9	63,5	4,4	32,2	36,5	61,9
Basilicata	6,0	33,4	39,3	59,4	4,0	35,7	39,7	57,7
Calabria	4,6	30,5	35,1	63,7	3,7	34,5	38,2	59,8
Sicilia	5,0	36,6	41,6	56,2	3,6	36,8	40,4	58,4
Sardegna	6,4	30,9	37,3	62,5	3,9	31,7	35,6	62,7
Italia	4,9	30,1	34,9	63,9	4,7	30,9	35,6	63,0

*La somma dei "Consumatori" e dei "Non consumatori" non corrisponde al 100% in quanto la popolazione al denominatore comprende anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

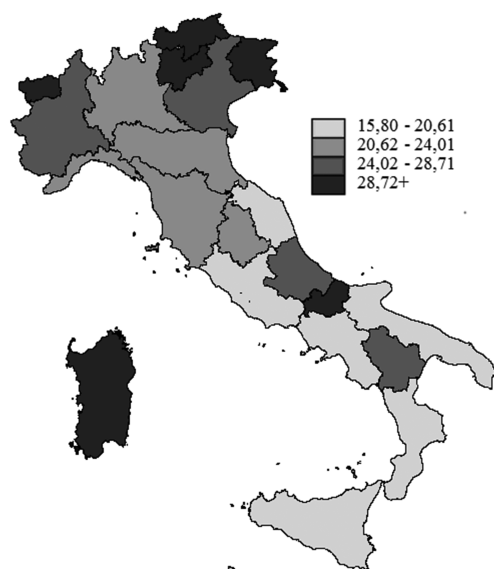
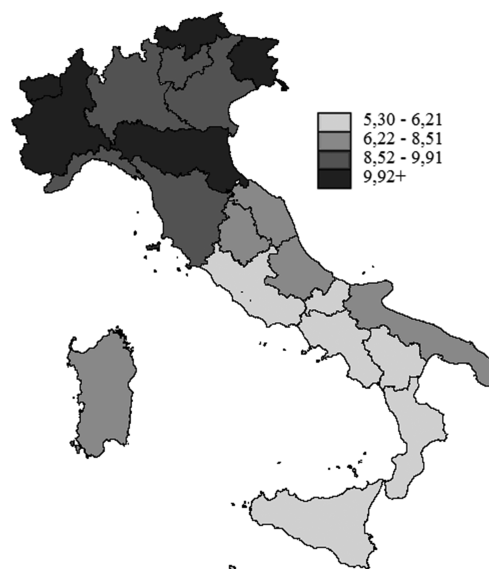
Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2014**Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2014**

Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 11-17 anni per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	25,9	19,4	22,8
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	26,0	21,4	23,4
Lombardia	20,5	21,7	21,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,3</i>	<i>32,4</i>	<i>31,4</i>
<i>Trento</i>	<i>28,4</i>	<i>14,7</i>	<i>21,8</i>
Veneto	23,2	14,2	18,8
Friuli Venezia Giulia	14,2	15,4	14,8
Liguria	16,5	15,2	15,9
Emilia-Romagna	26,0	13,8	19,8
Toscana	19,1	14,3	16,9
Umbria	14,5	10,4	12,7
Marche	16,7	11,2	14,0
Lazio	14,6	18,9	16,6
Abruzzo	30,7	14,6	22,8
Molise	30,5	7,8	19,0
Campania	20,9	17,6	19,4
Puglia	27,0	15,4	21,5
Basilicata	26,9	12,4	20,1
Calabria	18,9	14,0	16,5
Sicilia	19,5	17,5	18,5
Sardegna	27,2	20,9	24,3
Italia	21,5	17,3	19,4

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 3 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	22,0	9,9	15,9
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	25,9	12,3	19,2
Lombardia	19,2	7,7	13,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,7</i>	<i>17,8</i>	<i>27,3</i>
<i>Trento</i>	<i>26,1</i>	<i>9,3</i>	<i>17,8</i>
Veneto	24,6	8,4	16,5
Friuli Venezia Giulia	25,4	9,8	17,6
Liguria	13,8	8,2	11,0
Emilia-Romagna	16,5	10,2	13,4
Toscana	18,9	8,5	13,6
Umbria	16,7	7,8	12,1
Marche	15,6	8,2	11,9
Lazio	13,5	5,1	9,3
Abruzzo	20,6	8,0	14,3
Molise	27,8	6,1	17,0
Campania	15,3	4,1	9,6
Puglia	13,9	5,2	9,5
Basilicata	23,9	6,3	15,1
Calabria	16,2	5,5	10,8
Sicilia	14,1	5,1	9,6
Sardegna	26,9	8,8	17,9
Italia	18,3	7,3	12,7

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

59

Tabella 4 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere, tipologia di comportamento a rischio e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi		Femmine	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	10,5	15,8	4,8	5,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,5	17,9	7,6	5,9
Lombardia	8,8	13,5	4,9	3,4
Bolzano-Bozen	7,6	32,6	4,3	13,7
Trento	9,2	21,5	2,6	6,7
Veneto	9,5	18,4	5,1	4,1
Friuli Venezia Giulia	8,5	21,2	5,4	5,7
Liguria	6,5	9,3	6,4	2,1
Emilia-Romagna	8,3	9,8	5,5	5,2
Toscana	9,9	11,3	5,8	3,2
Umbria	8,1	10,2	5,3	3,0
Marche	9,0	8,0	6,1	3,1
Lazio	6,4	8,4	3,7	1,9
Abruzzo	8,4	15,7	3,6	4,8
Molise	12,1	22,6	4,2	2,1
Campania	8,3	9,6	2,5	1,9
Puglia	8,4	7,6	4,0	1,6
Basilicata	15	18,8	3,2	3,5
Calabria	6,4	12,4	2,6	3,6
Sicilia	6,0	10,7	3,5	1,8
Sardegna	8,8	22,1	3,9	5,1
Italia	8,4	12,7	4,4	3,4

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 5 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 65-74 anni per genere e per regione - Anno 2014

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	39,4	9,9	22,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	47,3	12,7	27,8
Lombardia	41,8	10,7	24,0
Bolzano-Bozen	26,9	12,9	19,0
Trento	47,2	6,4	23,9
Veneto	45,3	9,9	25,2
Friuli Venezia Giulia	52,6	13,0	29,9
Liguria	47,3	11,9	26,7
Emilia-Romagna	37,5	10,8	22,4
Toscana	40,2	9,8	22,9
Umbria	39,4	9,8	22,6
Marche	37,3	7,9	20,6
Lazio	37,9	5,5	19,3
Abruzzo	41,2	3,5	19,9
Molise	42,3	6,0	21,7
Campania	30,3	4,5	15,6
Puglia	40,6	8,6	22,5
Basilicata	28,3	4,0	14,6
Calabria	28,8	3,5	14,7
Sicilia	20,2	2,8	10,4
Sardegna	36,8	3,4	18,0
Italia	38,0	8,1	21,0

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi del fenomeno e le tendenze registrate impongono numerose considerazioni. Il contesto culturale del bere in Italia è in continua e dinamica evoluzione. Se da un lato la popolazione adulta e anziana mostra una sostanziale stabilità nelle prevalenze dei consumatori a rischio (4, 5) (pur con le dovute eccezioni per alcune realtà geografiche caratterizzate da una differente predisposizione al bere ispirata ancora a modelli tradizionali), è evidente che i giovani presentano un costante elemento di criticità. Nonostante una maggior consapevolezza sui rischi alcolcorrelati, favorita dalla disseminazione di numerose evidenze scientifiche e dalle campagne di prevenzione, nel nostro Paese è ancora da sostenere, supportare, ma soprattutto da rafforzare con estrema e tempestiva convinzione la prevenzione, da affiancare, tuttavia, ad approcci più pragmatici di controllo della disponibilità degli alcolici ai minori in tutti i contesti sociali e di aggregazione. È noto, dai dati europei, che in Italia, sei studenti su sette (86%) dichiarano che è "abbastanza facile" o "molto facile" procurarsi bevande alcoliche (8). Ciò introduce e sottolinea un problema di legalità, che richiede un approccio ed una gestione sicuramente di competenza di settori legali, economici e sociali, soprattutto in virtù di una crescente sensibilità dell'opinione pubblica anche alle valutazioni correnti da parte degli organismi internazionali di tutela della salute, secondo cui la logica della promozione del prodotto prevale sia in termini economici che di interessi su una inalienabile, ma politicamente meno sostenibile, promozione della salute. La normalizzazione dell'uso di alcol ha determinato e continua a determinare fenomeni che vanno oltre il *binge-drinking*, ampiamente consolidato e apparentemente non scalfito da sensibilizzazione e prevenzione, e che oggi vede il "bere" giovanile declinato in varie forme di uso rischioso e dannoso, amplificate dall'uso delle tecnologie e delle *community* dei *social network* che, come palcoscenici virtuali, agevolano i minori ed i giovani in genere nell'omologarsi e mettersi in evidenza attraverso il *risk-taking* e la trasgressione delle leggi sull'età minima legale, inserendosi in circoli di *nomination* e di catene alcoliche sulle quali non è possibile alcun controllo. È un fenomeno che vira sempre più, culturalmente, verso le modalità proprie delle dipendenze da sostanze illegali, spesso integrandosi anche con altre *addiction* come quelle del *gambling*, delle *slot-machines*, dei giochi *online* e dei gratta e vinci. L'assenza degli adulti, in tutti questi casi che non sono riferibili esclusivamente a soggetti disagiati ma spesso a ragazzi e ragazze del tutto normali, è drammatica e riflette il fallimento sociale dell'educazione che, in parte, ha travolto numerose realtà e troppi giovani, come testimoniato dal ricorso ai servizi sanitari per gli effetti e le conseguenze del bere e dai dati di mortalità alcolcorrelata che vedono, ovviamen-

te, l'alcol come prima causa di decesso prematuro ed evitabile tra i giovani.

Le strategie comunitarie e mondiali di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol, sollecitano massima allerta e attenzione alla prevalenza di logiche di mercato su quelle di tutela della salute. Il Piano di Azione Europeo sull'Alcol, 2012-2020 (9), identifica esplicitamente il livello di problemi e le priorità da considerare.

La maggior parte dell'alcol è consumato in occasioni in cui si beve molto, il che peggiora tutti i rischi.

L'alcol può diminuire la salute individuale e il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. In termini assoluti, sono soprattutto le persone di mezza età (e gli uomini in particolare) che muoiono a causa dell'alcol. Tuttavia, se si prende in considerazione tutto l'arco della vita, l'esposizione all'alcol durante la gravidanza può compromettere lo sviluppo del cervello del feto ed è associata a *deficit* cognitivi che si manifestano più tardi durante l'infanzia. Il cervello degli adolescenti è particolarmente suscettibile all'alcol e lo resta almeno sino ai 25 anni, come ribadito dall'"Action Plan Europeo sul bere dei giovani e il binge drinking" (10), e più a lungo si ritarda l'insorgenza del consumo di alcol, meno probabile sarà l'insorgenza di problemi e dipendenza dall'alcol nella vita adulta.

La conseguenza è il rischio concreto di una o più generazioni più deboli delle precedenti, evenienza da contrastare con tutti gli strumenti disponibili, a partire dall'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato che ancora oggi non riceve adeguata attenzione e indispensabile supporto, nonostante le campagne di sensibilizzazione e gli appelli ai servizi sanitari regionali dell'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, alla formazione da garantire alle professioni sanitarie ed a quelle commerciali. Il Piano Nazionale di Prevenzione concordato tra Stato e Regioni identifica la riduzione dei consumatori a rischio e l'incremento delle attività di identificazione precoce ed intervento breve, come obiettivi urgenti e prioritari che appare opportuno articolare adeguatamente per genere e per classi di età, in funzione del differente impatto regionale che i dati mostrano in relazione ai diversi *target* di popolazione. Ridurre le conseguenze negative del bere è un cardine delle politiche di prevenzione universale e specifiche che l'Italia, l'Europa e il mondo possono affrontare come vera sfida di sostenibilità per le generazioni future e l'intera società.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi ed alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione ed attuate dal Centro Collaboratore -

Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcol correlate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2014.
- (2) Rehm J, Gmel G, Rehm MX, Scafato E, Shield KD. What alcohol can do to European Societies. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A, ed. Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2. ed 2013. p.4-16.
- (3) World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
- (4) Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati Anno 2013. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2112_allegato.pdf.
- (5) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
- (6) Istat. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Roma, 2014.
- (7) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2013. Istat, Roma, 2014.
- (8) Anderson P, Suhrcke M and Brookes C (2012) An overview of the market for alcohol beverages of potentially particular appeal to minors. London: HAPI.
- (9) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Pubblicato in inglese dall'Ufficio Regionale del WHO nel 2012 con il titolo "Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 © World Health Organization 2012".
- (10) European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). Brussels: European Commission; 2014.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2014 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni, in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti, dichiarata dalle persone di 3 anni ed oltre.

La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale e della quantità di porzione ritenuto auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i

diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) ed oggetto di sorveglianza (6).

Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre per consumo di uno specifico gruppo alimentare	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre	x 100

Indicatore obiettivo per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare almeno 1 porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	x 100

Validità e limiti. Il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo di alimenti secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (7).

La fonte di dati permette di valutare la distribuzione delle diverse tipologie di alimenti e di bevande in merito ai valori mediani osservati, al fine di confrontare come si differenziano le regioni rispetto alla distribuzione generale.

Inoltre, la tipologia di dati permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF considerate come porzioni medie. Tuttavia, la valutazione quantitativa completa richiederebbe la stima degli alimenti assunti come ingredienti.

Il denominatore dell'indicatore obiettivo è costituito da una parte della popolazione, ossia le persone di 3 anni ed oltre che hanno dichiarato di consumare almeno 1 porzione di VOF. Il dato risultante è leggermente superiore al valore che risulterebbe dal calcolo effettuato utilizzando l'intera popolazione di riferimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di VOF e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti sono analizzate in relazione all'indicatore obiettivo.

Descrizione dei risultati

Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2014, circa tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco più della metà della popolazione (52,1%), e di ortaggi, che risulta pari al 45,5%.

I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta.

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente si osserva come, in tutte le regioni, il consumo più diffuso è sempre al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesta tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Puglia, Basilicata e Calabria) circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF e nella PA di Bolzano si arriva al 28,8%. Il benchmark delle 5 porzioni di VOF è più diffuso nel Lazio, dove riguarda il 9,0% dei consumatori giornalieri di VOF, seguito con una distanza di oltre due punti percentuali da Molise ed Umbria. Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Campania) ed in Emilia-Romagna.

Analizzando i profili percentuali (Tabella 1), il consu-

mo di frutta e il consumo di verdure e ortaggi hanno un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per l'uno lo è di meno per l'altro. Stessa relazione si osserva per il consumo di 1 porzione al giorno contro 2-4 o 5 e più porzioni di VOF, laddove più consumatori indicano 1 porzione al giorno, meno consumatori indicano 2-4 o 5 e più porzioni al giorno. Mentre quest'ultimo è un fatto matematico essendo le risposte mutuamente escludenti, nel primo caso sembra essere un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione legate alle tradizioni gastronomiche locali.

L'andamento nel tempo dell'indicatore "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (5+VOF), per 100 persone che consumano quotidianamente VOF, è riportato nella Tabella 2. In essa sono evidenziati i valori percentuali dell'indicatore per la modalità "5+VOF al dì" (espressa come percentuale su consumatori quotidiani di almeno 1 porzione al giorno di VOF - "1+VOF") per ciascuna regione negli anni 2005-2014, nonché il trend dell'indicatore mediante il tasso medio periodale annuo e il trend del denominatore (percentuale su consumatori di 1+VOF).

Nel quadro generale si osserva un decremento dell'indicatore obiettivo. Confrontando i trend si evidenzia il Lazio, in cui si ha una crescita dei consumatori quotidiani e tra questi di coloro che consumano 5+VOF al dì; la Valle d'Aosta, in cui il consumo quotidiano aumenta, ma la percentuale di chi consuma 5+VOF diminuisce; la Lombardia, in cui è stabile la percentuale di chi consuma 5+VOF, ma diminuisce il consumo quotidiano; Molise, Umbria, Abruzzo, Marche e la PA di Bolzano, in cui i consumatori di 5+VOF aumentano percentualmente, ma su una base decrescente di 1+VOF; in tutte le altre regioni, invece, diminuiscono sia i consumatori quotidiani che, tra questi, coloro che mangiano 5+VOF.

In tutto questo, i valori che determinano i quinti della distribuzione dei valori regionali per percentuale di consumatori di 5+VOF al giorno sono, anch'essi, in diminuzione, se consideriamo l'intervallo 2005-2014, e pari a Q1 -0,05%, Q2 -0,00%, Q3 -0,40%, Q4 -1,02%, confermando lo slittamento verso i valori più bassi di tutta la distribuzione, anche se di poco. A fronte di variazioni oscillanti negli anni precedenti, il 2011 si conferma spartiacque in senso negativo. Quindi anche

se la spesa per alimenti vegetali ha superato la spesa alimentare per la carne, occorrerà verificare se questo non sia dovuto meramente alle variazioni dei prezzi relativi e non delle quantità. Il gradiente geografico permane per un gruppo di regioni del Mezzogiorno, che conserva una posizione di consumo giornaliero di 5+VOF ai ranghi inferiori (un quinto della distribuzione dei valori percentuali regionali). Si osserva, poi, una tendenza a ritornare nella posizione iniziale sia per le regioni con valori più elevati che per le regioni a valori meno elevati.

Dall'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 3).

Tra gli alimenti consumati giornalmente troviamo al primo posto il consumo di pane, pasta e riso, che è più diffuso in molte regioni del Centro e del Meridione, ma anche in Emilia-Romagna. Il consumo giornaliero di latte è, anch'esso, più diffuso al Centro e al Meridione, mentre il consumo giornaliero di formaggi è principalmente diffuso nelle regioni del Nord.

Se passiamo ad analizzare il consumo almeno settimanale di carne, si osserva un maggiore consumo di carni bianche in alcune regioni del Centro e del Nord (con le Marche al 1° posto della graduatoria con l'86,4%), mentre il consumo di carni bovine e di carne di maiale è maggiormente diffuso al Centro e al Meridione. Al Centro e al Meridione, ma anche in Lombardia, si osserva una maggiore diffusione del consumo almeno settimanale di pesce. Considerando il consumo almeno settimanale di legumi e uova, si osserva una maggiore diffusione di queste tipologie di alimenti nelle regioni del Meridione e meno nella altre zone del Paese. Al Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa anche l'abitudine di usare l'olio di oliva ed altri olii vegetali come condimento nella preparazione di cibi cotti.

Analizzando il consumo almeno settimanale di dolci e snack salati, si osserva un maggiore consumo dei primi in alcune regioni del Nord, mentre i secondi vengono consumati maggiormente al Meridione, ma anche in Lombardia e Veneto. Infine, si evidenziano marcate differenze regionali nel consumo di sale iodato, ma non si osserva un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Tabella 1 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2014

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF°		
					1	2-4	5+
Piemonte	58,8	53,6	76,0	85,6	16,2	77,8	6,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	61,3	54,1	68,7	83,5	20,8	74,6	4,6
Lombardia	53,2	44,6	71,8	82,2	17,1	78,0	4,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	52,8	42,8	61,2	75,4	28,8	66,4	4,9
<i>Trento</i>	64,2	49,5	69,2	81,7	20,3	73,9	5,8
Veneto	57,8	49,5	67,5	81,4	20,2	74,6	5,2
Friuli Venezia Giulia	61,7	45,2	70,3	85,5	18,8	75,9	5,3
Liguria	48,5	43,0	73,9	81,0	18,2	76,9	4,9
Emilia-Romagna	61,5	55,6	72,6	84,8	15,3	80,3	4,4
Toscana	53,3	49,4	72,7	83,3	19,1	75,8	5,1
Umbria	53,2	48,9	77,4	84,7	15,0	78,4	6,6
Marche	59,4	51,8	75,4	86,8	17,8	76,6	5,6
Lazio	59,0	52,0	75,9	84,4	15,5	75,6	9,0
Abruzzo	44,9	40,4	76,4	83,6	21,3	72,5	6,2
Molise	45,8	39,0	74,9	83,3	20,4	72,8	6,7
Campania	48,1	39,7	74,5	81,2	19,4	76,3	4,4
Puglia	35,8	31,8	77,2	83,6	23,9	74,7	1,3
Basilicata	35,8	29,7	71,8	78,0	24,8	73,3	1,9
Calabria	41,2	36,8	73,8	80,3	23,4	74,5	2,1
Sicilia	41,8	38,2	76,3	81,8	21,3	75,7	3,1
Sardegna	51,9	50,1	74,4	82,7	17,7	76,6	5,7
Italia	52,1	45,5	73,6	82,9	18,7	76,4	4,9

*Almeno 1 porzione al giorno

°Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno 1+VOF nella regione.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

65

Tabella 2 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF), tasso medio annuo di variazione dell'indicatore, tasso medio annuo di variazione del denominatore e quinto di appartenenza della distribuzione 5+VOF per regione - Anno 2014

Regioni	Tasso medio annuo consumatori di 5+VOF										Quinti della distribuzione 5+VOF									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	6,7	7,3	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	7,0	6,0	-1,16	-0,08	5	4	5	4	4	4	5	3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,4	6,2	3,8	6,6	6,5	6,1	6,4	5,0	3,6	4,6	-0,68	0,88	2	4	1	5	5	3	1	2
Lombardia	4,9	5,8	6,9	5,5	5,9	5,8	6,0	5,8	4,3	4,9	0,00	-0,12	4	5	2	3	2	3	2	2
Bolzano-Bozen	4,6	5,3	7,3	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	4,8	4,9	0,99	-0,81	2	3	5	2	4	2	3	2
Trento	8,7	8,5	10,0	8,1	10,0	7,8	7,4	8,1	6,6	5,8	-3,62	-0,13	5	5	5	5	5	5	5	4
Veneto	6,7	6,2	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,5	4,7	5,2	-2,49	-0,43	5	4	4	2	3	3	4	3
Friuli Venezia Giulia	7,7	5,5	4,7	7,4	4,8	5,9	7,0	5,5	5,5	5,3	-3,46	-0,04	5	3	1	5	3	4	4	3
Liguria	5,5	7,0	5,3	5,9	4,9	5,1	5,2	4,2	4,8	4,9	-1,39	-0,31	4	5	2	3	3	2	3	2
Emilia-Romagna	5,1	6,0	5,3	5,5	7,0	5,5	5,2	5,4	4,6	4,4	-1,53	-0,21	3	4	2	3	5	2	4	3
Toscana	5,7	4,9	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,6	5,5	5,1	-1,17	-0,12	4	2	2	2	2	3	4	3
Umbria	5,2	4,8	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	4,9	6,6	3,27	-0,22	3	2	3	2	4	3	4	5
Marche	4,5	3,8	6,6	4,5	4,5	5,7	5,5	3,4	3,8	5,6	2,72	-0,06	2	1	4	1	3	3	2	4
Lazio	5,5	5,6	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	6,3	9,0	7,07	0,26	3	4	3	4	2	4	5	5
Abruzzo	4,3	5,1	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	3,1	6,2	4,91	-0,46	1	3	3	4	1	3	2	5
Molise	4,7	4,5	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,6	3,9	6,7	4,73	-0,53	2	1	5	2	2	1	2	5
Campania	5,9	4,4	5,6	6,6	5,4	5,9	3,8	3,7	5,6	4,4	-2,96	-0,55	4	1	3	5	4	4	5	2
Puglia	3,3	3,6	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1,8	1,3	-6,73	-0,45	1	1	2	1	1	1	1	1
Basilicata	3,2	4,7	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	2,5	1,9	-4,3	-1,02	1	2	1	1	1	2	1	1
Calabria	2,5	2,9	2,7	4,1	2,9	4,2	2,5	2,1	1,8	2,1	-1,78	-0,49	1	1	1	1	1	1	1	1
Sicilia	4,4	4,6	3,5	4,7	3,7	4,5	3,7	4,3	5,2	3,1	-3,28	-0,17	1	2	1	1	1	3	4	1
Sardegna	6,4	4,9	6,8	5,9	4,7	6,6	8,1	6,0	4,5	5,7	-1,22	-0,11	4	2	4	3	3	5	2	4
Italia	5,3	5,3	5,6	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7	4,8	4,9	-0,84	-0,25								

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 3 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2014

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte* Formaggio*Salumi*	Carni bianche*	Carni bovine*	Carni di maiale*	Uova*	Legumi in scatola*	Pesce*	Snack*	Dolci*	Cottura con olio d'oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio d'oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio		
Piemonte	77,5	54,4	29,7	53,4	81,3	63,7	36,2	60,8	37,7	53,5	23,3	50,1	93,5	96,0	72,3	42,6
Valle d'Aosta	78,8	50,5	32,4	57,7	84,0	69,7	39,3	61,1	34,5	49,8	21,8	46,1	87,5	93,7	69,6	64,9
Lombardia	78,2	52,6	28,0	65,4	83,1	63,4	40,6	56,2	39,7	56,7	31,8	55,1	90,3	96,0	70,3	44,8
Bolzano-Bozen	64,8	53,9	36,7	60,5	41,7	26,1	24,4	54,0	22,4	33,4	17,5	47,2	93,2	91,8	64,1	74,3
Trento	78,0	52,6	31,3	60,4	75,5	54,2	44,3	52,4	42,8	47,0	21,1	45,3	93,8	99,3	69,7	62,1
Veneto	79,2	52,8	25,2	56,2	79,3	61,0	42,0	51,4	35,3	46,3	28,7	55,1	94,2	96,9	73,2	51,5
Friuli Venezia Giulia	76,2	56,1	32,0	59,0	80,3	58,2	43,8	57,0	34,7	49,7	24,0	53,9	92,7	95,6	72,3	47,9
Liguria	74,5	55,7	21,6	58,4	83,9	65,1	38,5	60,4	38,5	57,8	20,8	50,5	96,3	97,2	69,4	39,2
Emilia-Romagna	84,2	52,8	19,6	63,9	81,6	61,7	47,4	54,8	44,6	53,0	24,9	55,8	95,9	97,9	70,3	53,4
Toscana	82,4	60,7	19,7	56,0	83,5	64,3	48,5	54,8	47,9	55,1	21,0	47,3	96,3	96,8	68,1	48,0
Umbria	84,4	64,1	18,0	64,5	83,1	66,1	53,8	58,4	51,2	51,9	19,6	48,5	96,7	97,5	67,5	59,2
Marche	85,1	55,7	15,0	68,1	86,4	70,3	54,5	62,6	48,0	65,8	23,1	52,1	96,2	97,2	72,0	44,8
Lazio	80,4	66,1	13,8	48,6	82,2	68,9	40,7	60,2	51,5	61,4	22,3	41,7	97,6	98,0	64,6	34,3
Abruzzo	83,8	53,7	18,4	62,4	82,7	63,4	49,8	63,4	57,9	56,8	24,7	49,7	96,3	96,8	68,4	34,8
Molise	86,0	55,2	16,3	66,9	80,9	67,2	53,8	64,2	62,5	62,1	29,1	49,1	97,2	97,7	68,1	49,9
Campania	82,4	54,0	9,1	59,7	82,8	66,2	49,4	59,8	72,4	66,9	30,4	41,6	98,0	98,4	67,2	41,4
Puglia	83,3	63,1	14,5	58,3	75,0	59,4	39,8	55,8	53,6	55,3	26,3	43,8	96,8	97,4	70,9	48,7
Basilicata	86,1	52,0	13,9	64,3	81,6	65,3	50,0	66,3	67,8	55,0	28,8	39,6	96,1	96,2	70,7	60,7
Calabria	89,1	56,5	24,0	63,5	80,6	70,5	49,6	69,3	66,2	65,1	32,4	46,7	96,2	96,6	67,1	46,0
Sicilia	89,1	51,4	19,4	59,1	83,1	73,1	43,6	67,8	53,9	60,0	27,4	40,5	96,8	97,0	60,3	33,6
Sardegna	80,0	55,8	26,6	54,1	76,1	61,8	52,4	54,0	43,6	48,1	23,0	47,5	96,0	96,3	70,8	31,6
Italia	81,5	55,9	21,0	59,1	81,4	64,6	43,9	58,6	48,3	56,7	26,5	48,5	95,1	97,0	68,7	44,2

*Almeno 1 porzione al giorno.

°Almeno qualche porzione alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stile di vita e la conseguente promozione di comportamenti che tendono a diffondere una dieta equilibrata e uno stile di vita salutare, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (8), recepite anche nel nostro Paese (9), sono due elementi che permettono di correggere attuali limitazioni evidenziate dai numeri. I dati presentati evidenziano che la percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5 porzioni al giorno di VOF continua ad essere limitata (non supera il 5% tra coloro che consumano quotidianamente questi alimenti) e la percentuale di coloro che consumano quotidianamente VOF non supera, nel 2014, mediamente l'82,9% delle persone di 3 anni ed oltre.

La raccomandazione è di perseguire l'implementazione di programmi, come ad esempio "Frutta nelle scuole" (10) promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (9).

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva, alimento caratteristico della dieta mediterranea (1), e la riduzione nell'apporto di sale (12-14). Quest'ultima raccomandazione sembra essere stata recepita, ma ancora di più lo è stata quella sull'uso del sale iodato (1).

Insieme all'alimentazione, aspetto non secondario, è il monitoraggio delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (15), che rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori (16) e gli operatori della ristorazione (13). Infatti, l'immissione sul mercato di alimenti, così come la preparazione di pasti meno calorici e nutrizionalmente bilanciati, può contribuire molto a migliorare la qualità della dieta.

Si sottolinea l'importanza di investigare sul pranzo fuori casa. Anche se il pranzo in sé sta perdendo un po' della sua importanza, rappresenta pur sempre un atto quotidiano ed ha una certa rilevanza soprattutto tra i più piccoli. Infine, mangiare a mensa, al ristorante/trattoria o al bar comporta il consumo di tipologie di piatti diversi sia in termini di completezza che di bilanciamento, oltre ad una velocità di consumo che differisce da un tipo di luogo all'altro.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - 2014. Istat. accesso ai dati 07/10/2015. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/>.
- (2) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition*: 7 (1A), 245-250.
- (4) National Obesity Observatory (2010). Review of dietary assessment methods in public health. Solutions for Public Health. UK.
- (5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: www.echim.org (ultimo accesso 31/8/2015).
- (6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
- (7) Istat-SIQUAL (Sistema Informativo sulla Qualità dei Processi Statistici). Disponibile sul sito: <http://siqua.istat.it/SIQual/files/Verde-Mod.%20ISTATIMF-7B.14.pdf?ind=0058000&cod=4979&progr=1&tipo=4>. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - 2013. Istat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/> (ultimo accesso 31/8/2015).
- (8) Organizzazione Mondiale della Sanità (4-5 July 2013): Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf.
- (9) Piano d'Azione 2015-2020 del European Food and Nutrition. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1783&area=rapporti&menu=mondiale.
- (10) Disponibile sul sito: www.fruttanellescienze.gov.it.
- (11) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (12) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (13) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (14) European Commission (2008). Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf.
- (15) Centro nazionale per la prevenzione il Controllo delle malattie. Piano d'azione Oms 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Documento pubblicato sul web il 30-03-2009. Disponibile sul sito: www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Actio_n_plan_2008-2013.pdf.
- (16) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=1400&menu=protocolli.

Sovrappeso ed obesità

Significato. L'obesità è spesso definita, semplicemente, come una situazione di accumulo anomalo o eccessivo di grasso nei tessuti adiposi del corpo che comporta rischi per la salute. La causa di fondo è un'eccedenza energetica che determina un aumento di peso; in altre parole le calorie introdotte sono superiori alle calorie bruciate. Entrano in gioco anche molti fattori tra cui la predisposizione ereditaria, fattori ambientali e comportamentali, invecchiamento e gravidanze (1). Il sovrappeso e l'obesità sono tra i principali fattori di rischio per le patologie non trasmissibili, quali le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti ed alcuni tipi di cancro, e la loro diffusione, sempre più in crescendo, è ormai un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale, con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali. In base a studi effettuati a livello internazionale, si è riscontrato

che i costi economici legati all'obesità e al sovrappeso rappresentano il 2-7% dei costi sanitari totali, a seconda delle modalità di realizzazione dell'analisi (2). Secondo le più recenti stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2014, più di 1 milione e 900 mila adulti di età ≥ 18 anni sono in sovrappeso, più del doppio rispetto al 1980. Di questi, più di 600 milioni sono obesi, pari a circa il 13% della popolazione mondiale (11% di uomini e 15% di donne) (3).

In Italia, nel 2014, poco più di quattro adulti su dieci (46,4%) sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare, precocemente, le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore	Persone di 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-30 e >30
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m^2). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un $IMC \geq 25$ ed "obesità" un $IMC \geq 30$ (4). Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di problemi di salute.

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta nell'aprile 2014 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte sono auto riferite.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone in sovrappeso ed obese può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat emerge

che, in Italia, nel 2014, più di un terzo della popolazione adulta (36,2%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,2%); complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1 e Grafico 1). Questi valori non presentano nessuna variazione statisticamente significativa a livello territoriale rispetto al 2013, segno che si tratta di un fenomeno per il quale è necessario analizzare intervalli temporali più ampi.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Molise 14,6%, Abruzzo 13,1%; Puglia 11,9%) ed in sovrappeso (Campania 41,5%, Calabria 39,6% e Puglia 39,4%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Trento 7,5% e PA di Bolzano 8,1%; sovrappeso: PA di Trento 28,5% e Valle d'Aosta 31,5%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macroaree (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) (Grafico 2) si osserva che, dal 2001, nella ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso (il Nord-Ovest) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese). Diversamente, nelle Isole la percentuale di

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

69

persone in sovrappeso ed obese è rimasta abbastanza stabile negli ultimi anni.

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 14,9% della fascia di età 18-24 anni al 46,5% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,4% al 15,7% per le stesse fasce di età (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da

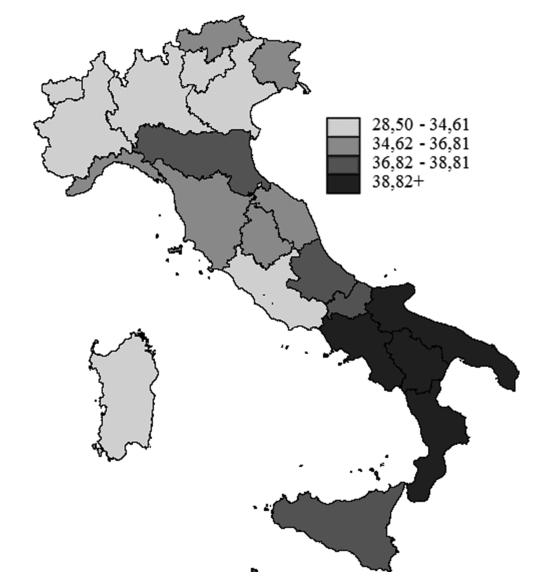
un differenziale di genere; infatti, risulta in sovrappeso il 44,8% degli uomini rispetto al 28,2% delle donne ed obeso il 10,8% degli uomini rispetto al 9,7% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra 65-74 anni (uomini 52,8% e 15,8%, donne 40,9 e 15,5%, in sovrappeso ed obese rispettivamente) (Tabella 2). Anche l'analisi per genere e per età si presenta stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2014

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,8	9,2
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	31,5	9,9
Liguria	35,6	8,9
Lombardia	33,8	9,5
Bolzano-Bozen	35,1	8,1
Trento	28,5	7,5
Veneto	34,4	10,8
Friuli Venezia Giulia	34,9	11,1
Emilia-Romagna	37,4	10,9
Toscana	36,2	9,2
Umbria	35,0	11,7
Marche	36,8	10,6
Lazio	34,6	8,3
Abruzzo	37,0	13,1
Molise	38,1	14,6
Campania	41,5	11,2
Puglia	39,4	11,9
Basilicata	39,0	11,5
Calabria	39,6	11,6
Sicilia	38,8	11,1
Sardegna	32,6	9,5
Italia	36,2	10,2

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2014



Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2014

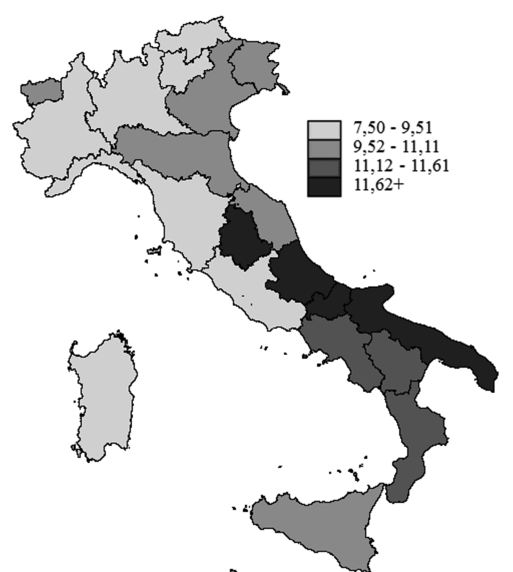


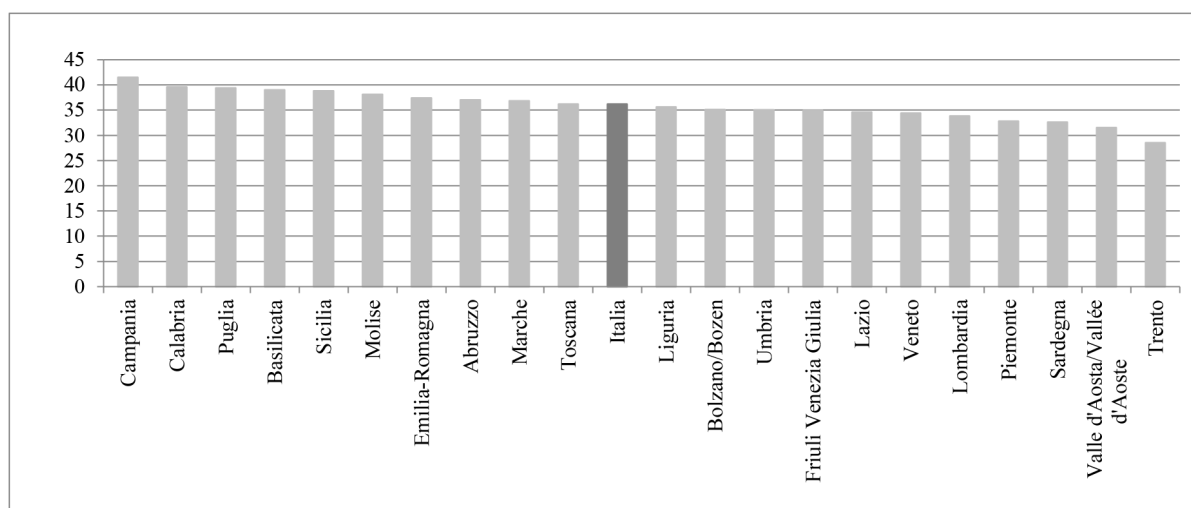
Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2014

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	19,1	10,5	14,9	2,1	2,7	2,4
25-34	35,3	14,9	25,1	5,6	4,0	4,8
35-44	45,4	20,2	32,9	8,8	6,9	7,8
45-54	49,2	28,9	38,7	12,6	9,3	10,9
55-64	51,5	36,7	44,1	15,5	13,3	14,4
65-74	52,8	40,9	46,5	15,8	15,5	15,7
75+	50,0	38,4	42,9	12,7	13,5	13,2
Totale	44,8	28,2	36,2	10,8	9,7	10,2

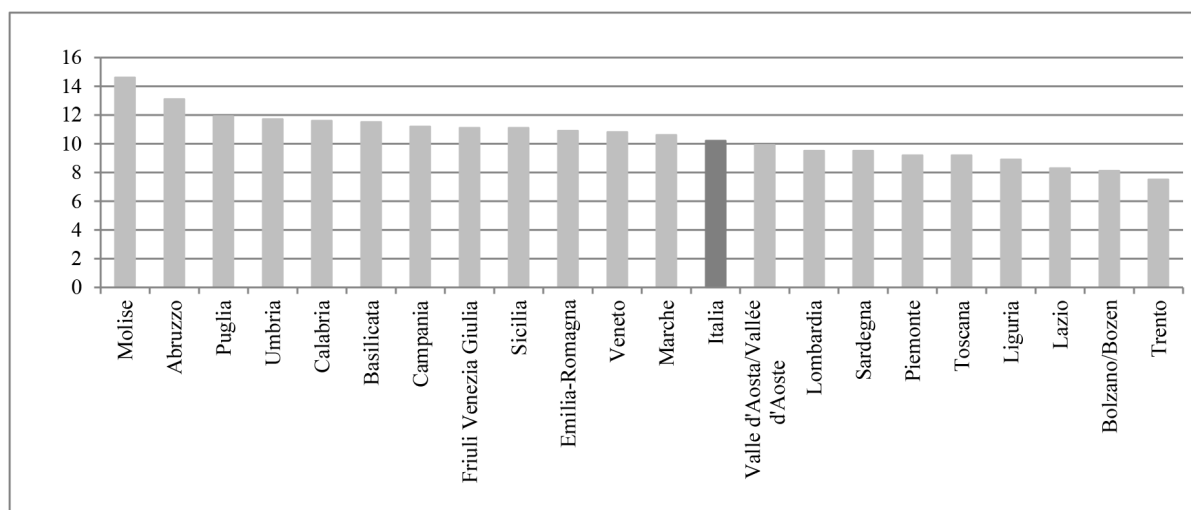
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Grafico 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2014

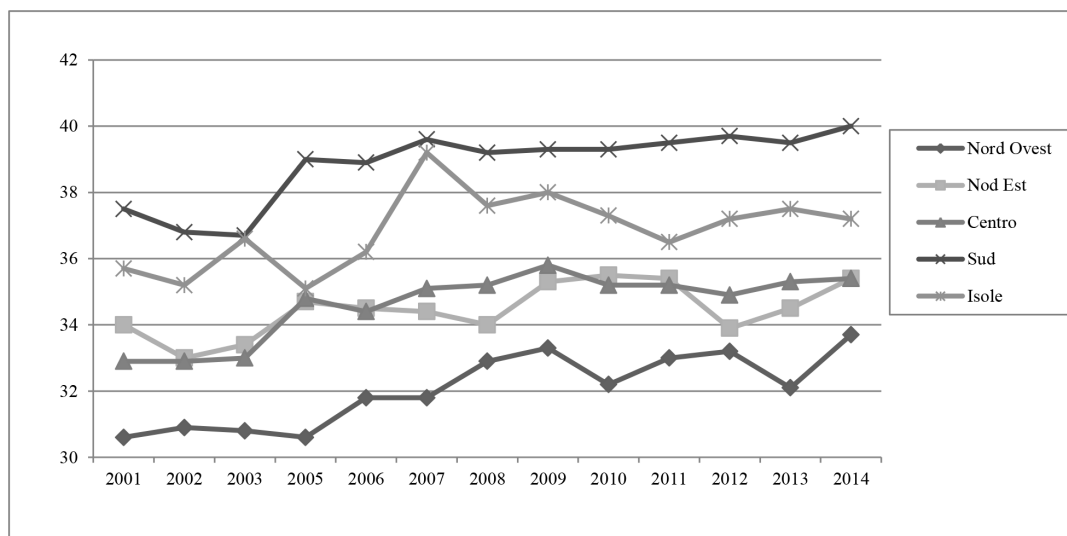
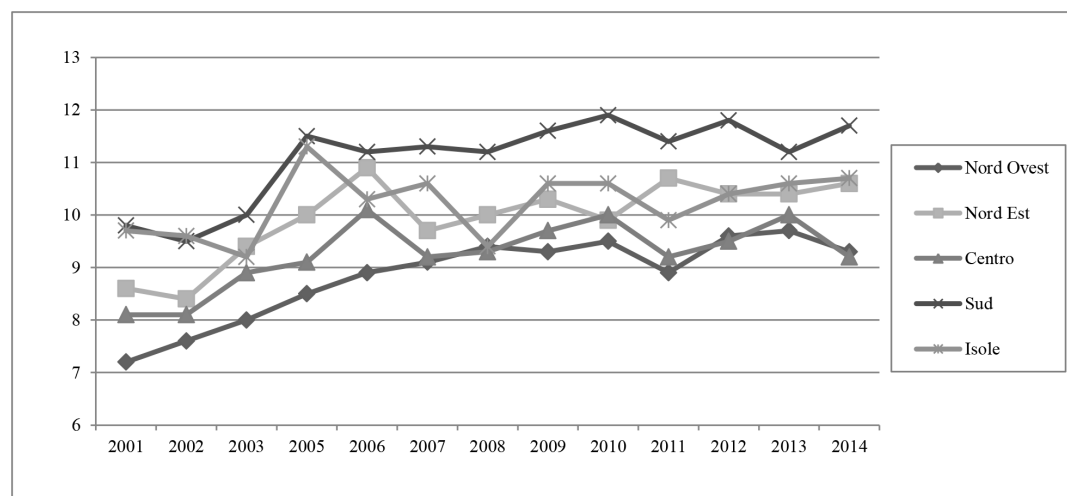
Persone in sovrappeso



Persone obese



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Grafico 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2014**Persone in sovrappeso****Persone obese**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

La condizione di eccesso ponderale è il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti (1). L'obesità viene considerata, universalmente, un importante problema di Sanità Pubblica e non solo come una malattia del singolo individuo: l'obesità, infatti, è il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita di un'intera popolazione. Il fatto che poco meno della metà della popolazione adulta (46,4%) risulti in eccesso ponderale è, senza dubbio, un dato allarmante che si conferma stabile, se non in aumento, negli ultimi anni. La rilevanza del problema ha portato, negli ultimi anni, ad un incre-

mento dei sistemi di sorveglianza che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita della popolazione nelle diverse aree geografiche e nelle diverse fasce di età. La sorveglianza epidemiologica riveste un ruolo importante, sia per valutare precocemente le tendenze positive o negative, sia per verificare i risultati raggiunti e per programmare iniziative *ad hoc* rivolte a specifici gruppi di persone.

Oltre al contributo fornito dai diversi sistemi di sorveglianza di popolazione, la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità passa attraverso la promozione di iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione, rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario. Tra i vari approcci possibili vi è quello derivato dalla teoria economica, che identifica i

prezzi dei prodotti come uno dei principali fattori che influiscono sulle scelte di acquisto dei consumatori. Sono, quindi, diversi anni che i ricercatori individuano evidenze dimostranti che le politiche sui prezzi relative a prodotti alimentari influenzano il tipo e la quantità di cibo che i consumatori comprano. Un approccio ragionato in tal senso potrebbe, infatti, potenzialmente contribuire a diffondere abitudini alimentari più sane nella popolazione, spostando i consumi da alimenti ricchi di zuccheri e grassi verso un maggiore consumo di frutta e verdura. Molti Paesi della regione europea dell'OMS hanno introdotto sus-

sidi o tasse su alimenti specifici, proprio con questa intenzione (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) EUFIC European food information council, Fondamenti 06/2006.
- (2) World Health Organisation, Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.
- (3) Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en (2015).
- (4) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.
- (5) OMS Europa, dal titolo "Using price policies to promote healthier diets" 2015.

Sovrappeso ed obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. L'obesità infantile è una condizione complessa, influenzata dalla genetica, dalle abitudini alimentari, dall'attività fisica, dall'ambiente in generale e da fattori psicologici e sociali (1). L'eccesso di peso in età pediatrica non è solo associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità in età adulta, ma anche ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie non trasmissibili (2). Inoltre, elevati sono i costi collegati a livelli di eccesso ponderale, presenti e prevedibili per il futuro, attualmente responsabili nei Paesi ad economia avanzata per il 2-8% della spesa sanitaria (3, 4).

L'Italia, grazie al sistema di sorveglianza nazionale "OKkio alla SALUTE", monitora dal 2007 lo stato ponderale dei bambini della scuola primaria, considerando anche il loro contesto familiare e scolastico.

"OKkio alla SALUTE" è promosso e finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Questo sistema di sorveglianza è collegato al programma governativo "Guadagnare salute", ai "Piani di Prevenzione" nazionali e regionali ed è parte della "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

"OKkio alla SALUTE" è rivolto ai bambini della terza primaria (8-9 anni di età), prevede la misurazione diretta di peso e altezza attraverso strumenti standardizzati su tutto il territorio nazionale con l'ausilio di operatori appositamente formati, nonché raccoglie informazioni sulle abitudini alimentari, l'attività fisica e il contesto familiare e scolastico che circonda i bambini.

Dal punto di vista metodologico, ci si avvale di indagini epidemiologiche ripetute con cadenza biennale su campioni rappresentativi di popolazione (8-9 anni) a livello regionale ed in alcuni casi di Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Ad oggi, sono state realizzate quattro raccolte dati: 2008-2009, 2010, 2012 (5) e l'ultima nel 2014.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

Numeratore	Bambini di 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso	
		x 100
Denominatore	Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni	

Prevalenza di bambini obesi

Numeratore	Bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi	
		x 100
Denominatore	Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni	

Validità e limiti. Grazie ad un'intesa pluriennale tra il Ministero della Salute e il MIUR, la sorveglianza viene condotta nelle scuole primarie, che rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione di tali iniziative, non solo per ovvie motivazioni pratiche (l'arruolamento dei bambini), ma, principalmente, per ragioni di utilità in vista degli interventi di promozione della salute che spesso seguono la sorveglianza. Inoltre, il numero di bambini che non frequentano la scuola primaria nella fascia di età considerata è molto piccolo e, quindi, non inficia la rappresentatività del campione.

Nell'ambito della scuola è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, principalmente per due ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà ed i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e attendibilità ad alcune semplici domande. Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto "a grappolo". Tale approccio prevede che le classi terze delle scuole primarie (denominate, appunto, "grappoli" o *cluster*), e non i bambini indi-

vidualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dalle ASL. La selezione viene effettuata in modo che le classi con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di essere estratte rispetto alle classi con numerosità inferiore (metodo della *probability proportional to size*). Questo tipo di campionamento ha il vantaggio di concentrare il lavoro delle *équipe* su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (*random* o casuale semplice). Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile), poiché nella raccolta dati vengono arruolati tutti gli alunni appartenenti alla classe campionata. Il principale svantaggio è di tipo statistico: i bambini all'interno dei *cluster* hanno la tendenza ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione è una sottostima della reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente, comunque, è facilmente compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, in ordine al raggiungimento

dei livelli di precisione desiderati per le stime ottenibili a livello regionale (3%) o di singola ASL (5%).

La rilevazione diretta di peso e altezza dei bambini è, sicuramente, uno dei maggiori punti di forza di questo sistema di sorveglianza che, a differenza di altre raccolte dati, consente di avere delle misure oggettive, precise, altamente riproducibili e uniformi su tutto il territorio nazionale, in quanto sono realizzate da personale sanitario, che ha ricevuto la medesima formazione, e condotte con strumenti anch'essi standardizzati. L'impiego dell'Indice di Massa Corporea (IMC) (ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti ed il quadrato dell'altezza espressa in metri) come indicatore indiretto dello stato di adiposità è, da sempre, utilizzato in studi epidemiologici/clinici e "OKkio alla SALUTE" lo adotta sin dalla prima rilevazione. Per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave (severa) dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* desunti da Cole et al. (6).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore più basso rilevato.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, alla quarta raccolta dati di "OKkio alla SALUTE", hanno partecipato 2.672 classi, 46.426 bambini e 50.638 genitori, distribuiti in tutte le regioni. Rispetto al passato, il livello di partecipazione è rimasto invariato ed elevato; infatti, solo il 3,3% dei genitori ha rifiutato l'adesione dei figli confermando, così, un'adeguata organizzazione delle attività in termini di comunicazione tra operatori delle ASL, dirigenti scolastici, insegnanti e genitori.

I bambini di 8-9 anni in sovrappeso sono il 20,9% (IC

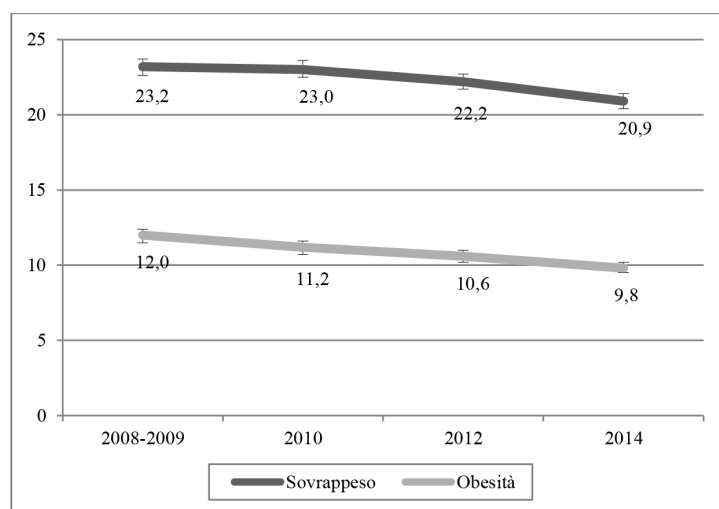
95%: 20,4-21,4) ed i bambini obesi sono il 9,8% (IC 95%: 9,5-10,2), compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,2% (IC 95%: 2,1-2,4). Non si evidenziano sostanziali differenze per genere ed età dei bambini.

Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) raggiungono il 30,7%; si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno nel corso degli anni (Grafico 1). All'aumentare del grado di istruzione dei genitori diminuisce la quota di figli in eccesso ponderale e nelle famiglie in cui vi è almeno un genitore obeso la prevalenza di bambini in eccesso di peso è maggiore. Non si rilevano differenze nell'IMC dei bambini se si considera, invece, la cittadinanza dei genitori (dati non mostrati nei grafici). La prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso è molto bassa, ovvero pari all'1,4% (IC 95%: 1,3-1,6).

Il Grafico 2 riporta le percentuali di sovrappeso ed obesità per singola regione. Si conferma una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Meridione: dal 13,4% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 28,6% in Campania; dal 4,0% di obesità nella PA di Bolzano al 19,2% in Campania. Il cartogramma mostra l'evidente gradiente geografico. Applicando a tutta la popolazione di 6-11 anni le stime di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ottenute da questa raccolta dati, si è calcolato che il numero di coloro che presenterebbero un eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e 50.000 bambini, di cui 336 mila obesi.

Le prevalenze di sovrappeso e obesità riscontrate in "OKkio alla SALUTE" risultano tra le più elevate nel confronto con gli ultimi dati disponibili degli altri Paesi aderenti al COSI (Grafico 3) (7).

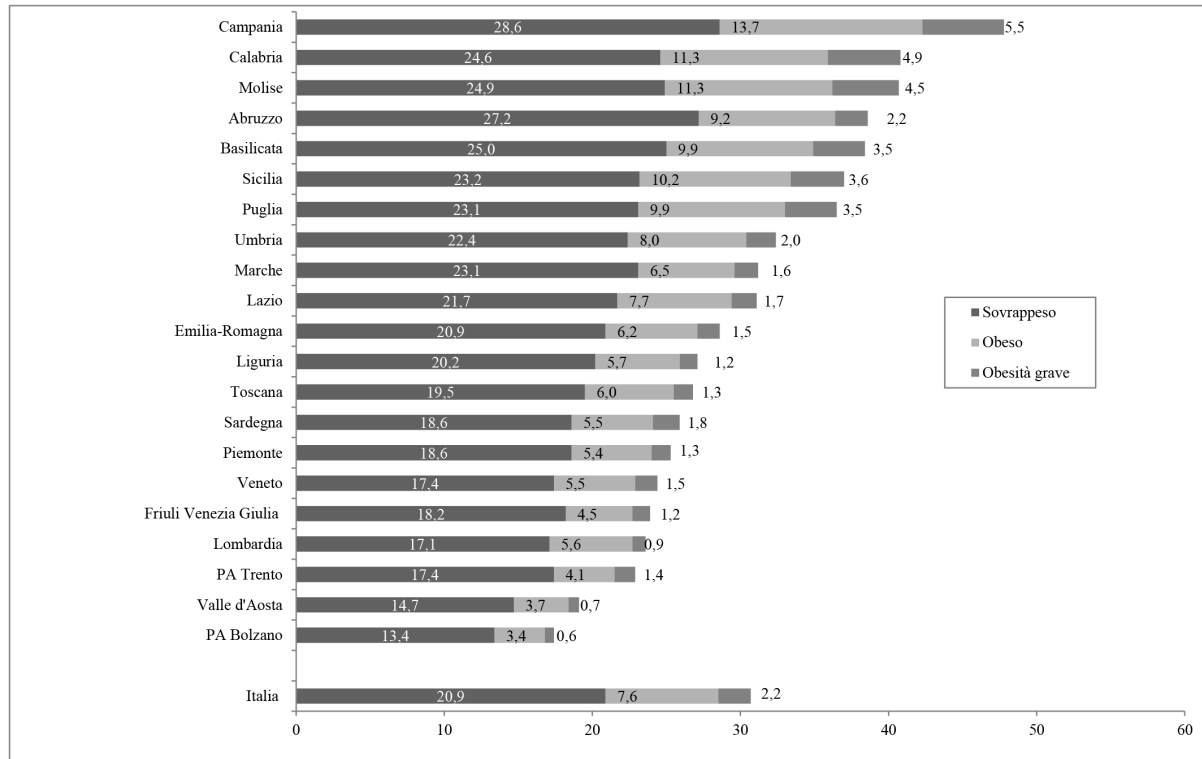
Grafico 1 - Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi - Anni 2008-2009, 2010, 2012, 2014



Fonte dei dati: ISS, "OKkio alla SALUTE". Anno 2008, 2010, 2013, 2015.

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

Grafico 2 - Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in sovrappeso, obesi e gravemente obesi per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: ISS, "OKkio alla SALUTE". Anno 2015.

Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) per regione. Anno 2014

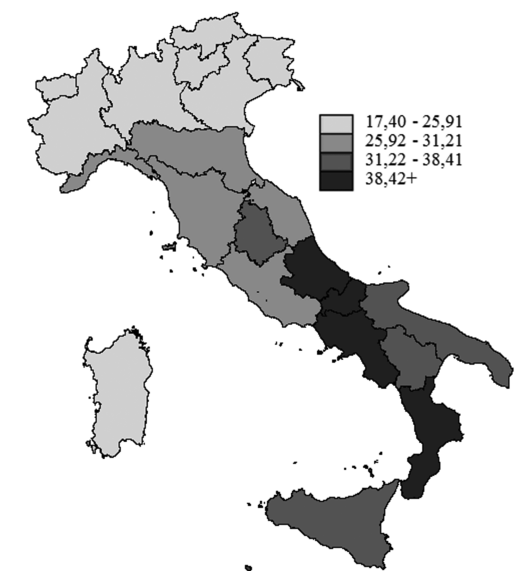
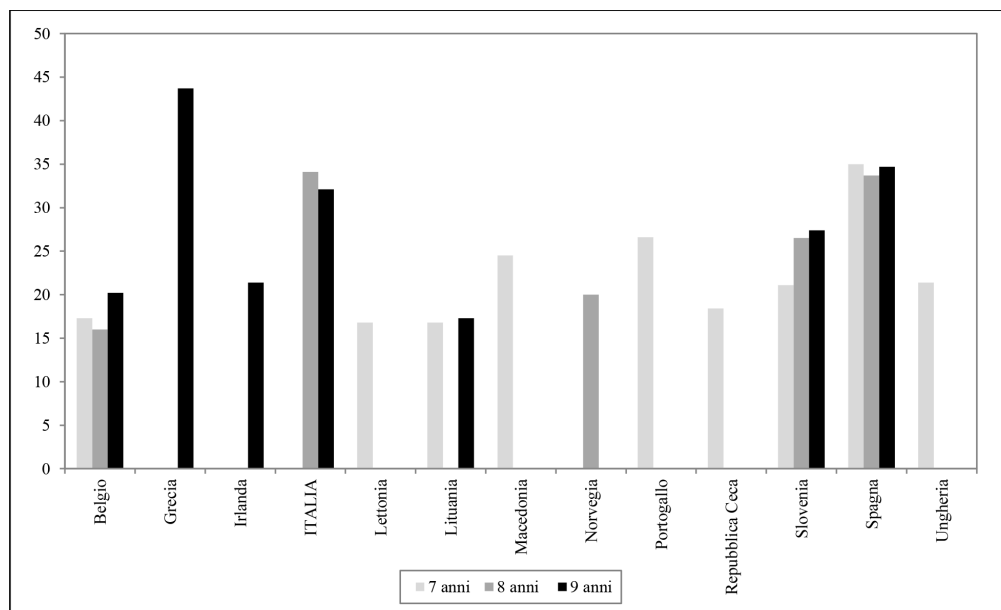


Grafico 3 - Bambini (valori percentuali) di età 7, 8 e 9 anni in sovrappeso ed obesi per Paese europeo - Anno 2010



Fonte dei dati: COSI-OMS (valori soglia IOTF). Adattati da Wijnhoven et al. BMC Public Health 2014, 14:806.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati raccolti con “OKkio alla SALUTE” permettono di monitorare l’eccesso ponderale e i comportamenti a rischio dei bambini in Italia ed effettuare i confronti con i dati di altri Paesi europei.

Alcuni indicatori prodotti nell’ambito di questa sorveglianza sono stati inseriti nel Piano Nazionale delle Prevenzione, declinati a livello regionale e utilizzati per individuare aree di intervento.

Proseguire la sorveglianza nel tempo è indispensabile per aggiornare i dati disponibili e valutare, indirettamente, l’efficacia delle strategie di contrasto all’obesità e agli stili di vita scorretti predisposte a vari livelli (nazionale, regionale e aziendale).

Riferimenti bibliografici

- 1) Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. *Pediatr Clin North Am.* 2015; 62 (4): 821-40.
- 2) World Health Organization. Why Does Childhood Overweight and Obesity Matter? Disponibile sul sito:

www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en.

- 3) Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trend in the USA and the UK. *Lancet* 2011; 378: 815-25.

- 4) Specchia ML, Veneziano MA, Cadeddu C, Ferriero AM, Mancuso A, Ianuale C, Parente P, Capri S, Ricciardi W. Economic impact of adult obesity on health systems: a systematic review. *Eur J Public Health* 2015; 25: 255-62.

- 5) Spinelli A, Nardone P, Buoncrisiano M, Lauria L, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).

- 6) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.

- 7) Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farínós N, Petrauskienė A, Eldin N, Braeckvelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health.* 2014; 14: 806.

Attività fisica

Significato. L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico, per circa 30 minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici per la persona.

L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza ed è associata positivamente allo stato di salute. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di "tipo 2", osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli

anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1).

È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (2). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta.

A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2014 su un campione di 18.864 famiglie, per un totale di circa 44.984 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica.

L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi al di sotto dei 14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone che praticano attività fisica può essere considerata in riferimento alla regione con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 31,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni e 500 mila. Tra questi, il 23,0% si dedica allo

sport in modo continuativo, l'8,6% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 28,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni e 500 mila, pari al 39,9%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,5% del 2013). In aumento, nel 2014 rispetto al 2013, la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo, mentre si registra una lieve, ma significativa contrazione, nella quota di coloro che dichiarano di svolgere sport in modo saltuario (dal 9,1% del 2013 all'8,6% del 2014). Inoltre, rispetto all'anno precedente, nel 2014 si riscontra una significativa diminuzione delle persone sedentarie (-1,3 punti percentuali). Tale riduzione si osserva maggiormente tra le donne (Tabella 1).

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, probabilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate (Tabella 2). Le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano, la PA di Trento, la Valle d'Aosta e la Lombardia, rappresentano la zona del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre vanno incluse nella pratica di sport in modo saltuario anche il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte ed il Veneto.

Seguono, poi, le altre regioni del Nord e del Centro, mentre le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedi-

carsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 30,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (17,9%), la Basilicata (21,7%), la Calabria (23,3%) e la Sicilia (23,4%).

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole dove, in molte regioni, circa due persone su dieci dichiarano di svolgere attività motorie nel tempo libero (Sicilia 15,4%, Puglia 16,7%, Lazio 21,4% e Calabria 22,3%).

Verosimilmente, la sedentarietà è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Sicilia (60,2%) e Puglia (56,2%), dove ben oltre la metà delle persone di 3 anni ed oltre è sedentaria.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente

giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano per gli uomini nella fascia di età 15-17 anni (71,7%) e per le donne in quella tra i 6-10 anni (58,7%) (Tabella 3). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta in modo costante fino ai 74 anni (36,6%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, in cui aumenta la percentuale di sedentari, pari al 71,8% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui le quote di praticanti si equivalgono tra bambine e bambini (Tabella 3). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 27,1% pratica sport con continuità e il 10,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 19,2% e del 7,0%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,1% vs 35,5%).

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

79

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano o non praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2003, 2005-2014

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,0	12,6	26,0	35,0	0,4
2012	26,4	11,3	27,2	34,6	0,5
2013	26,0	11,1	26,4	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,8	35,5	0,3
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
Totale					
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5
2012	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,0	8,6	28,2	39,9	0,3

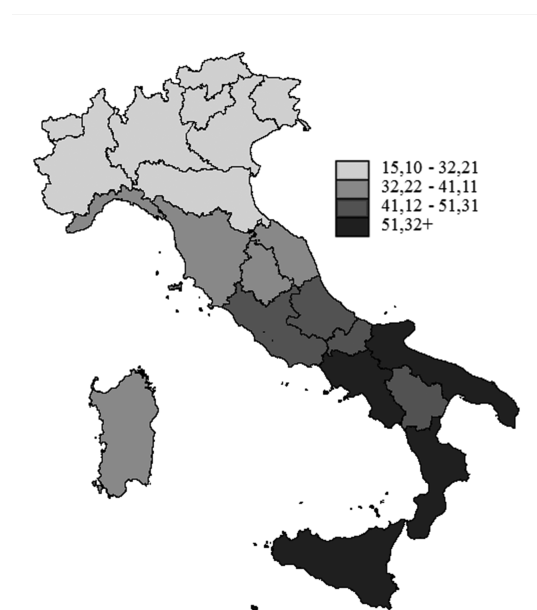
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2014.

Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano o non praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2014

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	23,3	11,5	32,7	32,2	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,2	14,5	25,2	29,6	0,5
Lombardia	28,5	9,4	32,6	29,4	0,1
Bolzano-Bozen	38,7	17,7	23,4	19,8	0,4
Trento	30,7	17,6	36,5	15,1	0,1
Veneto	24,8	10,8	36,4	27,7	0,2
Friuli Venezia Giulia	24,8	12,5	34,6	27,8	0,3
Liguria	23,8	6,6	31,6	37,7	0,3
Emilia-Romagna	26,1	8,7	33,0	32,0	0,2
Toscana	26,2	6,7	32,7	34,3	0,1
Umbria	23,8	8,0	26,8	41,1	0,2
Marche	24,1	8,5	31,5	35,6	0,3
Lazio	27,9	8,2	21,4	42,4	0,2
Abruzzo	21,6	6,1	27,4	44,7	0,3
Molise	19,0	7,1	28,8	44,4	0,7
Campania	12,7	5,2	26,9	54,6	0,6
Puglia	18,0	8,6	16,7	56,2	0,6
Basilicata	16,5	5,2	26,9	51,3	0,1
Calabria	15,5	7,8	22,3	54,2	0,3
Sicilia	15,9	7,5	15,4	60,2	1,0
Sardegna	22,8	8,0	32,0	37,1	0,1
Italia	23,0	8,6	28,2	39,9	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (valori percentuali) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2014



FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

81

Tabella 3 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano o non praticano sport o attività fisica per genere e per classe di età - Anno 2013

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	20,2	2,5	25,1	49,1	3,1
6-10	58,0	6,6	13,8	20,9	0,6
11-14	62,7	8,9	11,9	15,6	0,9
15-17	57,5	14,2	12,2	16,0	0,2
18-19	52,0	14,2	13,4	19,7	0,6
20-24	41,9	18,3	18,0	21,4	0,4
25-34	34,3	15,5	21,1	28,9	0,1
35-44	27,1	12,6	25,8	34,3	0,2
45-54	20,6	10,6	30,3	38,3	0,1
55-59	16,7	9,5	31,8	41,8	0,1
60-64	16,8	9,0	36,5	37,2	0,4
65-74	11,2	6,7	40,7	41,3	0,2
75+	4,8	2,6	30,7	61,6	0,2
Totale	27,1	10,3	26,8	35,5	0,3
Femmine					
3-5	23,8	3,1	22,2	49,1	1,7
6-10	53,1	5,6	17,5	23,6	0,2
11-14	52,0	5,1	19,7	23,1	0,1
15-17	39,8	9,6	26,1	23,9	0,5
18-19	28,4	11,1	31,9	28,6	0,0
20-24	25,2	14,2	26,2	34,2	0,3
25-34	23,1	10,4	31,0	35,2	0,3
35-44	18,5	9,7	34,0	37,6	0,2
45-54	16,2	8,2	34,9	40,5	0,1
55-59	13,9	6,7	35,9	43,2	0,3
60-64	13,8	5,0	35,4	45,4	0,5
65-74	9,2	3,4	32,9	54,1	0,3
75+	3,3	1,2	16,5	78,4	0,6
Totale	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
Totale					
3-5	22,0	2,8	23,7	49,1	2,4
6-10	55,6	6,1	15,6	22,2	0,4
11-14	57,5	7,0	15,7	19,2	0,5
15-17	48,8	12,0	19,0	19,8	0,3
18-19	40,6	12,7	22,3	24,0	0,3
20-24	33,8	16,3	22,0	27,6	0,4
25-34	28,7	13,0	26,1	32,0	0,2
35-44	22,9	11,1	29,9	36,0	0,2
45-54	18,3	9,4	32,7	39,5	0,1
55-59	15,3	8,1	33,9	42,5	0,2
60-64	15,3	7,0	35,9	41,3	0,5
65-74	10,1	4,9	36,6	48,1	0,3
75+	3,9	1,8	22,1	71,8	0,4
Totale	23,0	8,6	28,2	39,9	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di controllare i fattori di rischio, i risultati del 2014 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge che il rischio di essere sedentari, ad oggi due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da con-

siderare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

Una delle più recenti, ma antiche strategie volte ad aumentare l'attività motoria, è quella dell'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani), sia per la potenzialità di impatto sull'intera popolazione sia per la molteplicità dei benefici: miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), riduzione dell'inquinamento atmosferico ed

acustico e minore consumo di risorse con un risparmio economico.

Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte a livello locale. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello ministeriale a differenza di altri Paesi, come ad esempio la Francia ed il Regno Unito, dove recentemente i rispettivi governi hanno investito delle risorse per rendere, effettivamente, più accessibili le scelte salutari (come, ad esempio, il *bike sharing*). In molte realtà italiane, invece, risulta spesso difficile aderire a certe raccomandazioni a livello individuale, vivendo e lavorando in un contesto che rende complicata la scelta di salute.

Diventa, quindi, fondamentale valutare lo sviluppo di nuove e diverse iniziative, la loro implementazione così come il raggiungimento degli obiettivi nel tempo. In questo senso i processi di monitoraggio e sorveglianza sono fondamentali.

Riferimenti bibliografici

(1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.

(2) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet* 2011; 378:1.244-1.253.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono anche la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agendo indirettamente sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbe-

ro manifestarsi più facilmente.

L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica.

L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture vaccinali delle vaccinazioni dell'età pediatrica, previste entro il 24° mese di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B (HBV); il ciclo base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), Meningococco C coniugato, Pneumococco coniugato; la 1° dose entro il 24° mese di età per la vaccinazione anti-Varicella.

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Bambini vaccinati di età <24 mesi
Popolazione residente di età <24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali ed i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute.

Il confronto con i dati di copertura degli anni precedenti il 2013-2014 non è possibile, poichè dal 2013 i dati sono disponibili per singolo antigene e non per vaccino plurivalente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale.

Il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di un valore pari almeno al 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia nell'arco temporale 2013-2014 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi), una minima riduzione della copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie: Tetano (-1,0%), Poliomielite, Difterite ed HBV (-1,1%). Una minima riduzione si evidenzia anche per la vaccinazione anti-Pertosse (-1,1%) e per il ciclo base di Hib (-0,6%). Variazioni maggiori si registrano, invece, per le coperture vaccinali anti-Morbillo, Parotite, Rosolia (-4,0%) e Meningococco c

coniugato (-2,5%). Le vaccinazioni anti-Varicella e Pneumococco coniugato mostrano, invece, un aumento delle coperture (10,3% e 0,6%, rispettivamente).

Se nel 2013, per le vaccinazioni obbligatorie, si registrava il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente PNPV, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, nel periodo 2013-2014 si registrano valori di copertura al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito, pur rimanendo comunque al di sopra del 94%. Lo stesso andamento in diminuzione si evidenzia per le coperture di alcune vaccinazioni raccomandate, quali anti-Hib e Pertosse.

Anche il parametro stabilito nel PNEMoRc è il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di almeno il 95% di copertura vaccinale, ma per questa profilassi tali valori non sono stati ancora conseguiti, e, di contro, nel 2014 i tassi di copertura mostrano una riduzione maggiore.

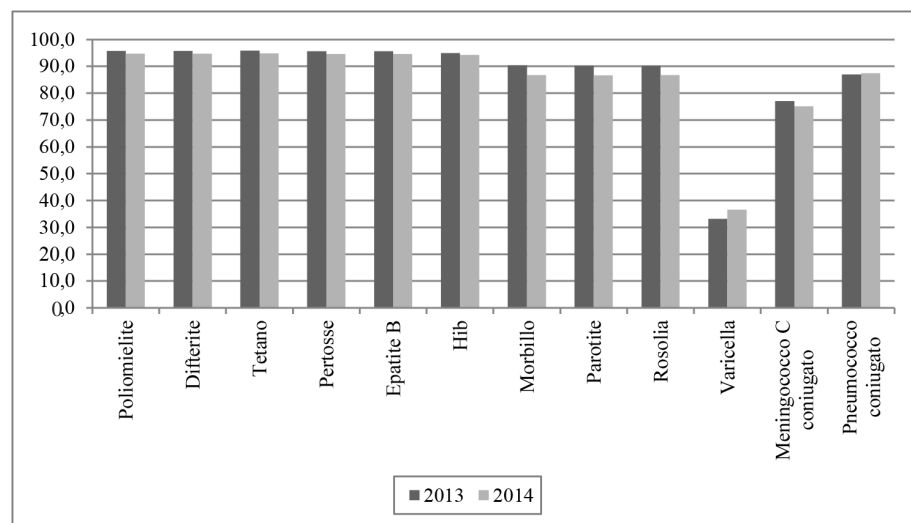
Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2014 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali non superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in Valle d'Aosta, Lombardia (ad eccezione della copertura anti-Poliomielite e anti-Tetano), PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna (ad eccezione della copertura anti-Tetano), Marche, Campania, Puglia e Sicilia.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (anti-MPR), invece, il valore ottimale previsto dal PNEMoRc non è stato raggiunto in nes-

suna regione. Condizione, questa, che non permette di bloccare la circolazione dei virus e che, quindi, facilita

la comparsa di epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Grafico 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia di vaccino - Anni 2013-2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2015.

Tabella 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per singolo antigene per regione - Anno 2014

Regioni	Poliomielite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningococco C coniugato	Pneumococco coniugato
Piemonte	96,21	96,22	96,42	96,15	95,85	95,65	90,55	90,55	90,55	1,10	87,06	92,54
Valle d'Aosta	90,61	90,78	91,30	90,09	90,18	89,66	77,61	77,17	77,09	0,43	77,78	84,41
Lombardia	95,02	94,96	95,14	94,83	94,87	94,33	89,49	89,36	89,40	-	79,43	79,42
Bolzano-Bozen	88,46	88,44	88,52	88,43	87,99	87,68	68,77	68,68	68,75	2,95	61,31	80,69
Trento	92,74	92,70	93,09	92,57	92,43	92,14	84,21	84,17	84,21	1,21	81,73	87,10
Veneto	91,71	91,76	92,09	91,70	91,43	91,04	87,10	86,98	87,03	84,16	88,10	85,59
Friuli Venezia Giulia	92,20	92,57	92,57	92,08	91,70	91,67	83,51	83,38	83,39	60,28	82,62	82,37
Liguria	95,74	95,74	95,80	95,69	95,61	95,22	82,82	82,76	82,82	11,60	83,12	92,18
Emilia-Romagna	94,80	94,72	95,07	94,44	94,49	94,00	88,26	88,06	88,06	0,55	88,28	92,54
Toscana	95,43	95,56	95,71	95,56	95,37	95,12	89,31	89,15	89,23	77,12	87,82	93,80
Umbria	95,90	95,63	95,64	95,54	95,25	95,52	88,97	88,81	88,79	0,59	86,50	94,16
Marche	93,66	93,63	93,70	93,63	93,50	93,45	81,39	81,39	81,39	1,49	76,64	89,65
Lazio	97,55	97,54	97,54	97,53	97,95	97,06	88,54	88,54	88,54	6,15	-	91,25
Abruzzo	96,58	96,57	96,57	96,57	96,57	96,55	85,68	85,68	85,68	4,70	62,20	83,60
Molise	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	86,27	86,27	86,27	37,30	74,15	94,63
Campania	93,19	93,19	93,19	93,19	93,19	93,09	83,66	83,66	83,66	7,88	42,72	76,63
Puglia	94,64	94,64	94,64	94,64	94,64	94,63	85,07	85,07	85,07	81,65	77,75	93,48
Basilicata	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	90,00	90,00	90,00	72,47	86,33	98,47
Calabria	96,07	96,07	96,07	96,07	96,07	96,04	83,20	83,20	83,20	51,07	66,21	92,02
Sicilia	93,48	93,48	93,48	93,48	93,48	93,47	83,95	83,95	83,95	79,02	60,17	91,74
Sardegna	96,03	96,03	96,03	96,02	96,03	95,98	89,07	89,07	89,07	60,64	83,84	95,14
Italia	94,71	94,70	94,82	94,63	94,61	94,30	86,75	86,68	86,70	36,62	75,16	87,44

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e status *polio-free* nella Regione europea), nel nostro

Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. Questi livelli di copertura a macchia di leopardo dipendono dalla crescente opposizione alle vaccinazioni e, in parte, dalla incapacità nel raggiun-

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

85

gere tutti i destinatari della misura di prevenzione, soprattutto chi appartiene alle cosiddette “aree emarginate”. Il raggiungimento di tali sezioni di popolazione è un’operazione molto difficile da compiere sia perché si tratta di persone disagiate, sia perché la prevenzione riguarda problemi potenziali, mentre i soggetti a cui ci si rivolge sono, a causa del loro *status*, impegnati a risolvere problemi in atto.

Per ottenere l’adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione, però, non è sufficiente il raggiungimento dei soggetti da coinvolgere, ma indispensabile è anche la formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell’interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalle mancate motivazioni dei referenti educativi che non dall’opposizione delle famiglie), la qualità dell’educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi, mezzi di comunicazio-

ne) e l’efficienza dei servizi vaccinali nell’offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza, aspetti organizzativi).

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l’Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica e di valutazione delle coperture vaccinali.

Da queste iniziative è emerso, o meglio, si è avvalorata la tesi che, per ottenere un’adesione consapevole alla profilassi vaccinale, indispensabile è fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e che, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, è necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia.

Infatti, sia le conoscenze scientifiche che le capacità operative di esecuzione e di coordinamento sono fondamentali per giungere all’obiettivo cui tendono le vaccinazioni.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica.

La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target*, in particolare gli anziani. Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e

complicate di influenza ed alla riduzione della mortalità prematura.

Il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di 65 anni ed oltre ed alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra di ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità. Per raggiungere tali obiettivi è necessario il raggiungimento di un'alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua nel valore di 75% come obiettivo minimo perseguibile e 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione vaccinata}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene, però, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2014-2015, al 13,6%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di coperture vaccinali, a livello nazionale, non superano l'1,8% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 7,2%, per la classe di età 45-64 anni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale

non raggiunge in nessuna regione i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal PNPV. I valori maggiori si registrano in Veneto (54,4%), Calabria (54,3%) e PA di Trento (52,9%), mentre le percentuali minori nella PA di Bolzano (37,2%) e in Abruzzo (39,1%) (Tabella 1).

Nell'arco temporale considerato (stagioni 2003-2004/2014-2015), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, del 22,7%. In questo periodo osservato, è da evidenziare il picco (68,3%), registrato nella stagione 2005-2006, ascrivibile al condizionamento psicologico sul rischio di pandemia di influenza aviaria.

A livello regionale, confrontando le ultime due stagioni (2013-2014/2014-2015), in tutte le regioni e PA si è osservata una netta diminuzione della copertura con valori compresi tra il -28,4% dell'Abruzzo ed il -3,3% della Lombardia, ad eccezione della PA di Bolzano in cui, invece, si è registrato un incremento del 9,7% (Tabella 2). Considerando il valore italiano il decremento risulta dell'11,6% (Tabella 2).

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

87

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione - Stagione 2014-2015

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,2	0,3	0,6	0,7	0,8	1,3	5,8	46,9	13,5
Valle d' Aosta	0,2	0,3	0,3	0,6	0,6	1,2	5,6	44,3	11,9
Lombardia	0,4	0,7	0,8	0,6	0,5	0,9	3,4	47,0	11,4
Bolzano-Bozen	0,1	0,5	0,6	0,4	0,5	0,8	3,8	37,2	8,3
Trento	1,6	1,3	1,4	1,3	0,9	1,2	5,4	52,9	12,9
Veneto	0,8	1,4	1,3	1,2	1,2	1,9	7,2	54,4	14,5
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,1	0,1	0,8	0,8	1,6	7,2	49,7	14,9
Liguria	0,4	1,0	1,2	0,9	0,6	2,0	5,2	46,9	15,2
Emilia-Romagna	0,7	1,1	1,4	1,5	1,5	2,0	8,3	50,6	14,9
Toscana	4,2	6,5	5,3	3,2	1,9	2,2	9,4	50,6	16,4
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	0,3	0,7	0,9	0,8	1,1	1,4	7,0	46,7	13,5
Lazio	0,4	0,9	1,2	1,3	1,4	2,5	9,5	50,2	14,0
Abruzzo	0,2	0,5	0,5	0,6	1,1	1,5	6,4	39,1	11,1
Molise	0,1	0,6	0,7	0,8	1,1	2,2	11,7	49,8	15,6
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	4,0	6,5	6,2	4,1	3,0	2,4	10,9	49,8	14,6
Basilicata	0,9	1,6	1,5	1,3	1,7	2,5	8,8	46,4	13,4
Calabria	0,8	1,2	1,6	1,2	2,5	1,6	6,7	54,3	13,4
Sicilia	0,1	0,4	0,6	0,6	1,2	2,4	8,8	48,1	12,8
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	1,0	1,6	1,7	1,3	1,3	1,8	7,2	49,0	13,6

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2015.

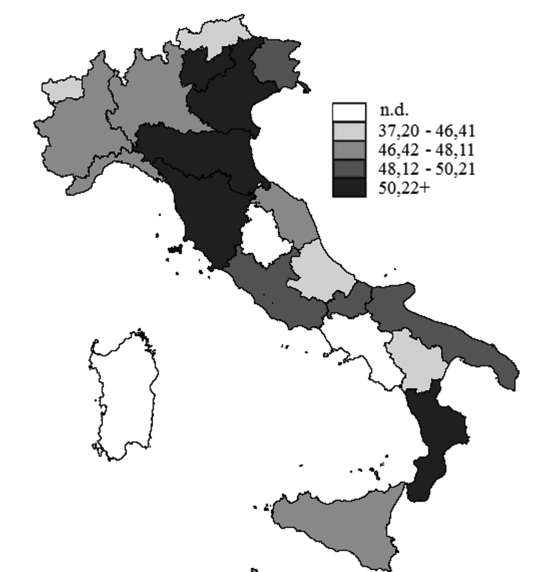
Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2014-2015

Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2003-2004/2014-2015

Regioni	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
Piemonte	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3	55,0	51,6	51,1	46,9
Valle d' Aosta	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6	56,2	47,0	48,2	44,3
Lombardia	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2	57,9	48,2	48,6	47,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>51,1</i>	<i>52,0</i>	<i>55,2</i>	<i>48,0</i>	<i>50,5</i>	<i>47,5</i>	<i>47,7</i>	<i>44,5</i>	<i>42,5</i>	<i>35,8</i>	<i>33,9</i>	<i>37,2</i>
<i>Trento</i>	<i>57,8</i>	<i>60,0</i>	<i>67,6</i>	<i>69,2</i>	<i>64,6</i>	<i>68,0</i>	<i>67,0</i>	<i>61,8</i>	<i>62,2</i>	<i>56,3</i>	<i>55,8</i>	<i>52,9</i>
Veneto	70,9	-	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8	67,1	58,9	58,5	54,4
Friuli Venezia Giulia	72,4	72,5	72,1	-	64,4	68,1	49,7	62,4	61,8	55,2	56,1	49,7
Liguria	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0	55,6	41,6	50,4	46,9
Emilia-Romagna	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4	64,7	56,3	57,2	50,6
Toscana	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8	67,8	58,9	60,2	50,6
Umbria	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2	74,0	67,9	68,8	-
Marche	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,7
Lazio	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1	62,2	56,8	56,8	50,2
Abruzzo	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9	59,7	50,3	54,6	39,1
Molise	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6	60,5	49,4	59,5	49,8
Campania	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8	73,1	61,4	61,3	-
Puglia	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7	69,0	57,2	61,0	49,8
Basilicata	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6	63,1	58,6	58,0	46,4
Calabria	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8	65,6	49,8	56,5	54,3
Sicilia	63,8	69,7	67,5	56,4	-	61,0	64,1	61,3	60,2	54,0	56,5	48,1
Sardegna	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6	57,0	47,3	46,0	-
Italia	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6	62,4	62,7	54,2	55,4	49,0

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2015.**Raccomandazioni di Osservasalute**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quali obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In Italia, purtroppo, l'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le

percentuali di copertura vaccinale attualmente conseguite e l'obiettivo minimo resta ancora lontano dall'essere raggiunto. Di conseguenza, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale e, nel caso dei bambini ai Pediatri di Libera Scelta, una maggiore prevenzione per le categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza ed alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morte correlati all'influenza.

Screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto

I programmi di screening organizzato per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto rappresentano, in Italia, una realtà consolidata e sono parte dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il loro sviluppo è progredito negli anni, con lentezza ma progressivamente, dapprima per i tumori della mammella e della cervice uterina e, successivamente, anche per il colon-retto. Persistono, tuttavia, differenze importanti nei livelli di attività raggiunti, in particolare tra Sud ed Isole e le altre macroaree. Le attività dei programmi di screening sono oggetto del monitoraggio dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) (1). Sono di recente pubblicazione il Report Breve 2014 (2) (gennaio 2014) e l'Undicesimo Rapporto ONS (3) (maggio-giugno 2015), che riportano, tra l'altro, i risultati delle *survey* che, annualmente, vengono realizzate per il monitoraggio dei principali indicatori di attività e di *performance*.

Nel 2013, le persone invitate ai programmi di screening organizzato, in Italia, sono state 3,7 milioni, 3,0 milioni e 4,4 milioni, rispettivamente per lo screening per il cervicocarcinoma, per il tumore della mammella e per il tumore del colon-retto (2).

La diffusione dei programmi e la loro capacità di invito è, solitamente, valutata attraverso l'estensione effettiva che esprime la proporzione di inviti effettuati rispetto a quanti teoricamente se ne dovrebbero realizzare annualmente nel programma, in relazione alla popolazione *target* ed all'intervallo standard previsto tra un test negativo ed il successivo.

Per quanto riguarda lo screening del cervicocarcinoma uterino, l'estensione effettiva (riferita alla fascia di età 25-64 anni) passa, a livello nazionale, da 51,8% (nel triennio 2004-2006) a 69,5% (nel triennio 2010-2012).

Nello screening mammografico, considerando la fascia di età 50-69 anni, dal 54,3% del biennio 2005-2006 si arriva al 73,3% nel 2010-2012 e, infine, nel caso dello screening per il cancro del colon-retto si passa dal 20,7% del 2005-2006 al 53,1% del biennio 2011-2012 (4).

I dati dell'Undicesimo Rapporto ONS confermano, però, anche la persistenza di marcate differenze tra macroaree, in particolare per gli screening mammografico e coloretale. Sud ed Isole hanno valori ancora piuttosto lontani dai valori nazionali: 39,6% e 12,2% sono, infatti, i valori, rispettivamente, raggiunti per l'estensione effettiva dello screening mammografico e del colon-retto nel biennio 2011-2012.

Alcuni primi dati, per il 2013, sono riportati nel Rapporto Breve del gennaio 2014 (5): l'estensione effettiva si assesta al 71% e al 74% per lo screening per il cervicocarcinoma uterino e della mammella, rispettivamente, e al 62% per il colon-retto. Si evidenzia, inoltre, che il gradiente Nord-Sud ed Isole permane evidente per lo screening mammografico e del colon-retto, ma si attenua, per quanto riguarda lo screening del colon-retto, poiché l'estensione passa da circa il 15% del 2012 al 28%.

Per quanto riguarda il cervicocarcinoma, sia al Nord che al Meridione, si hanno valori di poco inferiori al 70% ed al Centro di poco inferiori al 90%. Nello screening mammografico il gradiente tra macroaree permane evidente: al Nord l'estensione effettiva è intorno al 90%, lievemente inferiore al Centro e fortemente ridotta al Meridione (circa 40%).

Ovviamente, la diffusione del programma di screening e la relativa capacità di rispettare gli intervalli di invito della popolazione *target* rappresentano indicatori fondamentali per l'efficacia del programma. Tuttavia, è evidente che la buona riuscita di un programma di screening dipenderà anche dalla partecipazione della popolazione, oltre che dagli altri indicatori di *performance* (proporzione di richiami, valori predittivi e tassi di identificazione).

L'Undicesimo Rapporto ONS, tra i risultati della *survey* effettuata per il biennio 2011-2012 (6), riporta che, in Italia, la proporzione di partecipazione per il tumore della mammella, è stata pari al 56,1% ed evidenzia, anche in questo caso, un gradiente Nord-Sud ed Isole; si raggiunge il 62,1% al Nord, al Centro si ha un valore pari a 53,7% e nel Meridione pari a 41,0%. È da notare, però, che, a fronte della quasi stabilità nel tempo della partecipazione nelle altre macroaree, al Sud e nelle Isole si osserva, dal 2009, la tendenza ad un lieve incremento (7).

Relativamente allo screening per il cervicocarcinoma uterino la partecipazione, nel 2012, è stata del 40,7% a livello nazionale, raggiungendo il 49,1% al Nord ed attestandosi al 29,5% al Sud ed Isole (8).

Riguardo allo screening per il carcinoma del colon-retto, la partecipazione nei programmi che utilizzano il test per il sangue occulto nelle feci, nella *survey* 2011-2012, è stata del 47,1% a livello nazionale. L'adesione è maggiore nei programmi del Nord (52,0%) e del Centro (40,6%), mentre nel Meridione si registrano i valori più bassi (28,6%) (9). Nel biennio 2011-2012, nei programmi con rettosigmoidoscopia, il 27% (*range*: 7-37%) dei soggetti invitati ha effettuato una sigmoidoscopia e un ulteriore 14% ha aderito all'offerta alternativa del sangue occulto nelle feci, per una adesione complessiva del 41% (10).

Bassi livelli di volumi di invito e di partecipazione, contestualmente presenti, si traducono in una ridotta numerosità di donne sottoposte a screening, riducendo, di conseguenza, l'effetto complessivo dei programmi di screening.

Va ricordato, inoltre, che i programmi di screening organizzati rappresentano un'occasione di offerta di prevenzione e diagnosi precoce alla popolazione, caratterizzata dalla tendenza all'equità dell'accessibilità, perché rivolta attivamente con l'invito alla popolazione *target* di ciascuno dei tre screening. Inoltre, sulla base della periodicità degli intervalli di invito, il fabbisogno è definibile e programmabile.

Infine, le *performance* sono monitorate attraverso gli indicatori di valutazione (proporzioni di richiamo, valori predittivi, tassi di identificazione etc.). Per questi motivi è importante proseguire nello sviluppo dei programmi organizzati.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.
- (2) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia. Gen 2014.
- (3) Osservatorio Nazionale Screening - Undicesimo Rapporto - Epidemiol. Prev. 2015; 39 (3) Suppl. 1; 1-125.
- (4) Zappa M., Carozzi F.M., Giordano L., Sassatelli R., Federici A.; La diffusione dei programmi di screening in Italia, anni 2011-2012. Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 5-8.
- (5) Zappa M. L'impatto dei programmi di screening sul panorama della prevenzione in: I Programmi di Screening in Italia. Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. Gen 2014.
- (6) Ventura L., Giorgi D., Giordano L., Frigerio A., Mantellini P., Zappa M. and the italian breast cancer survey group; Lo screening mammografico in Italia: survey 2011-2012 Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 30-38.
- (7) Giordano L., Castagno R., Giorgi D., Piccinelli C., Ventura L., Segnan N., Zappa M.; Lo screening mammografico in Italia: valutazione degli indicatori di performance per trend temporali e volumi di attività; Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 30-38.
- (8) Ronco G., Giubilato P., Carozzi F., Maina G., Giorgi-Rossi P., Zappa M.; Estensione dei programmi organizzati di screening cervicale in Italia e loro indicatori di processo. Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 61-82.
- (9) Zorzi M., Da Re F., Mantellini P., Naldoni C., Sassoli de' Bianchi P., Senore C., Turrin A., Visioli C.B., Zappa M. Survey del Cancro coloretale in Italia : survey 2011-2012 Epidemiol. Prev. 2015; 3 (Suppl. 1): 93-107.
- (10) Senore C, Zappa M, Zorzi M. Update sullo screening dei tumori colo-rettali in Italia, Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva, in press.

Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il cancro della mammella è il più frequente tumore fra le donne e provoca un quarto di tutti i tumori maligni incidenti. La mortalità per cancro della mammella si riduce tra le donne che praticano la mammografia ogni 2 anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre, sistematicamente, ogni 2 anni la mammografia alle donne tra 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone a mammografia, a scopo preventivo come raccomandato, ma su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico, entro i programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

PASSI è un sistema di sorveglianza in continuo che raccoglie, ogni anno, informazioni su un campione di oltre 35.000 persone, rappresentativo per genere ed età della popolazione residente di 18-69 anni di età.

Nel presente indicatore vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2011-2014, stimati su un campione complessivo di 29.274 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea

Numeratore	Donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea	
		x 100
Denominatore	Donne di 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia	

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioral Risk Factor Surveillance System*, con quelli ricavati dei sistemi di registrazione clinici negli Stati Uniti, è stato osservato che raramente una donna che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato omette di riferirlo (elevata sensibilità). Invece, un certo numero di donne che ha effettuato la mammografia, prima del biennio precedente l'intervista, dichiara di averla fatta nelle tempistiche raccomandate (moderata specificità). Questo fenomeno viene attribuito, principalmente, al cosiddetto effetto "telescopico", per cui l'intervistato riferisce di aver effettuato il test più recentemente di quanto accaduto in realtà. Sono state escluse le donne che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so". A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata. Anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia, questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale, i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati.

Va ricordato, inoltre, che in Italia i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficile individuare, univocamente, un valore di riferimento per questo indicatore.

Nelle realtà dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di 50-69 anni di età, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening mammografico spontaneo sopperisce, in parte, la mancanza di offerta attiva di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening mammografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare l'adesione a quest'ultimi.

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata, in gran parte, nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2011-2014, il 51% della popolazione *target* femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati) (Grafico 1). Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono, essenzialmente, determinate dalle differenze nella quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante), che determina un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali mentre,

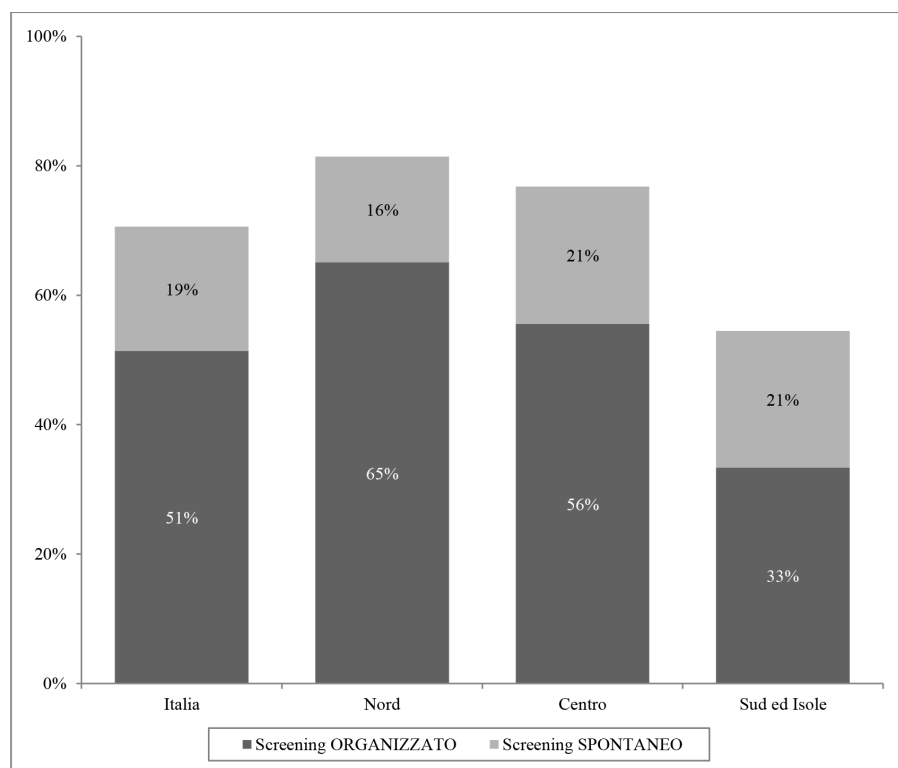
rispetto a questa, la geografia dello screening mammografico spontaneo è speculare e fa registrare valori più bassi al Nord (16%) e maggiori al Centro-Sud ed Isole (21%) senza, tuttavia, riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato. Il valore maggiore della proporzione di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa spontanea si registra in Liguria (31%), quello più basso in Basilicata (5%) e Valle

d'Aosta (6%).

Nel periodo 2008-2014 si evidenzia un aumento dell'indicatore nelle regioni del Meridione (dal 17% al 21%) (Grafico 2).

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (22%).

Grafico 1 - Quota media (valori percentuali) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014



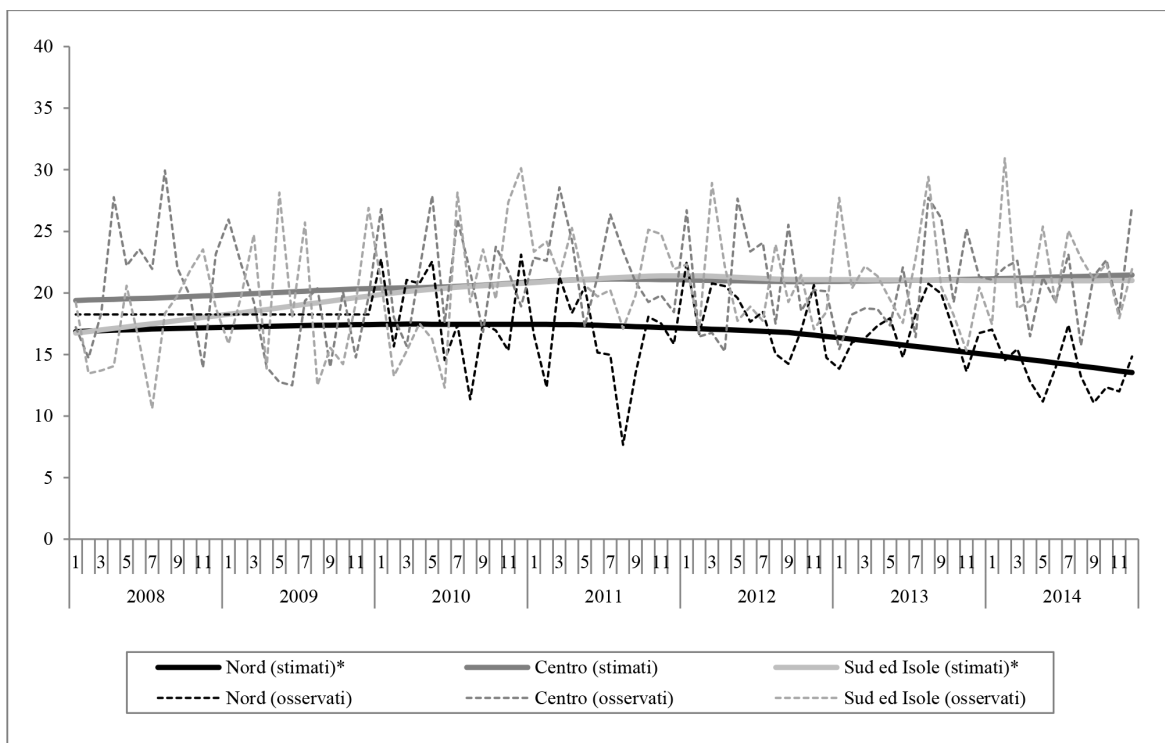
Fonte dei dati: PASSI. Anni 2011-2014.

FATTORI DI RISCHIO, STILI DI VITA E PREVENZIONE

Quota media (valori percentuali) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2011-2014



Grafico 2 - Quota media mensile (valori percentuali) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2014



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2011-2014 la maggior parte delle donne di 50-69 anni (93%) intervistate da PASSI è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico (consiglio del medico, campagna informativa o lettera di invito della ASL).

Anche le donne che effettuano la mammografia a scopo preventivo, su iniziativa spontanea, sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening e l'intervento più efficace dai dati PASSI sembra essere la combinazione fra la campagna informativa e il consi-

glio del medico operatore sanitario; il 39% delle donne che hanno ricevuto entrambi decide di sottoporsi allo screening rispetto al 14% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

Implementare le campagne informative sull'importanza della diagnosi precoce e promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Nonostante la mortalità per carcinoma del collo dell'utero si sia notevolmente ridotta negli ultimi decenni in Italia, in concomitanza con la diffusione del test di Papanicolaou (Pap test) e, più recentemente, anche del test per l'*Human Papilloma Virus* (HPV test), si registrano ancora oggi alcune centinaia di decessi evitabili ogni anno. L'esecuzione dello screening è raccomandata ogni 3 anni alle donne dai 25 anni di età fino ai 64 anni. Le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Aziende Sanitarie Locali (ASL), e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Dove questa

offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone ai test di screening raccomandato su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, entro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. Nel presente indicatore vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2011-2014, stimati su un campione complessivo di 61.112 donne di età 25-64 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Numeratore	Donne di 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo, nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea	
		x 100
Denominatore	Donne di 25-64 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening del tumore della cervice uterina	

Validità e limiti. In contesti diversi da quelli italiani, i dati riferiti sono stati più volte confrontati a quelli registrati (in archivi delle prestazioni, diari clinici etc.) ed è stato verificato che i dati auto riferiti sono dotati di elevata sensibilità. Un certo numero di donne che non ha effettuato test di screening per la diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero negli ultimi 3 anni, dichiara di averlo fatto (moderata specificità). Questo fenomeno è attribuito all'effetto telescopico, per cui l'intervistata ricorda di essersi sottoposta al test più recentemente di quanto sia accaduto, oppure al fatto che la donna ritiene erroneamente che, nel corso di una visita ginecologica, sia stato effettuato anche un test di screening preventivo. A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata, anche se questo non è stato verificato in contesti italiani. Questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati. Va ricordato, inoltre, che, in Italia, i registri dei programmi organizzati non forniscono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi. Tali informazioni vengono invece rilevate, sistematicamente, da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

Valore di riferimento/Benchmark. Difficile individuare, univocamente, un valore di riferimento per questo indicatore.

Nelle realtà, dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di

25-64 anni di età, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening per il tumore della cervice uterina spontaneo sofferisce la mancanza di offerta attiva di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening per il tumore della cervice uterina fuori dai programmi organizzati possa disincentivare, in parte, l'adesione a quest'ultimi.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2011-2014, il 42% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota analoga, pari al 37%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è, significativamente, maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (49% vs 37% nel Nord e 46% vs 39% nel Centro); accade il contrario nel Meridione (32% vs 34%) dove la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (Grafico 1).

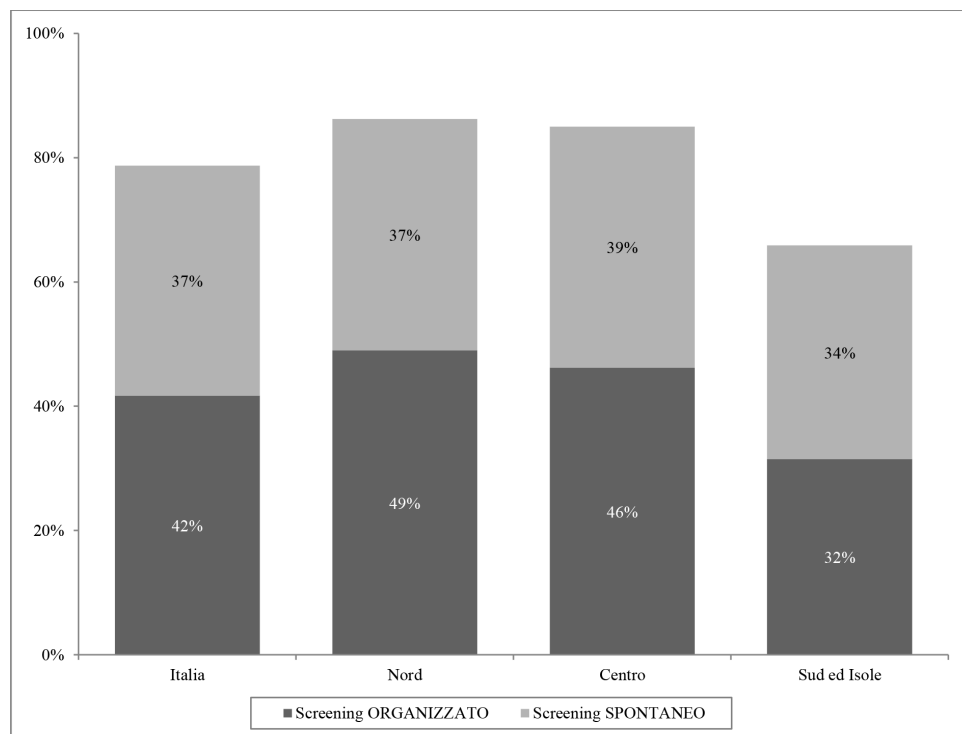
Dal 2008 al 2014, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice

uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta, sostanzialmente, stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%).

La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è

maggiore tra le 35-49enni (42%) e tra le più istruite (45%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 41% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 30% fra quelle con molte difficoltà economiche.

Grafico 1 - Quota media (valori percentuali) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014

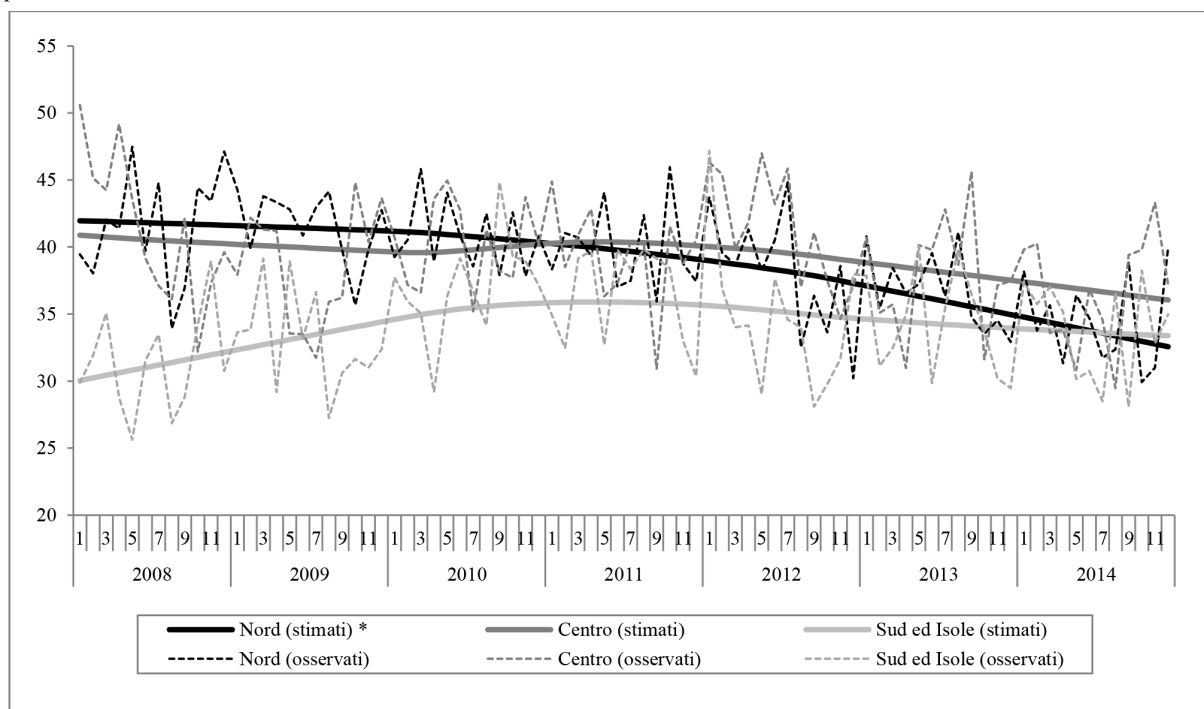


Fonte dei dati: PASSI. Anni 2011-2014.

Quota media (valori percentuali) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2011-2014



Grafico 2 - Quota media mensile (valori percentuali) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2014



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2011-2014, quasi nove donne su dieci di 25-64 anni di età dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina.

Anche le donne che effettuano lo screening per il tumore della cervice uterina, a scopo preventivo, su iniziativa spontanea, sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening (consiglio del medico, campagna informativa etc.) e il consiglio del medi-

co/operatore sanitario sembra essere quello più efficace: il 65% delle donne che ha ricevuto il consiglio da parte di un medico effettua il test rispetto al 28% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto, con quasi 60 mila nuovi casi stimati all'anno, è tra i tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana e rappresenta la seconda causa, per frequenza, di decesso per neoplasie sia fra gli uomini che fra le donne.

Abbastanza raro prima dei 40 anni, colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età e, fortunatamente, la sopravvivenza migliora nel tempo grazie ai miglioramenti terapeutici e alla diagnosi precoce.

La ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) sono i principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici, in grado di diagnosticare oltre il 50% dei tumori negli stadi più precoci. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione di età 50-69 anni, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale o l'esecuzione della retto-sigmoidoscopia o colonscopia

(la cui cadenza non è stata definita in modo univoco). La maggior parte delle ASL offre alle persone tra 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni, mentre altre offrono la colonscopia/retto-sigmoidoscopia mediamente ogni 5 anni (quest'ultima prevalentemente come test di secondo livello). Infine, poche ASL, fra cui tutte quelle della regione Piemonte, offrono la retto-sigmoidoscopia una sola volta tra 58-60 anni.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI), rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, entro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. Nel presente indicatore vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2011-2014, stimati su un campione complessivo di 51.966 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

Percentuale di persone che si sottopone a screening per il tumore del colon-retto

Numeratore	<p>Persone di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa spontanea</p>	x 100
Denominatore	<p>Persone di 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening per il tumore del colon-retto</p>	

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una stima della quota complessiva di popolazione che si è sottoposta ad intervento preventivo appropriato (sia nell'ambito di programmi organizzati che come iniziativa spontanea) e deriva dall'integrazione cumulativa delle prevalenze di coloro che hanno eseguito il SOF e/o l'endoscopia negli intervalli di tempo specificati. Gli studi che hanno valutato la validità dei dati riferiti per stimare l'effettuazione dello screening con il test SOF e gli esami endoscopici hanno evidenziato una sovra-segnalazione per entrambi i test.

In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni, seguendo l'indicazione del *Behavioural Risk Factor Surveillance System*. In questo modo, però, si sottovaluta la copertura in quelle ASL che offrono l'esame una sola volta nella vita.

Sono state escluse le persone che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".

Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si calcola questo indicatore cumulativo, possono sovrastimare la copertura; pertanto, mancando studi effettuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nell'interpretazione di questo dato.

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità delle persone nella fascia di età 50-69 anni sia invitata a eseguire lo screening e lo esegua nei tempi consigliati.

Descrizione dei risultati

La copertura nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2011-2014 solo il 41% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorrettali (Grafico 1).

Evidente è il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-

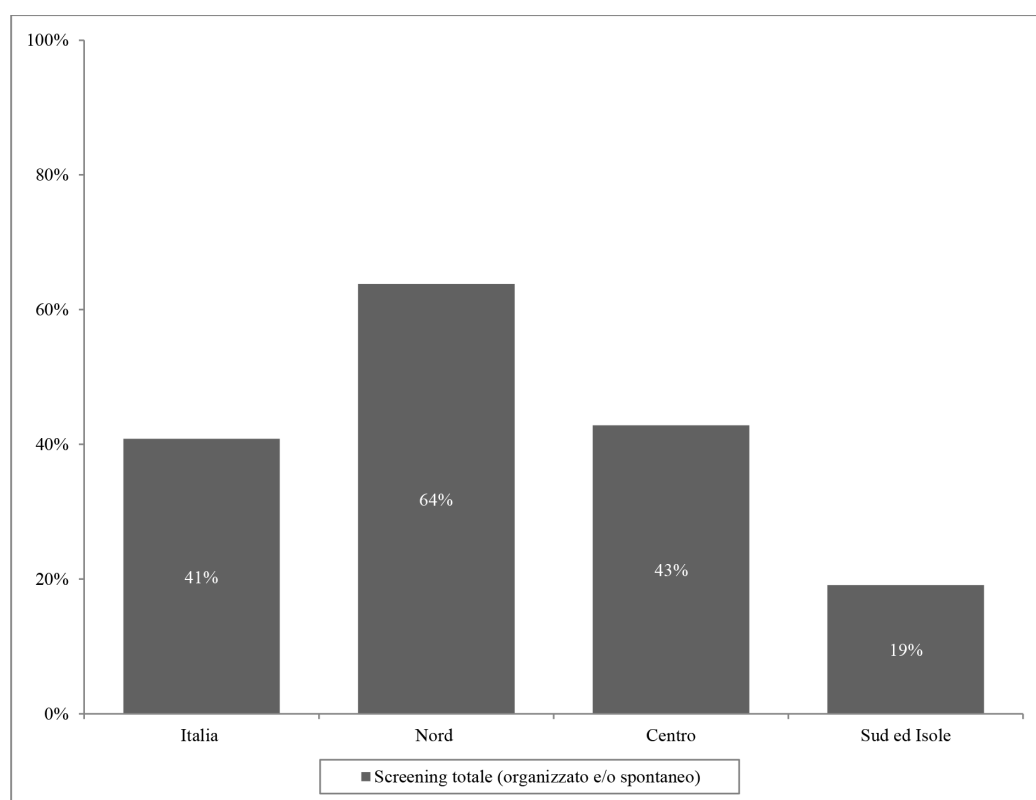
retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (64%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (43%) e del Sud ed Isole (19%). Il dato più elevato di copertura si registra in Emilia-Romagna con il 71%, quello più basso in Calabria con il 13%.

Nel tempo si registra una crescita lenta, ma significativa in tutto il Paese: dal 2010 al 2014, la quota di persone che si sottopone a screening per il tumore del

colon-retto a scopo preventivo, secondo le Linee Guida, è cresciuta mediamente del 7,9% (+11,7% al Nord, +8,8% al Centro e +7,5% al Sud ed Isole).

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (45%), negli uomini rispetto alle donne (42% vs 39%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (51% vs 28%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (41% vs 35%).

Grafico 1 - Quota media (valori percentuali) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014



Nota: i dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL, poiché offrono programmi di screening coloretali ad una fascia di popolazione diversa e con cadenza diversa.

Fonte dei dati: PASSI. Anni 2011-2014.

Quota media (valori percentuali) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2011-2014

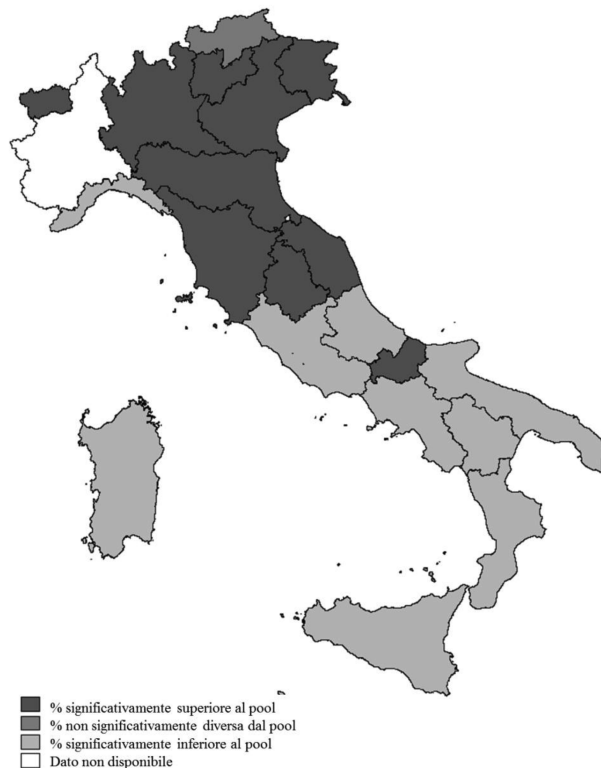
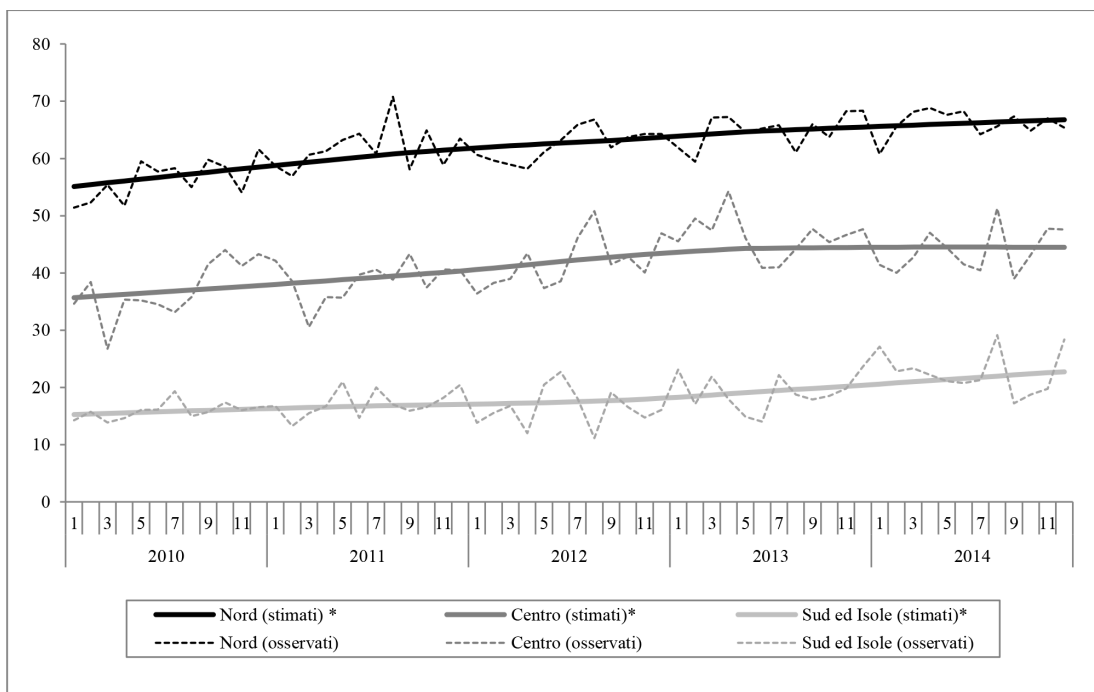


Grafico 2 - Quota media mensile (valori percentuali) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2011-2014



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2011-2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2011-2014, oltre la metà delle persone fra i 50-69 anni (61%) è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della ASL, consiglio del medico e campagna informativa). Infatti, il 78% degli intervistati tra 50-69 anni, che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario, si è sottoposta a screening per il tumore del colon-retto

rispetto al 9% di quelli non raggiunti da alcun intervento. Le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, consiglio del medico e campagna informativa) eseguono il test di screening nell'80% dei casi.

La lettera di invito potrebbe non essere sufficiente a garantire l'adesione ai programmi di screening organizzati; promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

La pratica dell'attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Dott.ssa Emanuela Bologna, Dott.ssa Laura Iannucci, Dott.ssa Valeria Qualiano

Contesto

Nel 2010, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato le raccomandazioni sui livelli di attività fisica protettivi per la salute, ovvero *Health Enhancing Physical Activity*, specifici per bambini, ragazzi, adulti ed anziani. Tali raccomandazioni sono basate su evidenze scientifiche che hanno dimostrato gli effetti benefici, sullo stato di salute, prodotti da una attività fisica di moderata intensità, svolta con regolarità (1). L'OMS determina, per ogni sottogruppo di popolazione, le soglie raccomandate, considerando la durata e l'intensità dell'attività fisica praticata nell'arco di 1 settimana¹.

Materiali e metodi

Utilizzando le informazioni raccolte nell'ambito dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta tra il 2012-2013, sulla durata e la frequenza con cui si pratica nel tempo libero l'attività fisica, di tipo moderato o intensivo, è stato possibile calcolare un indicatore del livello di attività fisico-motoria adeguato, per avere dei benefici sulla salute psico-fisica rispetto alle raccomandazioni dell'OMS. Il suo complemento, considerato come livello inadeguato di attività, è stato considerato per analizzare i gruppi a rischio nella popolazione che non praticano esercizio fisico sufficiente a svolgere un ruolo protettivo per la salute. Occorre, comunque, precisare che l'indicatore esaminato è riferito solo all'attività svolta nel tempo libero e non tiene conto dell'attività fisica svolta in ambito lavorativo o domestico; per i bambini e i ragazzi non tiene conto dell'attività fisica svolta a scuola. Inoltre, l'indicatore comprende sia chi non svolge alcun tipo di attività che chi la pratica al di sotto delle soglie raccomandate.

Risultati

Analizzando la distribuzione per genere e classe di età si evidenzia che il 79,6% della popolazione di 5 anni ed oltre non pratica un'attività fisica protettiva per la salute e, tra questi, il 34,7% la svolge, ma con livelli insufficienti secondo le raccomandazioni dell'OMS. I livelli più elevati di attività inadeguata si osservano tra gli anziani (91,6%) e tra i bambini e adolescenti di età compresa tra i 5-17 anni (89,1%), età in cui è necessario spendere almeno 1 ora al giorno nel praticare attività fisico-sportiva. Tuttavia, tra i ragazzi, più della metà (62,9%) svolge attività fisica nel tempo libero, ma con livelli insufficienti rispetto alle raccomandazioni dell'OMS; solo un terzo degli anziani (31,9%), invece, svolge attività fisica anche se di livello insufficiente.

La quota di donne che praticano livelli non adeguati di attività fisica secondo le soglie raccomandate è superiore a quella degli uomini in tutte le classi di età. Il *gap* di genere è particolarmente evidente per i 18-24enni, fascia di età in cui ben il 64,8% delle donne non pratica un'attività fisica adeguata, rispetto al 44% degli uomini (Grafico 1).

A livello territoriale, nel Sud (85,9%) e nelle Isole (84,5%) si concentra la popolazione meno attiva; in particolare modo in Calabria (88,6%), Campania (87,8%), Basilicata (87,5%) e Sicilia (86,8%). Le regioni dove il fenomeno è meno accentuato sono quelle del Nord-Est (74,1%). Nello specifico, nelle PA di Trento (69,5%) e di Bolzano (68,4%) la quota di persone che praticano livelli di attività fisica insufficienti secondo le raccomandazioni dell'OMS si discosta di circa 10 punti percentuali dalla quota sul totale Italia (Grafico 2).

Se si analizza l'impatto delle principali variabili di *status* (titolo di studio e risorse economiche dichiarate) sui livelli di pratica dell'attività fisica, si rilevano disequaglianze sociali molto accentuate, soprattutto tra la popolazione adulta di 18 anni ed oltre (Grafico 3).

La quota di persone di 5 anni ed oltre con livelli di attività fisica non adeguata è più elevata tra le persone con basso titolo di studio e in tutte le classi di età; in particolare gli scostamenti più elevati si osservano nella popolazione giovane di 18-24 anni (il 41,3% dei laureati non pratica attività fisica adeguata, rispetto al 63,0% di quelli con al massimo la licenza media) e adulta di 25-44 anni (il 59,8% dei laureati non pratica attività fisica adeguata, rispetto all' 83,1% di quelli con al massimo la licenza media). Nel gruppo che svolge attività fisica inadeguata, la proporzione di coloro che svolgono qualche attività fisica nel tempo libero, anche se con livelli insufficienti, è maggiore tra i laureati (40,3% vs 68,1%) rispetto a chi ha al massimo la licenza media (30,7% vs 87,4%) (Grafico 3).

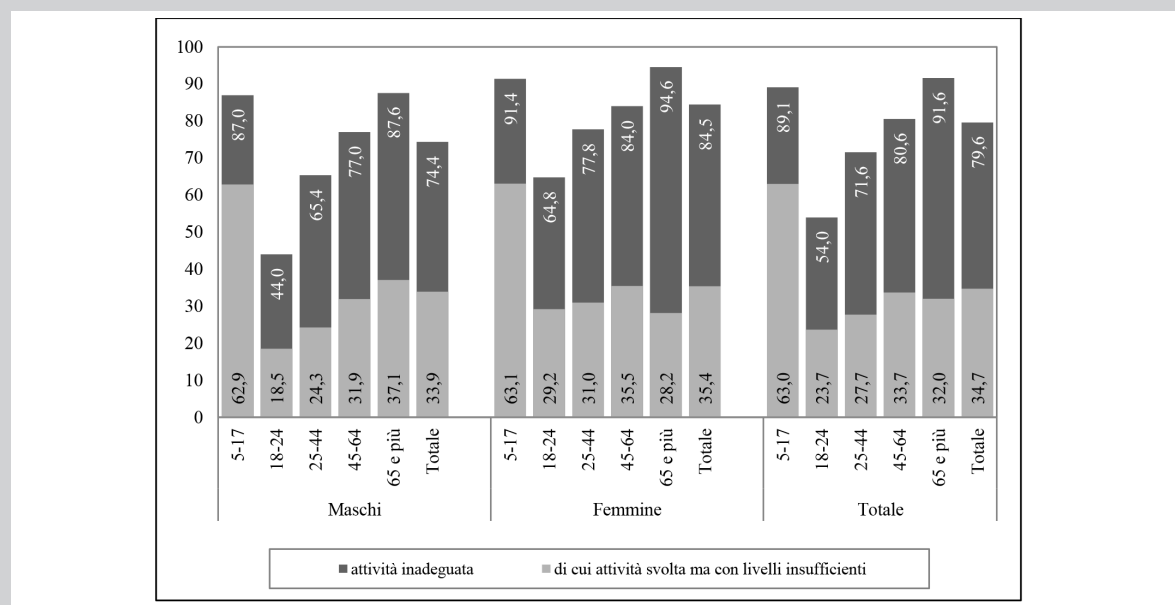
¹Per i bambini e i ragazzi dai 5-17 anni, l'OMS raccomanda almeno 60 minuti al giorno di attività fisico-sportiva da moderata a intensiva (nei diversi ambiti della vita quotidiana). Per gli adulti (18-64 anni) e gli anziani di 65 anni ed oltre, sono raccomandati almeno 150 minuti di attività fisico-sportiva moderata a settimana, oppure almeno 75 minuti di attività fisico-sportiva intensiva a settimana, oppure una combinazione equivalente di attività fisico-sportiva intensiva e moderata (nei diversi ambiti della vita quotidiana: lavoro, tempo libero e attività domestiche).

Un analogo svantaggio si osserva analizzando il profilo socio-economico della popolazione con livelli di attività inadeguata: 85,0% per coloro che dichiarano risorse economiche familiari scarse o insufficienti rispetto al 76,2% di chi dichiara risorse ottime o adeguate (Grafico 3).

Analizzando la popolazione più giovane (5-24 anni), si può notare come l'impatto delle disuguaglianze sociali cresca con l'età. Infatti, è soprattutto nei giovani tra i 18-24 anni che il livello di attività fisica praticata è fortemente influenzato dal livello di istruzione dei genitori (il 63,0% dei giovani che praticano attività fisica inadeguata ha genitori con un basso livello di istruzione rispetto al 41,3% di quelli con genitori laureati) (Grafico 4) e dalle risorse economiche familiari (il 61,7% di coloro che vivono in famiglie con risorse scarse o insufficienti pratica attività fisica non adeguata rispetto al 47,9% di coloro che vivono in famiglie che dichiarano risorse ottime o adeguate).

Tali evidenze sono confermate dall'analisi degli *Odds Ratio*² (OR) stimati con il modello di regressione logistica. Si osserva, infatti, come la propensione alla pratica di un livello non adeguato di attività fisica sia correlata con il titolo di studio dei genitori (OR=1,59 se i genitori hanno un basso titolo di studio, OR=1 se i genitori sono laureati) e con le risorse economiche familiari (OR=1,36 se le risorse economiche dichiarate sono scarse o insufficienti, OR=1 se le risorse sono ottime o adeguate). Inoltre, la propensione verso uno stile di vita inadeguato nella pratica dell'attività fisica è ancor più alto quando in famiglia almeno un genitore ha lo stesso tipo di comportamento (OR=1,84) (Tabella 1).

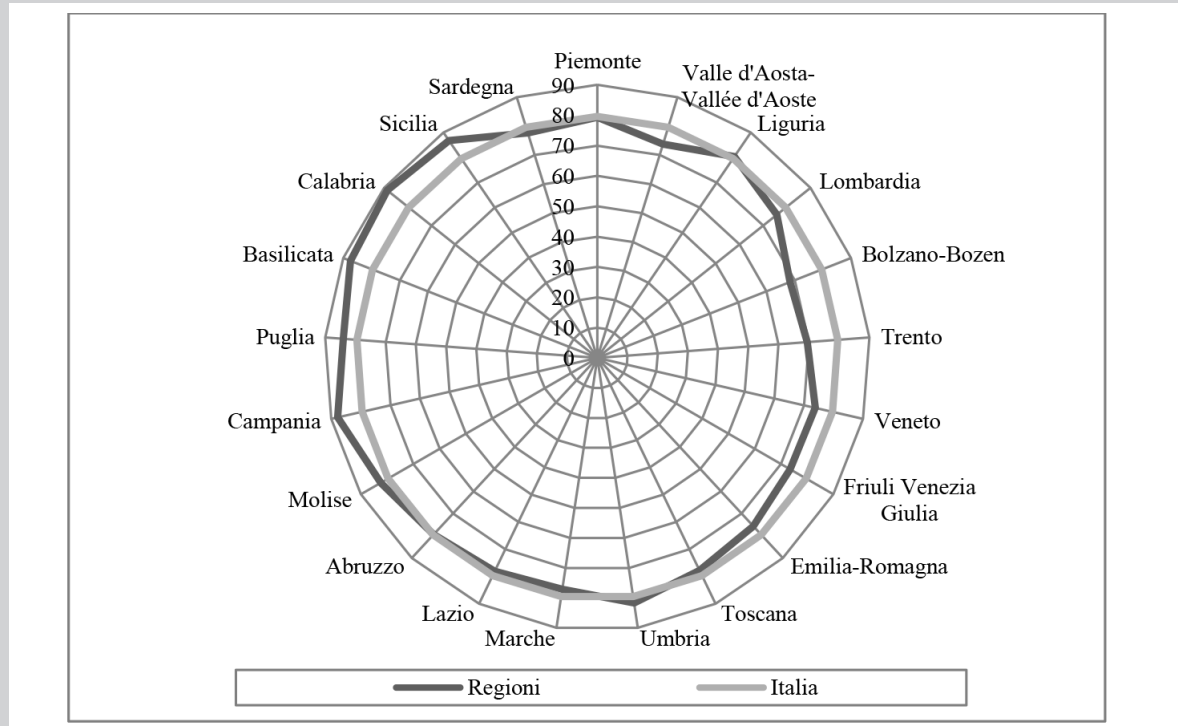
Grafico 1 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per genere e classe di età - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

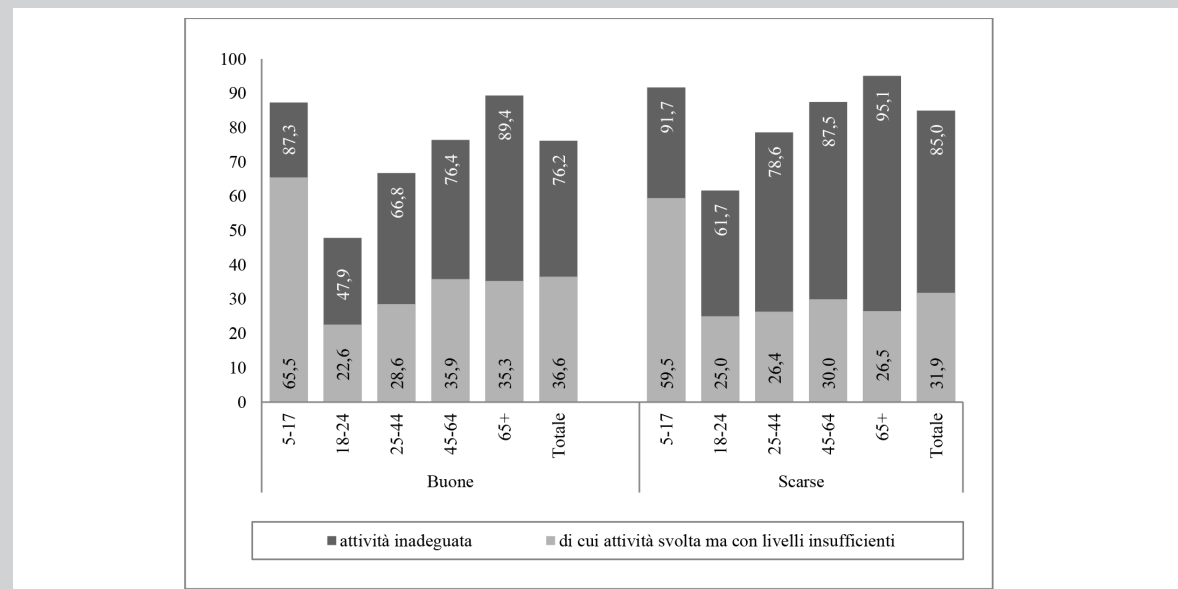
²Il modello di regressione logistica consente di comprendere le associazioni di più variabili (indipendenti) con una variabile risposta (dipendente). L'associazione viene espressa attraverso gli *Odds Ratio* che assumono valori >1 nel caso di associazione positiva, valori <1 in caso di associazione negativa.

Grafico 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per regione - Anno 2013

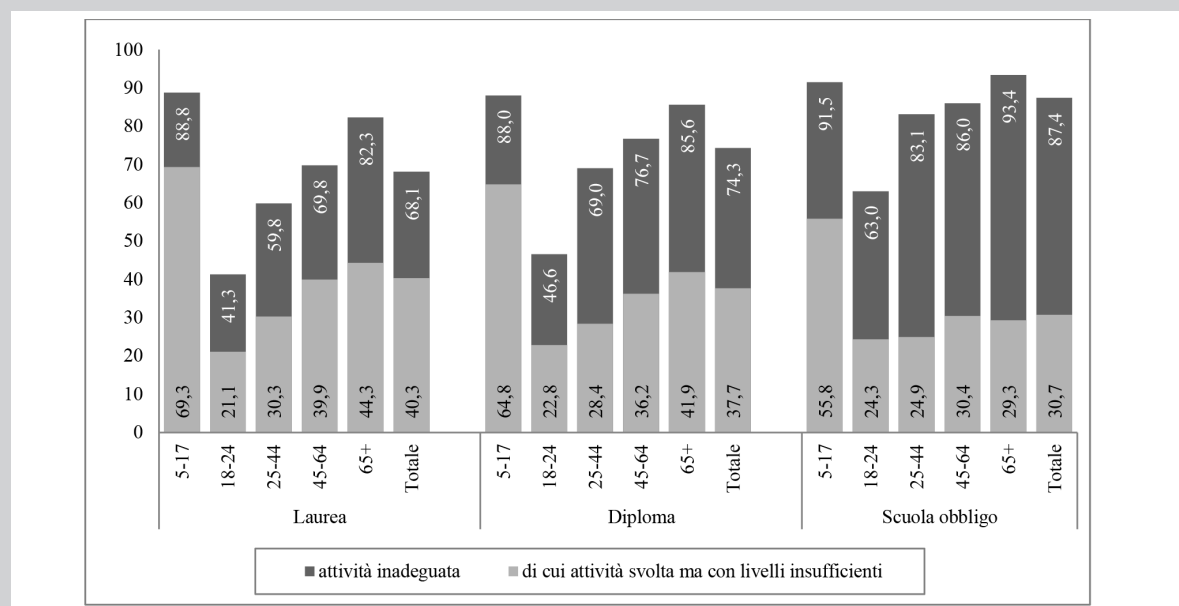


Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Grafico 3 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per classe di età e giudizio sulle risorse economiche - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Grafico 4 - Prevalenza (valori percentuali) di persone che praticano attività fisica inadeguata, rispetto alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per classe di età e titolo di studio* - Anno 2013

*Per le persone fino a 24 anni si considera il titolo di studio più alto conseguito dai genitori.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Tabella 1 - Stima (Odds Ratio e Intervalli di Confidenza al 95%) della propensione all'attività fisica dei bambini e ragazzi di età 5-24 anni per titolo di studio dei genitori, giudizio sulle risorse economiche familiari e comportamento in famiglia - Anno 2013

Variabile	Odds Ratio (IC 95%)
TITOLO DI STUDIO DEI GENITORI	
Laurea	1
Diploma	n.s.
Scuola dell'obbligo	1,59 (1,42-1,77)
GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE FAMILIARI	
Ottime o adeguate	1
Scarse o insufficienti	1,36 (1,26-1,47)
COMPORTEMENTO IN FAMIGLIA	
Nessun genitore	1
Almeno un genitore	1,84 (1,66-2,06)

n.s. = non significativo.

Nota: variabili di controllo: genere ed età. Nel modello di regressione logistica è stata assunta, come variabile risposta, la variabile dicotomica "pratica di attività fisica": 1=inadeguata e 0=adeguata (definita come descritto nella nota 1).

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

Conclusioni

Alla luce delle evidenze illustrate, la gran parte della popolazione di tutte le età conduce ancora una vita poco attiva, sia considerando coloro che non svolgono alcuna attività fisica, sia coloro che la svolgono, ma con un livello insufficiente rispetto alle soglie raccomandate. Questo, probabilmente, avviene perché la maggior parte della popolazione ancora non conosce appieno i benefici salutari dell'attività fisica, nonostante i notevoli sforzi delle Istituzioni per promuovere e diffondere tali informazioni. Ad esempio, a livello europeo e nazionale, sono state programmate sempre più azioni per favorire "l'invecchiamento attivo" (*Active ageing*) (2), allo scopo di migliorare la qualità della vita degli anziani, sottolineando l'importanza di una vita attiva a livello fisico, ma anche sociale e culturale. Inoltre, sembra ancora radicata è la convinzione che per svolgere una vita più attiva si debba modificare profondamente il proprio stile di vita, con un notevole dispiego di tempo e di risorse economiche. In realtà, per adottare uno stile di vita più attivo, basterebbe modificare i piccoli gesti quotidiani (percorrere a piedi il tragitto casa lavoro, salire le scale etc.) (3).

Diventa, quindi, ancora più importante studiare e attuare sempre nuove e più efficaci iniziative, rivolte soprattutto alle persone più svantaggiate da un punto di vista socio-economico e culturale, al fine di diffondere la consapevolezza di quanto una vita più attiva sia importante per la salute complessiva della persona e di come il cambiamento positivo dello stile di vita si possa ottenere semplicemente modificando gradualmente le proprie abitudini giornaliere.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Global recommendations on Physical Activity for Health-2010.
- (2) Who Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results.
- (3) Programma “Guadagnare Salute”. Disponibile sul sito: www.guadagnaresalute.it/attivita.