

Pressione Arteriosa

Significato. Valori di pressione arteriosa (PA) superiori a 140 mmHg per la sistolica e/o 90 mmHg per la diastolica sono convenzionalmente definiti come ipertensione arteriosa quando derivano dalla media di più misurazioni rilevate in almeno due diverse occasioni (Definizione I).

Quando più misurazioni sono disponibili in un'unica sessione, molti studi considerano prudenzialmente per la definizione di ipertensione arteriosa valori superiori a 160 mmHg di sistolica e/o a 95 mmHg di diastolica (Definizione II).

Un indicatore importante delle attività preventive nei confronti dell'ipertensione è lo stato del controllo, costituito dalla proporzione di ipertesi in trattamento farmacologico efficace. Le indagini epidemiologiche hanno comunque dimostrato che il rischio di malattia cardiovascolare aumenta con l'aumentare della pressione, anche a valori inferiori a quella soglia, ed è collegato alla coesistenza di altri fattori di rischio. Un indicatore affidabile del profilo pressorio di una popolazione è dato dai valori medi di pressione sistolica e diastolica, in genere riportati con la deviazione standard.

Prevalenza di ipertensione

Numeratore	Definizione I) con PA \geq 140 e/o 90; Definizione II) con PA \geq 160 e/o 95 mmHg o sotto trattamento specifico
Denominatore	Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

Validità e limiti. I valori sono stati rilevati con metodo standardizzato, secondo regole definite (1,2) da operatori certificati con controllo di qualità in relazione alla preferenza di cifra ed alla distribuzione delle ultime cifre; il limite principale riguarda l'unica sessione di rilevamento.

Benchmark. I valori ottimali di riferimento sono: 140/90 mmHg per la media di almeno due misurazioni in due sessioni diverse (Definizione I). Per la media di due misurazioni nella stessa sessione valori di 160/95 mmHg aumentano la specificità (Definizione II).

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa (Definizione II) è elevata sia al Nord che al Centro-Sud; nelle donne è del 33%, negli uomini del 31%; la proporzione delle donne trattate adeguatamente è del 39%; quella degli uomini è del 28%. Il 50% delle donne e il 34% degli uomini non è trattato in alcun modo pur essendo iperteso.

Prevalenza di ipertesi (uomini)



Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna sono le regioni con più elevata prevalenza di persone ipertese (45%); la prevalenza più bassa si riscontra nelle Marche, in Valle d'Aosta e in Abruzzo che contano il 24% di uomini ipertesi; Trentino Alto Adige e Marche contano il 23% delle donne ipertese.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi \pm deviazione standard della pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) e prevalenza di ipertesi (Definizione II) nella fascia di età 35-74 anni.

Regione	Uomini			Donne		
	PAS	PAD	Ipertesi	PAS	PAD	Ipertesi
	mm Hg	mm Hg	%	mm Hg	mm Hg	%
Piemonte	135 \pm 16	87 \pm 10	33	131 \pm 17	83 \pm 9	30
Valle D'Aosta	132 \pm 12	84 \pm 8	24	130 \pm 13	82 \pm 8	29
Lombardia	135 \pm 17	87 \pm 9	33	132 \pm 17	83 \pm 9	28
Liguria	138 \pm 18	87 \pm 9	36	130 \pm 16	80 \pm 10	30
Trentino-Alto Adige	136 \pm 14	84 \pm 9	30	132 \pm 14	81 \pm 9	23
Veneto	137 \pm 18	85 \pm 10	33	132 \pm 17	82 \pm 10	28
Friuli-Venezia Giulia	146 \pm 17	91 \pm 9	45	139 \pm 17	83 \pm 8	37
Emilia Romagna	141 \pm 18	88 \pm 12	41	134 \pm 19	81 \pm 11	30
Toscana	134 \pm 18	84 \pm 10	28	128 \pm 17	79 \pm 10	26
Umbria	136 \pm 15	85 \pm 8	39	133 \pm 16	83 \pm 9	32
Marche	132 \pm 17	82 \pm 8	24	124 \pm 16	76 \pm 8	23
Lazio	136 \pm 19	85 \pm 11	33	133 \pm 19	82 \pm 10	33
Abruzzo	129 \pm 15	80 \pm 9	24	127 \pm 16	77 \pm 8	24
Molise	130 \pm 15	85 \pm 10	28	129 \pm 17	82 \pm 9	24
Campania	135 \pm 16	84 \pm 9	29	137 \pm 19	84 \pm 10	33
Puglia	133 \pm 17	83 \pm 10	26	134 \pm 18	82 \pm 10	35
Basilicata	130 \pm 17	82 \pm 10	33	127 \pm 18	79 \pm 10	28
Calabria	138 \pm 17	89 \pm 9	45	136 \pm 18	85 \pm 9	41
Sicilia	135 \pm 18	87 \pm 12	37	132 \pm 18	85 \pm 12	34
Sardegna	129 \pm 16	84 \pm 9	33	129 \pm 17	81 \pm 9	29
ITALIA	135\pm18	86\pm10	33	132\pm18	82\pm10	31

Raccomandazioni di Osservasalute

La pressione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per le malattie cardio-cerebrovascolari. Normalmente l'ipertensione arteriosa non dà sintomi, pertanto è possibile sapere se si è ipertesi solo misurando la propria pressione. Una sana alimentazione con poco sale e una attività fisica adeguata aiutano a mantenere ottimale il livello della pressione arteriosa.

Colesterolemia

Significato. L'ipercolesterolemia è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari arteriosclerotiche. Secondo le linee guida una colesterolemia superiore a 200 mg/dL, circa 5 mmol/L, (Definizione I) qualifica un rischio aumentato ed una colesterolemia \geq 240 mg/dL può essere definita elevata in questo contesto (Definizione II). Le indagini epidemiologiche hanno dimostrato che il rischio di malattia cardiovascolare aumenta con l'aumentare della colesterolemia totale, anche a valori inferiori a quella soglia, ed è collegato agli altri fattori di rischio coesistenti. Un indicatore affidabile del profilo colesterolemico di una popolazione è dato dai suoi valori medi, in genere riportati con la deviazione standard. Tale considerazione può essere applicata anche alla HDL-colesterolemia, che è invece un fattore protettivo.

Numeratore	Definizione I) con colesterolo \geq 200 mg/dL; Definizione II) con colesterolo \geq 240 mg/dL o sotto trattamento specifico
Denominatore	Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

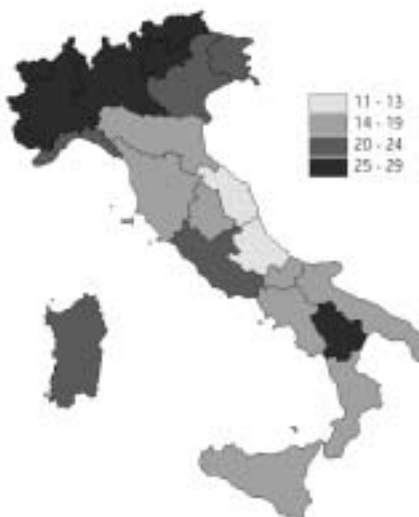
Validità e limiti. I valori sono stati misurati presso un unico Laboratorio (Desio, MI), certificato con il CDC di Atlanta (USA) per i lipidi, su campioni prelevati e trattati con metodo standardizzato e trasferiti centralmente in ghiaccio secco; il limite principale riguarda l'unico prelievo eseguito che non consente di stimare la regressione verso la media ed il cosiddetto «dilution bias».

Benchmark. I valori ottimali di riferimento sono:
200 mg/dL (Definizione I).
Valori maggiori di 240 mg/dL aumentano la specificità (Definizione II).

Descrizione dei Risultati

I valori riscontrati sono più elevati nella popolazione che vive al Nord rispetto al Centro Sud. La prevalenza dell'ipercolesterolemia (Definizione II) è del 25% nelle donne e del 21% negli uomini; la proporzione dei trattati adeguatamente è del 10% delle donne e del 14% degli uomini. Le regioni con prevalenza più elevata di persone con ipercolesterolemia sono la Valle d'Aosta e il Trentino (29%), quelle con la minore prevalenza sono l'Abruzzo che conta l'11% degli uomini e le Marche con il 15% delle donne.

Prevalenza di ipercolesterolemia (definizione II - uomini)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi \pm deviazioni standard della colesterolemia totale e HDL nella fascia di età 35-74 anni e prevalenza dell'ipercolesterolemia

Regione	Uomini			Donne		
	Colesterolemia			Colesterolemia		
	Totale	HDL	Ipercolest	Totale	HDL	Ipercolest
	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	%
Piemonte	212 \pm 38	55 \pm 14	27	216 \pm 41	63 \pm 16	29
Valle D'Aosta	221 \pm 39	47 \pm 12	29	217 \pm 48	60 \pm 14	32
Lombardia	211 \pm 39	52 \pm 14	25	214 \pm 35	62 \pm 14	29
Liguria	205 \pm 39	50 \pm 11	24	216 \pm 37	63 \pm 13	33
Trentino-A.A.	217 \pm 35	55 \pm 13	29	211 \pm 36	65 \pm 15	27
Veneto	196 \pm 55	50 \pm 14	22	194 \pm 49	58 \pm 15	18
Friuli-V.G.	208 \pm 43	57 \pm 12	21	205 \pm 33	68 \pm 13	20
Emilia Romagna	206 \pm 34	52 \pm 12	18	211 \pm 35	63 \pm 14	23
Toscana	205 \pm 36	41 \pm 12	19	205 \pm 34	51 \pm 15	21
Umbria	184 \pm 46	45 \pm 10	19	187 \pm 43	56 \pm 16	16
Marche	198 \pm 30	47 \pm 9	13	205 \pm 31	56 \pm 10	15
Lazio	211 \pm 38	49 \pm 12	21	220 \pm 37	59 \pm 13	32
Abruzzo	200 \pm 34	45 \pm 11	11	207 \pm 48	50 \pm 10	22
Molise	208 \pm 38	42 \pm 10	16	207 \pm 30	51 \pm 10	18
Campania	196 \pm 46	49 \pm 14	19	205 \pm 49	57 \pm 17	27
Puglia	204 \pm 39	49 \pm 13	18	181 \pm 50	50 \pm 12	16
Basilicata	213 \pm 36	51 \pm 12	27	210 \pm 33	59 \pm 12	25
Calabria	199 \pm 39	49 \pm 11	17	206 \pm 37	58 \pm 13	25
Sicilia	202 \pm 37	44 \pm 11	17	214 \pm 44	54 \pm 12	25
Sardegna	209 \pm 35	51 \pm 13	21	207 \pm 36	64 \pm 16	28
ITALIA	205\pm42	49\pm13	21	207\pm43	58\pm15	25

Raccomandazioni di Osservasalute

Per mantenere il livello basso della colesterolemia è importante alimentarsi, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale: una alimentazione troppo abbondante e ricca di grassi, specialmente quelli di origine animale, produce un eccesso di colesterolemia. È importante aumentare il consumo di cibi ricchi di fibre, amidi, vitamine e minerali, come frutta, verdura, legumi e cereali, ma anche quello del pesce.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco, e di sigaretta in particolare, è un fattore di rischio per gran parte delle patologie cronico degenerative (tumori, malattie cardiovascolari, broncopneumopatie cronico-ostruttive). Per il fumo di sigaretta, il rischio aumenta in relazione al numero di sigarette fumate e all'età di inizio dell'abitudine; tuttavia in molti studi epidemiologici la popolazione viene suddivisa tra fumatori e non fumatori, intendendosi tra i primi coloro che fumano regolarmente almeno una sigaretta al giorno. Questa semplificazione è funzionale alla metodologia trasversale delle indagini che rilevano il numero di sigarette fumate al momento dell'inchiesta, considerando che è complessa ed imprecisa la stima del «carico di fumo» della persona. Con queste limitazioni il numero medio di sigarette fumate al giorno dai fumatori non può che riflettere differenze macroscopiche nell'abitudine al fumo.

Numeratore $\frac{\text{Soggetti che fumano regolarmente almeno una sigaretta al dì}}{\text{Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare}}$

Validità e limiti. Il questionario sul fumo deriva dalla metodologia del progetto MONICA-OMS (5) e nonostante sia stato somministrato da operatori standardizzati con metodo computerizzato, risente delle risposte individuali ad un tema «sensibile». Il limite è dato dall'assenza di dati più oggettivi di validazione (dosaggio di cotinina, di tiocianato sierico, di CO nell'aria espirata).

Benchmark. Le persone non dovrebbero fumare e possibilmente non iniziare a farlo. Per chi fuma i vantaggi di una riduzione del numero di sigarette sono decisamente ridotti rispetto a chi smette. Le sigarette a minor contenuto di nicotina e condensato non danno vantaggi dal punto di vista cardiovascolare.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'abitudine al fumo di sigarette è del 30% negli uomini e del 21% nelle donne; il numero medio di sigarette fumate è di 17 al giorno per gli uomini e di 13 per le donne. Dalla metà del secolo scorso, l'abitudine al fumo di sigarette è andata riducendosi negli uomini, mentre nelle donne adulte è andata gradualmente aumentando. L'analisi della relazione tra fumo e livello di istruzione suggerisce che, mentre negli uomini un livello culturale elevato sembra essere in grado di promuovere stili di vita più sani, nelle donne, parallelamente alla conquista di indipendenza economica e culturale, sembra associarsi l'acquisizione di abitudini negative, e, almeno in passato, tipicamente maschili.

Prevalenza dell'abitudine al fumo
in donne di 35-74 anni



Le regioni con prevalenza più diffusa di abitudine al fumo sono la Campania e la Basilicata (oltre il 40%), quelle con prevalenza più bassa sono il Veneto (19%), il Trentino Alto-Adige e il Friuli Venezia Giulia per le donne (15%)

Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Prevalenza di fumatori e numero medio di sigarette fumate al giorno nei fumatori nella fascia di età 35-74 anni

Regione	Uomini		Donne	
	Numero sigarette/die	% Fumatori	Numero sigarette/die	% Fumatori
Piemonte	15±8	29	12±6	20
Valle d'Aosta	17±6	30	11±7	22
Lombardia	17±10	31	13±7	24
Liguria	18±9	25	12±5	19
Trentino-Alto Adige	18±6	26	12±11	15
Veneto	17±8	19	11±7	18
Friuli-Venezia Giulia	17±5	21	11±5	15
Emilia-Romagna	17±9	28	13±7	23
Toscana	16±9	30	14±7	25
Umbria	18±9	23	12±5	22
Marche	16±7	29	12±4	19
Lazio	16±9	36	14±7	28
Abruzzo	16±5	33	10±4	20
Molise	23±10	34	14±7	24
Campania	19±10	41	14±8	25
Puglia	19±9	33	12±8	17
Basilicata	21±8	42	11±8	24
Calabria	17±9	30	13±6	16
Sicilia	19±10	32	15±6	18
Sardegna	18±6	23	13±7	19
ITALIA	17±10	30	13±7	21

Raccomandazioni di Osservasalute

La speranza di vita di un fumatore è di 8 anni inferiore rispetto a quella di un non fumatore. Smettere di fumare è una raccomandazione indicata a qualsiasi età.

Indice di massa corporea ed obesità

Significato. L'indice di massa corporea (IMC) è dato dal peso in kg diviso l'altezza in metri al quadrato e rappresenta un indicatore che considera peso e altezza insieme. Le persone con un indice di massa corporea uguale o maggiore a 30 Kg/m² sono classificate come obese, quelle con un IMC tra 25 e 30 in sovrappeso. L'IMC è importante perchè in numerosi studi è risultato correlato a diverse malattie cronico-degenerative e le persone obese hanno un rischio cardiovascolare elevato. Una parte della predittività cardiovascolare di un IMC compatibile con sovrappeso ed obesità è spiegata dal fatto che le persone in tali condizioni sono più spesso ipertese, ipercolesterolemiche e diabetiche. La sedentarietà è fortemente correlata a sovrappeso ed obesità.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Soggetti con IMC} \geq 30}{\text{Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare}}$$

Validità e limiti. Il peso e l'altezza sono stati misurati con metodi standardizzati.

Nell'indagine il peso veniva effettuato con la persona in abiti leggeri; per l'altezza è stato utilizzato lo statimetro a muro, per il peso la bilancia da terra.

Benchmark. L'indice di massa corporea dovrebbe essere inferiore a 25 Kg/m².

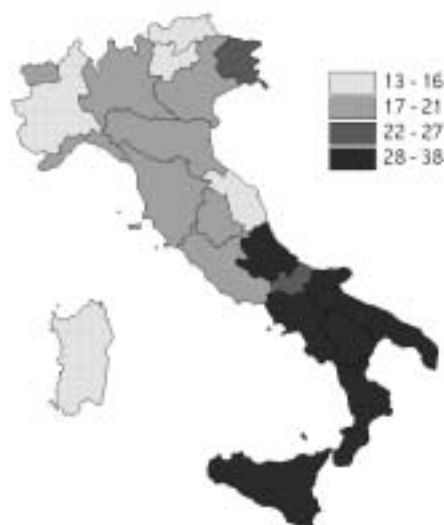
Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'obesità è del 22% nelle donne e del 18% negli uomini. Nelle donne l'obesità è più diffusa al Sud ed è accompagnata da più diffusa prevalenza di ipertensione arteriosa, diabete e di inattività fisica. Motivo dell'aumento del peso corporeo è uno squilibrio fra introduzione e consumo energetico: oggi ad una maggiore disponibilità di alimenti corrisponde una minore attività fisica lavorativa e nel tempo libero per intensità e durata.

Molte sono le regioni con prevalenza elevata di obesità: Emilia-Romagna, Umbria, Molise, e tutte le regioni del Sud.

Il Piemonte è la regione dove si riscontra la prevalenza più bassa di obesità sia nelle donne che negli uomini (rispettivamente 12 e 13%).

Prevalenza di soggetti obesi (IMC \geq 30; donne 35-74 anni)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi e deviazioni standard dell'indice di massa corporea e prevalenza dell'obesità nella fascia di età 35-74 anni .

Regione	Uomini		Donne	
	Indice di Massa Corporea Kg/m ²	Percentuale di soggetti obesi	Indice di Massa Corporea Kg/m ²	Percentuale di soggetti obesi
Piemonte	26±4	12	25±4	13
Valle d'Aosta	27±4	20	26±4	18
Lombardia	26±4	17	25±5	17
Liguria	26±3	15	25±5	20
Trentino-Alto Adige	26±3	13	26±4	16
Veneto	27±4	16	26±5	17
Friuli-Venezia Giulia	28±3	21	26±5	23
Emilia-Romagna	27±4	23	27±5	19
Toscana	26±3	15	26±5	19
Umbria	27±3	23	27±4	21
Marche	26±3	13	25±4	15
Lazio	26±3	16	26±5	19
Abruzzo	27±3	18	28±4	30
Molise	27±4	23	27±5	27
Campania	27±4	18	28±5	33
Puglia	27±4	16	28±4	34
Basilicata	27±4	16	28±5	38
Calabria	28±4	23	28±5	34
Sicilia	28±4	23	27±5	34
Sardegna	26±4	16	26±5	14
ITALIA	27±4	18	26±5	22

Raccomandazioni di Osservasalute

Il sovrappeso corporeo e l'obesità derivano generalmente da uno squilibrio fra l'introduzione e il consumo di energia, se si mangia di più di quanto l'organismo necessita, si ingrassa; nel caso contrario si dimagrisce. Per questo, accanto a una dieta bilanciata, è importante svolgere una attività fisica regolare, adeguata alle condizioni fisiche e al proprio stato di salute. Il fabbisogno di energia varia a seconda dell'età, dell'attività fisica e della situazione fisiologica (gravidanza, stress, malattia).

È importante tenere sotto controllo il proprio peso. Infatti l'indice di massa corporea deve essere inferiore a 25 Kg/m².

Inattività fisica

Significato. L'inattività fisica è definita anche un «determinante di salute» perchè è in relazione non solo con le malattie cardiovascolari, ma con molte malattie cronico-degenerative, tra cui il diabete. In genere si considera come indicatore di rischio l'inattività fisica nel tempo libero, perchè sono pochi oggi gli impieghi che richiedono un notevole dispendio energetico. Parte dell'effetto negativo dell'inattività fisica è dovuto al fatto che le persone sedentarie sono più facilmente in sovrappeso, ipertese, ipercolesterolemiche e diabetiche.

Numeratore	Soggetti sedentari nel tempo libero
Denominatore	Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

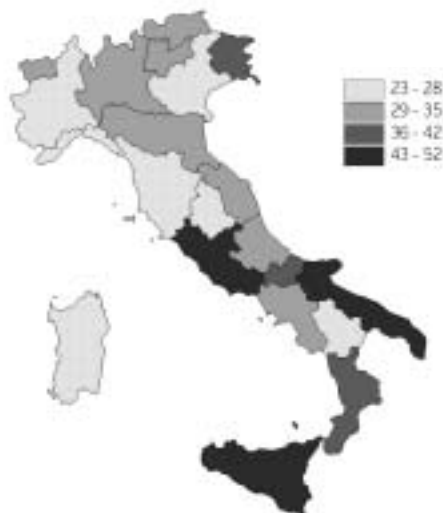
Validità e limiti. Nel questionario utilizzato, il livello dell'attività fisica era espresso in 4 categorie di ordine crescente (sedentaria, leggera, moderata, pesante), separatamente per quella lavorativa e del tempo libero; ogni soggetto doveva indicare in quale categoria meglio si identificava. Questo approccio ha degli evidenti limiti legati alla soggettività dell'interpretazione della persona indagata, ma è sufficientemente attendibile a livello di comunità.

Benchmark. Le persone dovrebbero praticare attività fisiche piacevoli, da inserire nella routine quotidiana, almeno per 3-4 volte a settimana per 20-30 minuti ad una intensità che porti la frequenza cardiaca a 180 battiti meno l'età. Le attività più protettive sono quelle aerobiche come cammino, corsa, ciclismo, cyclette, nuoto, sci di fondo.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza dell'inattività fisica al lavoro è del 20% negli uomini e del 37% nelle donne; la prevalenza della inattività fisica nel tempo libero è del 34% negli uomini e del 46% nelle donne. Il Lazio è la regione dove la gente si muove di meno. Negli uomini la prevalenza più bassa di inattività fisica al lavoro è in Valle d'Aosta, nel tempo libero è nel Veneto. Nelle donne la prevalenza più bassa di inattività fisica al lavoro è nelle Puglia (7%), nel tempo libero nel Veneto (28%).

Prevalenza della inattività fisica nel tempo libero (uomini 35-74 anni)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Prevalenza della inattività fisica al lavoro e nel tempo libero nella fascia di età 35-74 anni.

	Uomini		Donne	
	Lavoro	Tempo Libero	Lavoro	Tempo Libero
Regione	%	%	%	%
Piemonte	32	28	22	36
Valle d'Aosta	25	31	15	36
Lombardia	34	30	24	40
Liguria	46	24	17	40
Trentino-Alto Adige	31	30	19	35
Veneto	34	23	14	28
Friuli-Venezia Giulia	45	42	33	42
Emilia-Romagna	37	30	24	39
Toscana	30	24	20	32
Umbria	50	25	23	41
Marche	64	33	18	42
Lazio	58	52	37	66
Abruzzo	34	34	16	42
Molise	28	39	11	58
Campania	31	35	16	52
Puglia	18	49	7	63
Basilicata	44	28	20	32
Calabria	43	41	23	76
Sicilia	35	48	19	65
Sardegna	41	26	24	33
ITALIA	37	34	20	46

Raccomandazioni di Osservasalute

Una buona condizione fisica generale significa un miglioramento della qualità della vita che si manifesta a tutte le età. L'attività fisica regolare è benefica per la salute. Non è necessario svolgere attività intense, uno sforzo moderato e regolare è efficace, praticato per circa 30 minuti per 3-4 volte alla settimana.

Glicemia

Significato. L'iperglicemia ed il diabete mellito sono potenti fattori di rischio cardiovascolare. Il diabete mellito conclamato è stato addirittura considerato un «equivalente ischemico» dalle Linee Guida americane, perchè comporta un rischio simile a quello di pazienti infartuati non diabetici.

Viene definita come iperglicemia un livello di glucosio a digiuno tra 110 e 126 mg/dL e diabete mellito un livello uguale o superiore a 126 mg/dL, i livelli vanno comunque confermati con più determinazioni. Se invece la glicemia viene dosata nel sangue capillare, i valori sono più bassi e tale metodo viene in genere consigliato come sistema di automonitoraggio glicemico nel diabete conclamato. Un altro importante indicatore è l'emoglobina glicata, che sintetizza l'esposizione glicemica di circa 3 mesi ed è usata nei diabetici per valutare il controllo a medio termine.

Numeratore Iperglicemici se glicemia tra 110 e 126 diabetici se ≥ 126 mg/d

Denominatore Popolazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

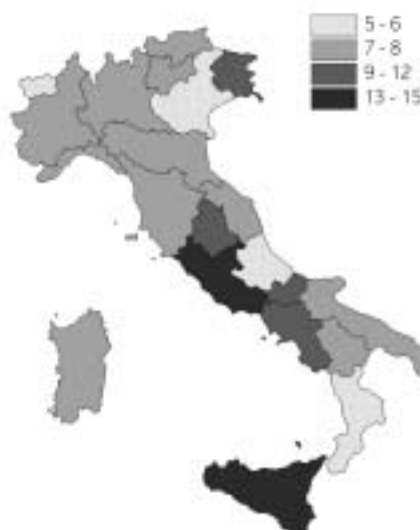
Validità e limiti. La glicemia è stata dosata su sangue capillare a digiuno con sistema Accutrend regolarmente calibrato; pur consapevoli della possibile sottostima collegata alla metodica, considerata l'assenza di riconferme, si sono utilizzate le definizioni di iperglicemia e diabete basate sulla glicemia plasmatica. Sono stati considerati diabetici anche coloro che erano in trattamento con ipoglicemizzanti orali e/o insulina.

Benchmark. Le persone dovrebbero avere una glicemia plasmatica a digiuno inferiore ai 110 mg/dl. Secondo le Linee Guida Europee (4) nei diabetici l'emoglobina glicata dovrebbe essere $\geq 6.1\%$, la glicemia plasmatica < 110 mg/dl, quella capillare a digiuno < 90 mg/dl.

Descrizione dei Risultati

La prevalenza del diabete è più elevata al Centro-Sud rispetto al Nord, è del 6% nelle donne e del 9% negli uomini. Sicilia, Lazio, Molise, Campania e Umbria hanno una prevalenza che supera il 10% negli uomini. Le regioni con prevalenza più bassa sono, per gli uomini, Veneto, Abruzzo e Calabria (6%), per le donne, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria (3%).

Prevalenza di diabete (uomini 35-74 anni)



Fonte dei dati e anni di riferimento: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Anni 1998-2002.

Valori medi e deviazione standard della glicemia e prevalenza di diabete nella fascia di età 35-74 anni

Regione	Uomini		Donne	
	Glicemia	Diabetici	Glicemia	Diabetici
	mg/dL	%	mg/dL	%
Piemonte	95±26	8	85±20	5
Valle D'Aosta	91±25	5	83±17	3
Lombardia	92±24	7	84±22	3
Liguria	93±20	7	86±21	3
Trentino-Alto Adige	86±31	7	79±18	6
Veneto	93±29	6	90±28	7
Friuli-Venezia Giulia	100±28	10	90±16	6
Emilia Romagna	92±27	8	88±26	4
Toscana	90±24	7	86±22	5
Umbria	101±24	11	94±23	5
Marche	94±20	7	89±19	5
Lazio	93±28	13	88±27	9
Abruzzo	93±16	6	90±22	9
Molise	100±27	12	90±19	6
Campania	93±31	11	88±26	8
Puglia	94±31	8	92±34	9
Basilicata	96±20	8	90±20	5
Calabria	82±25	6	79±30	8
Sicilia	102±23	15	96±25	8
Sardegna	88±23	7	77±19	6
Italia	93±27	9	87±26	6

Raccomandazioni di Osservasalute

Diabete ed iperglicemia sono generalmente associati a sovrappeso corporeo, eccesso di alimentazione e scarsa attività fisica; pertanto una maggiore attenzione verso un salutare stile di vita può migliorarne il controllo.

Tasso di copertura vaccinale della popolazione infantile (< 24 mesi) per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

Significato. L'indicatore stima la copertura vaccinale dei bambini (12-24 mesi) che hanno ultimato il ciclo di immunizzazione primaria obbligatoria (3 dosi) per antipolio, difterite/tetano, HBV. Stima inoltre la copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate (antipertosse e anti Hib per bambini tra i 12 e i 24 mesi, antimorbillo tra i 16 e i 24 mesi).

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Numero bambini vaccinati (età 12-24 mesi)}}{\text{Popolazione infantile residente (età 12-24 mesi) campionata}} \times 100$$

Validità e limiti. Il progetto ICONA, da cui sono rilevati i dati presentati, è una indagine campionaria svolta attraverso intervista delle famiglie dei bambini nati nel 1996. La copertura vaccinale è indicatore di una adesione della popolazione ai programmi proposti di prevenzione primaria e, quindi, dell'efficacia del servizio sanitario regionale sia in termini di accessibilità che di impegno a vari livelli (Medici di Medicina Generale e Servizi di Sanità Pubblica). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda che i programmi di immunizzazione siano sistematicamente valutati in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia. In Italia alcuni programmi di vaccinazione sono regolati da leggi nazionali ed è obbligatoria per legge la vaccinazione dei nuovi nati contro difterite, tetano (DT), polio ed epatite virale B (HBV). La profilassi di altre malattie per le quali è disponibile un vaccino efficace e sicuro, quali la pertosse, il morbillo, la rosolia, la parotite, le malattie da *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), è fortemente raccomandata, ma nello stesso tempo è lasciata all'iniziativa regionale che non è omogenea sul territorio nazionale. La valutazione dell'effettuazione di vaccinazioni obbligatorie è opportuna proprio perché tale attività viene imposta dalla Sanità Pubblica, che deve quindi garantirne anche il sistematico controllo in termini di efficacia ed efficienza. Le vaccinazioni raccomandate, invece, richiedono una valutazione in termini di standardizzazione dell'offerta e di accettazione da parte della popolazione target. Per queste finalità l'OMS ha da tempo messo a punto una metodica di indagine per la rilevazione della copertura vaccinale, che può essere applicata a diversi contesti. Lo studio ICONA (Indagine Copertura Nazionale) dovrebbe essere ripetuto sistematicamente per valutare l'andamento della situazione epidemiologica. Lo studio precedente all'ICONA del 1998 era stato effettuato nel 1993, ma solo su sette regioni italiane; lo studio ICONA del 1998 ha analizzato la situazione immunitaria dei bambini nati tra il 15 gennaio 1996 e il 15 gennaio 1997, che al momento dell'indagine avevano tra 12 e 24 mesi, consentendo di analizzare la copertura per il ciclo vaccinale di base (3-5-11 mesi) e la copertura per antimorbillo, offerta generalmente a 15 mesi. Ha interessato 19 regioni (con l'esclusione della Regione Lazio). Il successivo studio ICONA, effettuato nel 2003, ha interessato 20 regioni ed i risultati saranno disponibili nel prossimo futuro. È verosimile che tali risultati forniranno elementi nuovi di discussione dal momento che, in questi anni, l'introduzione di vaccini esavalenti, che combinano vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, ha radicalmente modificato nella popolazione l'approccio a queste ultime.

Fonte dei dati e anni di riferimento. Istituto Superiore di Sanità. ICONA-Indagine Copertura Nazionale Anno 1998.

Descrizione e Discussione dei Risultati

Per le vaccinazioni obbligatorie le differenze riscontrate a livello regionale sono minime e le coperture soddisfano in genere gli obiettivi proposti dall'OMS e dal Piano Nazionale Vaccini: si rilevano ancora, tuttavia, in alcune Regioni del Centro Sud, margini di miglioramento per quanto riguarda la vaccinazione contro l'Epatite B.

Le vaccinazioni obbligatorie presentano mediamente un buon livello di copertura (di poco inferiore al 95%), anche se sono presenti alcune sacche di minore copertura (Regione Campania, Molise, Sicilia, Provincia Autonoma di Bolzano). Le coperture non ottimali possono essere imputabili a problemi organizzativi nel coordinamento dei dati anagrafici comunali con la chiamata attiva da parte dei Servizi Vaccinali. La lettura dei dati di copertura a 12 mesi, epoca in cui la copertura per le obbligatorie dovrebbe essere completata, evidenziano per molte regioni coperture non ottimali, che però nella gran parte dei casi vedono un incremento rilevante nei mesi successivi. Risulta dallo studio che molto spesso motivi di salute che non sono in realtà vere controindicazioni, inducono ritardi di alcuni mesi.

Tassi di copertura vaccinale per 100 bambini età inferiore a 24 mesi

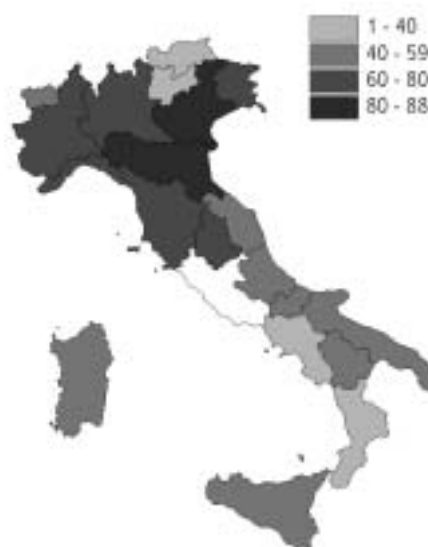
REGIONE	Poliomielite	Difterite/ tetano	Pertosse	HBV	Hib	Morbillo
Valle d'Aosta	100,0	100,0	89,2	100,0	2	43,3
Piemonte	98,6	97,6	91,4	98,6	17,1	60,4
Liguria	98,6	99,0	95,2	97,6	33,8	62,1
Lombardia	98,6	98,6	97,1	97,6	32,9	75,9
Umbria	98,6	99,0	97,6	98,6	8,6	72,3
Basilicata	98,6	99,1	85,8	99,1	4,7	44,7
Emilia-R.	98,1	94,3	95,2	97,6	31,6	87,7
Veneto	97,6	96,2	96,7	97,6	31,1	81,2
Friuli	97,6	98,1	96,7	97,6	41,4	77,3
Toscana	95,7	98,1	95,2	95,2	9,6	64,8
Sardegna	95,2	95,2	90,5	95,2	35,7	56,3
Marche	94,8	95,2	91,4	94,8	9,5	58,7
Abruzzo	94,8	93,9	90,6	94,8	20,3	45,5
Calabria	94,8	93,4	71,6	94,8	1,9	25,5
ITALIA	94,6	94,8	87,9	94,5	19,8	56,4
Puglia	92,5	92,5	82,7	93,0	14,0	50,6
Sicilia	90,6	93,0	86,3	91,1	2,8	44,6
Molise	89,1	91,5	82,5	89,1	5,2	40,5
Trentino A.A.	88,0	90,9	73,2	85,6	39,2	28,1
Campania	87,1	88,6	70,5	87,6	3,8	26,5

Non sono disponibili dati per la regione Lazio

I tassi di copertura per la pertosse, il morbillo e l'*Haemophilus* devono invece essere notevolmente potenziati. Sono evidenti impegni differenti delle varie Regioni nella promozione e nell'informazione sanitaria: in tal senso si rileva come le malattie trasmissibili possano diffondersi facilmente da un territorio all'altro e quindi sia prioritario, in termini di Sanità Pubblica, un'azione concordata nell'uniformare le attività di vaccinazione.

Buoni risultati sono stati raggiunti per la vaccinazione antipertosse che, nella sua preparazione acellulare, è stata veicolata dalla somministrazione del Difterite-Tetano in una preparazione combinata. I risultati per pertosse non presentano ancora i livelli di copertura delle obbligatorie, ma si assestano per la maggior parte delle regioni (tranne Calabria, Campania e Trentino Alto Adige) al di sopra dell'80%. Molto disomogenea è la situazione per la copertura per Morbillo, con una copertura variabile da un 25.5% (Calabria) ad un 87.7% (Emilia-R.), con una media nazionale del 56.4%. Solo la metà delle regioni supera il 50% di copertura, ben lontano dunque dagli obiettivi internazionali di eliminazione della malattia. La copertura per Hib è plausibilmente bassa e disomogenea: il vaccino è stato messo in commercio nel 1994 e poche regioni lo offrono attivamente e gratuitamente. La gratuità e l'inserimento in preparati combinati possono indurre importanti cambiamenti nella copertura vaccinale.

Copertura vaccinale antimorbillosa



Il confronto internazionale

Relativamente alle vaccinazioni obbligatorie l'Italia (95%) si colloca in posizione intermedia rispetto agli altri paesi dell'Europa dove quasi tutti hanno raggiunto l'Obiettivo prefissato dall'OMS del 95% di copertura vaccinale entro il secondo anno di età (Regno Unito 93%, Olanda e Francia 97%).

Per le vaccinazioni raccomandate, le situazioni variano a seconda del tipo di vaccino. Per la pertosse l'Italia nel 1998 non aveva raggiunto l'obiettivo OMS a differenza della media europea con l'esclusione di alcune nazioni tra cui Norvegia e Regno Unito. Per quanto riguarda la copertura per morbillo l'Italia risulta ancora molto distante dagli standard europei attestandosi su una media nazionale del 56% circa a fronte di una media internazionale del 92% circa, in ogni caso distante dagli obiettivi OMS.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il lavoro già di buon livello per le vaccinazioni obbligatorie può essere ottimizzato da un rafforzamento del sistema informatizzato che faciliti la chiamata dei bambini nuovi nati. Una attenzione particolare deve essere dedicata alla vaccinazione antipertosse per la quale l'offerta attiva di vaccini combinati può consentire di raggiungere facilmente coperture compatibili con una quasi totale caduta della morbosità al livello indicato negli obiettivi OMS (<1 caso/100.000 abitanti).

Maggiore impegno deve essere invece dedicato alla vaccinazione antimorbillo: tale vaccinazione, offerta in momenti diversi dalle vaccinazioni obbligatorie, richiede un impegno dedicato ad una offerta attiva che in primo luogo alzi la copertura vaccinale dei nuovi nati a livelli compatibili con l'eliminazione della malattia autoctona; il livello di copertura ritenuto compatibile con l'eliminazione è pari al 95% e tale copertura dovrebbe essere omogenea sul territorio nazionale per evitare la diffusione di una malattia ad elevata contagiosità.

Percentuale di persone >65 anni obese

Significato. La lotta alla obesità è inserita nell'ambito degli interventi di prevenzione prioritari indicati dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. In tale contesto si sottolinea come siano elevati i costi assistenziali attribuibili a ricoveri ospedalieri dovuti alle patologie legate alla obesità, cui consegue ridotta aspettativa di vita. La relazione sullo stato sanitario del Paese rimarca l'incremento del fenomeno con il crescere dell'età.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione Obesa con età maggiore di 65 anni}}{\text{Popolazione con età maggiore di 65 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. L'obesità è definita mediante il calcolo dell'indice di massa corporea: il rapporto tra il peso di un individuo, espresso in kg, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. Una persona si definisce obesa quando il suo indice di massa corporea assume valori maggiori o uguali a 30. La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo quella media residente in Italia nel 1991 ed è riferita all'età di 15 anni ed oltre. La validità e i limiti dell'indicatore sono insiti nella sua derivazione da una indagine campionaria.

Benchmark. Valore medio nazionale: 12,5%. Migliore livello nazionale: 9,0%.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT – Health for all Italia, Indagine Multiscopo «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Anno 2000.

Percentuale di persone anziane obese

Toscana	9,0
Piemonte	9,2
Liguria	10,0
Valle d'Aosta	10,5
Trentino-A.A.	10,5
Marche	11,2
Lombardia	11,4
Friuli-V.G.	11,6
Veneto	12,3
Emilia-Romagna	12,4
ITALIA	12,5
Umbria	13,1
Lazio	13,4
Abruzzo	13,5
Sardegna	13,7
Sicilia	15,0
Puglia	15,1
Basilicata	15,4
Calabria	15,6
Campania	16,0
Molise	18,0



Descrizione e Commento dei Risultati

Il valore dell'indicatore a livello nazionale è pari a 12,5 ultrasessantacinquenni obesi ogni 100 residenti di età superiore ai 65 anni.

Il range è compreso tra 9% della Toscana e un valore di 18% del Molise.

Dall'analisi si evidenzia l'esistenza di un gradiente Nord-Sud con valore più basso dell'indicatore nelle regioni settentrionali e in particolare in quelle più occidentali.

Il dato e il relativo andamento geografico riflettono una problematica che è attualmente sotto osservazione, confermando un trend e giustificando interventi di politica sanitaria che, se efficaci, daranno i loro risultati solo nel lungo periodo. Il monitoraggio del fenomeno appare, comunque, rilevante anche in funzione delle possibili implicazioni assistenziali. L'indicatore, di per sé poco rivelatore ai fini di processi decisionali se analizzato in maniera isolata dal contesto, va esaminato unitamente a quelli relativi al carico sui servizi sanitari per avere un quadro maggiormente illuminante non solo sugli effetti di una carente attenzione ai temi della prevenzione e della correzione dei comportamenti non salutari, ma anche di impatto a fronte di una sostanziale disuguaglianza tra le diverse aree del Paese.

Percentuale di persone >65 anni fumatori

Significato. La comunità scientifica è unanime nel considerare il fumo di tabacco come principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Il Piano Sanitario Nazionale individua nei giovani il principale obiettivo di azioni mirate alla prevenzione del tabagismo. Pur essendo il dato relativo agli anziani inferiore rispetto al valore medio nazionale, anche in funzione della composizione per sesso, tuttavia l'indicatore fotografa l'efficacia di interventi di prevenzione e l'attuale attitudine degli ultra 65enni rispetto alle raccomandazioni in materia di lotta al tabagismo e al fumo passivo. Infine può essere utilizzato in funzione del presumibile bisogno di interventi sanitari per le patologie correlate.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Fumatori con età maggiore di 65 anni}}{\text{Popolazione con età maggiore di 65 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. La validità e i limiti dell'indicatore sono insiti nella sua derivazione da una indagine campionaria. Un ulteriore limite è rappresentato dal fatto che si tratta di un indicatore grezzo, non potendosi discriminare l'entità della abitudine al fumo.

Benchmark. Valore medio nazionale: 10,4%. Miglior valore nazionale: 7,6%.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT – Health for all Italia., Indagine Multiscopo sulle Famiglie «Aspetti della vita quotidiana». Anno 2000.

Percentuale di soggetti anziani fumatori

Molise	7,6
Basilicata	7,6
Sardegna	7,8
Trentino-Alto Adige	8,1
Sicilia	8,4
Veneto	9,0
Puglia	9,0
Lombardia	9,1
Umbria	9,3
Liguria	10,2
Marche	10,2
Abruzzo	10,2
Valle d'Aosta	10,3
Piemonte	10,4
ITALIA	10,4
Calabria	10,6
Emilia-Romagna	11,5
Campania	11,7
Toscana	11,8
Friuli-Venezia Giulia	13,6
Lazio	14,7



Descrizione dei Risultati

Il valore dell'indicatore a livello nazionale è pari a 10,4 ultrasessantacinquenni fumatori ogni 100 residenti di età superiore ai 65 anni.

Il range è compreso tra 7,6% del Molise e Basilicata e un valore di 14,7% del Lazio.

La distribuzione geografica non appare risentire di particolari effetti di tipo ambientale, socioculturale, economico, né dell'impatto di politiche mirate, presumibilmente sovrapponendosi al dato complessivo di popolazione.

La relazione sullo stato sanitario del Paese evidenzia come la quota maggiore di ex fumatori si concentri proprio nelle classi più anziane della popolazione. Dai dati emerge che in Italia i fumatori in media smettono di consumare tabacco intorno ai 40 anni; le donne fumatrici in media a 37,1 anni, gli uomini fumatori a 41,7 anni.

La quota di ex-fumatori, si legge nella relazione, aumenta con l'età fino a raggiungere il 56,9% tra gli anziani di età 70-74 anni. In un altro passaggio si evidenzia come positivo il dato relativo alla riduzione registrata tra il 1995 e il 2000 dell'abitudine al fumo nelle età anziane, in entrambi i sessi.

Alla luce di tali considerazioni si ritiene opportuno il monitoraggio di questo indicatore per le motivazioni richiamate a proposito dell'obesità e al fine di verificare il grado di permeabilità delle politiche di dissuasione intraprese anche se il target principale è rappresentato dalle classi più giovani di popolazione.

Copertura vaccinale della popolazione >65 anni

Significato. Proporzione di vaccinati, nell'anno, rispetto alla popolazione di età superiore ed uguale a 65 anni.

La vaccinazione aumenta notevolmente le probabilità di non contrarre la malattia e, in caso di sviluppo di sintomi influenzali, questi sono molto meno gravi e, generalmente, non seguiti da ulteriori complicanze. Gli anziani rappresentano un bersaglio obbligato di una politica di offerta attiva del vaccino in funzione del maggior rischio di complicazioni anche mortali collegato alla malattia.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{N° vaccinati nel 2001 con età maggiore di 65 anni}}{\text{Popolazione con età maggiore di 65 anni}} \times 100$$

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 rileva come l'influenza rappresenti tuttora in Italia una importante causa di morte per patologia infettiva, anche in funzione del tasso di attacco riscontrabile nel corso di epidemie estese. Si evidenzia, infine, come i livelli di copertura vaccinale negli anziani di età pari o superiore a 64 anni siano ancora non soddisfacenti rispetto agli obiettivi fissati.

Validità e limiti. L'indicatore è utilizzato per il monitoraggio degli obiettivi fissati nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale. Deriva da una analisi compiuta dall'Ufficio III (Malattie infettive e profilassi internazionale - Osservatorio Epidemiologico Nazionale) del Ministero della Salute, al termine del periodo di riferimento del PSN 1998-2000, per valutare l'effettivo conseguimento di tali obiettivi operativi. I risultati di tale valutazione si affiancano ai dati forniti dal Sistema Informativo per le Malattie Infettive e Diffusive (SIMID) ed a quelli forniti dal Sistema di sorveglianza dell'influenza (INFLUNET). I dati non comprendono la parte di popolazione che effettua la vaccinazione in strutture private e/o diverse da quelle del Servizio Sanitario Nazionale e pertanto potrebbero sottostimare il fenomeno.

Benchmark. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha indicato una soglia del 75% per la copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione di età pari a 65 anni ed oltre.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero Salute. Anno 2001.

REGIONI	% >65anni
Lazio	-
Campania	-
Calabria	-
Prov. Aut. Bolzano	38,8
Basilicata	46,7
Sardegna	46,9
Sicilia	47,4
Piemonte	48,3
P.A. Trento	50,5
Toscana	51,7
Abruzzo	53,7
Lombardia	53,8
Liguria	54,2
Valle d'Aosta	54,5
ITALIA	54,9
Umbria	58,1
Molise	61,4
Emilia-Romagna	61,9
Marche	62,9
Puglia	62,9
Veneto	63,5
Friuli Venezia Giulia	71,1

Copertura vaccinale nella popolazione >65



Descrizione e Commento dei Risultati

Il valore medio nazionale risulta pari a 54,9% con un intervallo che va da 38,8% della Provincia Autonoma di Bolzano a 71,1% del Friuli Venezia Giulia. Quest'ultima regione è quella che più si avvicina all'obiettivo fissato a livello nazionale nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 in linea con le indicazioni della WHO.

Dalla descrizione dei risultati appare evidente l'ancora insoddisfacente livello di adesione alle campagne vaccinali. Le strategie di intervento tendenti ad incrementare la quota di adesione sono ben note in letteratura, pertanto una revisione critica dei risultati così disomogenei ottenuti nelle diverse regioni può essere di aiuto per valutare se vi sono state significative differenze di approccio. Il rinforzo anche recentemente dato a tale obiettivo a livello nazionale induce a valorizzare le esperienze maggiormente positive e in particolare quella della Regione Friuli Venezia Giulia e a comprenderne i punti di forza.

Consumo di Alcol

Significato. La stima dell'esposizione al fattore di rischio alcol nella popolazione può essere elaborata sulla base delle informazioni raccolte attraverso le indagini Multiscopo Istat che, riguardo ai consumi alcolici, rilevano con cadenza annuale le frequenze e le abitudini di consumo individuali. Lo standard Multiscopo a cui si può fare riferimento è quello utilizzato dal 1993. Solo per alcune variabili, tuttavia è possibile (ed opportuno) adottare indicatori specifici di esposizione a rischio che, separando le quantità considerate «a minor rischio», sono da riferirsi a consumi che eccedono i 20 grammi al giorno di alcol puro per le donne ed i 40 grammi al giorno per i maschi. Tenuto conto delle categorie di rilevazione individuate dall'Istat e facendo riferimento a quantità equivalenti di alcol contenute alternativamente in un bicchiere di vino da 125 ml (a 12 gradi di tenore alcolico) o in un boccale di birra da 330 ml (a 4,5 gradi di tenore alcolico) è possibile considerare come individui a maggior rischio tutti gli uomini che dichiarano di consumare oltre mezzo litro di vino o oltre un litro di birra al giorno e tutte le donne che dichiarano di consumare più di 1-2 bicchieri di vino o più di ½ litro di birra al giorno.

Prevalenza consumatori di vino a maggior rischio

Numeratore	Definizione I) Uomini che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno; Definizione II) Donne che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni

Prevalenza consumatori di birra a maggior rischio

Numeratore	Definizione I) Uomini che assumono oltre un litro di birra al giorno; Definizione II) Donne che assumono oltre ½ litro di birra al giorno
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni

Validità e limiti. I valori sono stati rilevati dall'Istat nell'indagine Multiscopo sulle famiglie tramite intervista diretta o autocompilazione. Le informazioni dell'indagine sono di carattere campionario e quindi per ottenere stime relative all'intera popolazione è necessario determinare i pesi da attribuire alle unità campionarie moltiplicando ciascuna informazione per il coefficiente di riporto all'universo determinato attraverso il riferimento ad alcuni totali noti sulla popolazione oggetto di studio (aree geografiche predeterminate). L'adozione della famiglia (anziché l'individuo) come unità di rilevazione dell'indagine è da considerarsi come potenziale limite per la stima di questo tipo di fattore di rischio per il quale, tuttavia, non esistono allo stato attuale alternative di rilevazione più oggettive.

Benchmark. Sulla base delle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, adottate da anni dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, non esistono valori medi a cui poter fare riferimento ai fini della tutela della salute umana dai possibili rischi legati al consumo alcolico. I limiti indicati, distinti per i due sessi, rappresentano il limite riconosciuto al di sopra del quale il rischio aumenta. Il valore di riferimento medio nazionale è utile per valutare la differente intensità di impatto del rischio alcol-correlato nelle differenti realtà regionali.

Descrizione dei Risultati

La distribuzione regionale relativa al vino mette in evidenza una proporzione media di donne doppia rispetto alla popolazione maschile. In funzione della maggiore vulnerabilità femminile all'alcol questo dato è sicuramente significativo in termini di area di interventi sociosanitari di prevenzione e di promozione della salute da destinare specificamente alle donne anche in funzione delle fasi della vita che caratterizzano il sesso femminile: gravidanza, allattamento, menopausa, vecchiaia prolungata. L'evidenza di un sostanziale appaiamento maschi/femmine nelle tendenze all'abuso alcolico a livello delle singole regioni rappresenta, riguardo al vino, un'importante denotazione del modello culturale del bere di una società in evoluzione verso modelli di consumo che considerano, oggi, maggiormente accettabile il consumo femminile rispetto ai livelli del passato e che, comunque, pongono l'attenzione sull'incremento di tali prevalenze d'abuso rispetto agli anni precedenti (vedi serie storiche Istat). È significativo, inoltre, il rilievo di prevalenze più omogeneamente livellate verso i valori alti tra le donne rispetto agli uomini per i quali si osservano proporzioni più gradualmente e comunque mediamente inferiori rispetto ai valori minimi registrati per il sesso femminile. L'analisi delinea inoltre un gradiente Nord-Sud maggiormente evidente per il sesso maschile. Relativamente alla birra le prevalenze registrate risultano nettamente inferiori rispetto a quelle registrate per il vino e mediamente superiori per il sesso maschile.

Tabella 1 - Prevalenza (%) di consumatori a rischio di vino e birra per regione

Regione	Uomini		Donne	
	Vino %	Birra %	Vino %	Birra %
Piemonte	10,7	0,8	22,4	0,3
Valle d'Aosta	n. p.	n. p.	n. p.	n. p.
Lombardia	9,5	0,2	18,6	0,2
Trentino-Alto Adige	6,2	0,3	16,8	0,4
Veneto	10,6	0,2	20,3	0,2
Friuli-Venezia Giulia	8,5	0,0	19,0	0,2
Liguria	10,3	0,3	23,2	0,1
Emilia-Romagna	10,5	0,5	25,4	0,6
Toscana	12,8	0,3	26,7	0,1
Umbria	14,3	2,6	23,8	0,7
Marche	13,9	0,5	25,7	0,6
Lazio	6,9	0,2	18,0	0,4
Abruzzo	11,3	0,2	17,8	0,5
Molise	14,1	1,3	19,1	0,2
Campania	8,4	0,2	17,2	0,2
Puglia	8,9	0,4	20,4	0,3
Basilicata	16,0	0,3	20,3	0,1
Calabria	7,4	0,4	11,8	0,4
Sicilia	4,5	0,3	9,5	0,2
Sardegna	9,3	1,1	13,3	0,1
Italia	9,3	0,4	19,2	0,3

Raccomandazioni di Osservasalute

L'alcol rappresenta un fattore di rischio per il quale è necessario riuscire ad ottenere il coinvolgimento attivo e responsabile dell'individuo; ciò soprattutto in funzione del rischio e del danno che possono derivare da un consumo spesso percepito erroneamente come moderato. Il rischio alcolcorrelato, peraltro, si estende anche a chi non consuma bevande alcoliche come conseguenza dell'abuso altrui; l'esempio di alcol e guida e di alcol e gravidanza sono paradigmatici a tale riguardo. L'adozione di un modello di consumo alcolico che consideri la moderazione come atteggiamento di riferimento è raccomandabile per gran parte della popolazione. Le differenze di genere legate a quelle biologiche di capacità di metabolizzazione dell'alcol da parte dell'organismo suggeriscono di rendere espliciti attraverso adeguate iniziative di informazione i limiti «a minor rischio» di consumo alcolico proposti di 20 grammi (femmine) e 40 grammi (maschi) come quantità giornaliere da non superare. Evidenze consolidate consigliano il consumo ai pasti, evitando episodi di concentrazione in particolari momenti o circostanze. A differenza di altri fattori di rischio, l'alcol espone a rischi immediati in funzione dei contesti e delle situazioni in cui si beve; 2 bicchieri di bevanda alcolica (determinanti livelli di alcolemia di circa 0.5 mg/l) sono il limite da non superare per chi si pone alla guida. Un'età inferiore ai 16 anni, età minima legale per la somministrazione di bevande alcoliche nei locali pubblici, rappresenta una condizione di relativa immaturità dei sistemi di smaltimento dell'alcol ingerito per cui è indispensabile evitare la promozione del bere tra i giovani. Per ciascuna delle condizioni citate iniziative di comunicazione, informazione e promozione della salute sono prioritarie a livello locale, regionale e nazionale ai fini di una riduzione del rischio alcolcorrelato nella popolazione (indicazioni complete sono reperibili sul sito OssFAD: <http://www.iss.it/sitp/ofad/index.html>).

Copertura vaccinale della popolazione infantile (<24 mesi) per vaccinazioni obbligatorie

Significato. La vaccinazione, uno dei principali strumenti di Sanità Pubblica, deve essere considerata non soltanto in termini di protezione individuale, ma anche collettiva.

Il meccanismo della *herd immunity* e la possibilità di ipotizzare l'eliminazione della malattia, se questa è ad esclusiva trasmissione interumana, spiega l'importanza del raggiungimento del tasso critico di copertura vaccinale, generalmente molto elevato.

I dati epidemiologici confermano i risultati ottenuti nel controllo di alcune malattie prevenibili con la vaccinazione: la Difterite è stata eliminata, il Tetano colpisce soprattutto persone anziane non vaccinate, l'incidenza dell'Epatite B nelle classi di età più giovani è in diminuzione ed il nostro paese ha ricevuto recentemente la certificazione di eliminazione della Poliomielite dalla Regione Europea dell'OMS (Europa «polio-free»).

Il calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva è normato dal Decreto del Ministero della Sanità 7/4/1999 e, a partire dal 3° mese di vita, prevede la somministrazione in regime di obbligatorietà dei vaccini Difterite, Tetano, Antipolio ed Epatite B.

Con il comunicato del Ministero della Salute del 12/06/2002 si esegue la vaccinazione Antipolio con virus ucciso (IPV) per tutte e 4 le dosi previste in calendario.

Numeratore	Numero bambini vaccinati di età 12-24 mesi (ciclo completo)	
Denominatore	Popolazione infantile residente campionata (età 12-24 mesi)	x 100

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dei programmi di immunizzazione intrapresi.

La misurazione può essere effettuata direttamente, contando le vaccinazioni eseguite oppure le persone vaccinate nelle fasce di popolazione target.

I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati routinariamente dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute. In passato sono state condotte a livello locale e regionale alcune indagini *ad hoc*, in grado di fornire informazioni complementari e dati aggiuntivi sul soggetto, al fine di ottenere così un completo inquadramento della situazione vaccinale su tutto il territorio nazionale e l'individuazione delle aree prioritarie di intervento. Nel 1998 è stata condotta un'indagine campionaria a cluster (studio ICONA), sulla coorte di nascita del 1996. Lo studio ha coinvolto 19 regioni, da ognuna delle quali sono stati selezionati 30 cluster di 7 bambini ciascuno. Questa metodologia è già stata utilizzata all'inizio degli anni '90 dall'OMS, nell'ambito dell'EPI (*Expanded Programme of Immunization*).

Le informazioni sono state raccolte mediante intervista domiciliare ai genitori.

Una nuova indagine (studio ICONA 2003), alla quale hanno aderito 20 regioni, è stata condotta cinque anni dopo, per rendere confrontabili i dati dello studio precedente.

Benchmark. Gli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Salute per tutti entro l'anno 2000) prevedono il raggiungimento di coperture vaccinali di almeno il 95% per i vaccini contro Polio, Tetano, Difterite, Pertosse, Morbillo, Parotite e Rosolia. Tali obiettivi sono stati recepiti anche dal Piano Nazionale Vaccini 1998-2000 per la popolazione di età inferiore ai 2 anni.

Descrizione dei Risultati

Già dall'indagine del 1998, i dati di copertura stimati per le vaccinazioni obbligatorie sono risultati omogeneamente elevati su tutto il territorio nazionale. Nella maggior parte delle regioni è stato raggiunto l'obiettivo del 95%, con l'eccezione della Puglia, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, P. A. Bolzano, dove peraltro i dati più recenti confermano un trend in aumento.

Confrontando i risultati degli studi ICONA 1998 e 2003, il quadro è risultato stabile o in lieve incremento, laddove la situazione era già soddisfacente, significativamente in aumento in Campania e Puglia. I tassi di copertura raggiunti hanno invece subito un'importante flessione in Liguria (per Poliomielite) e Valle D'Aosta (per HBV).

Comunque il dato nazionale (95,7 per Polio, 95,8 per Difterite-Tetano, 95,5 per Epatite B) soddisfa l'obiettivo indicato dall'OMS.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il motivo più frequente di mancata/ritardata vaccinazione è la presenza di una malattia intercorrente del bambino (nel 56,1 % dei casi). È verosimile che una rilevante quota rientri tra le false controindicazioni. Proprio per questa ragione, il Piano Nazionale Vaccini 1998-2000 ha indicato fra i suoi obiettivi l'incentivazione della formazione nel campo delle vaccinazioni, sia del personale sanitario che opera in Sanità Pubblica e sia dei Pediatri di Famiglia.

Anche in regime di obbligatorietà, è opportuno che i genitori vengano informati correttamente sui rischi ed i benefici della vaccinazione, per favorire un'adesione consapevole al programma vaccinale, di cui spesso ne ignorano l'importanza in termini di tutela della salute sia dei loro bambini e sia della collettività.

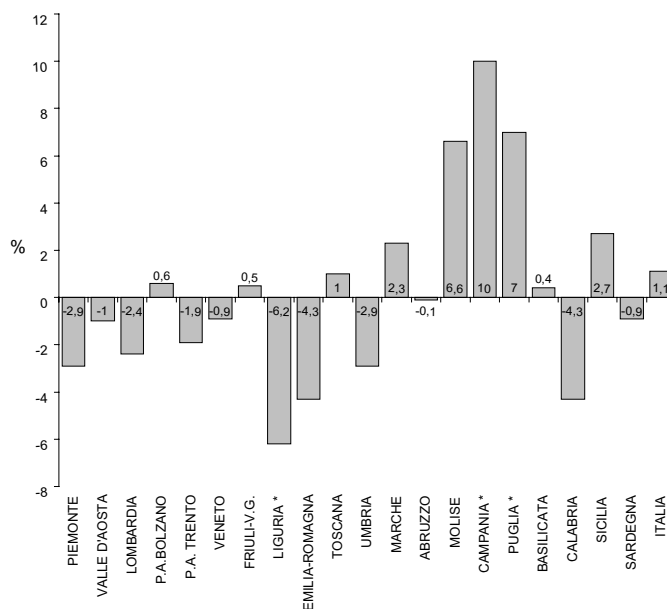
Inoltre è necessario uniformare su tutto il territorio nazionale l'assetto organizzativo dell'offerta vaccinale alla popolazione, incentivando la collaborazione tra gli operatori delle ASL ed i Pediatri di Famiglia, e mettendo a disposizione un sistema informatico (anagrafi vaccinali) per la registrazione delle dosi somministrate e la tempestiva chiamata degli inadempienti.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istituto Superiore di Sanità. ICONA - Indagine di Copertura Nazionale, Anni 1998 e 2003.

Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale per Poliomielite per 100 bambini di età inferiore a 24 mesi

Regione	Coorte di nascita	
	2001	1996
	% (IC95%)	% (IC95%)
Piemonte	95,7 (92,7-98,8)	98,6 (95,8-100,0)
Valle d'Aosta	99,0 (94,6-100,0)	100,0
Lombardia	96,2 (93,5-98,9)	98,6 (97,0-100,0)
Prov. Aut. Bolzano	97,1 (95,1-99,2)	99,0 (97,8-100,0)
Prov. Aut. Trento	96,7 (93,8-99,6)	97,6 (95,7-99,6)
Veneto	97,1 (95,1-99,2)	96,6 (95,7-99,6)
Friuli-Venezia Giulia	92,4 (88,0-96,8)	98,6 (97,0-100,0)
Liguria	93,8 (90,1-97,5)	98,1 (96,3-99,9)
Emilia-Romagna	96,7 (94,1-99,2)	95,7 (93,0-98,4)
Toscana	96,7 (94,1-99,2)	95,7 (93,0-98,4)
Umbria	95,7 (92,7-98,8)	98,6 (97,0-100,0)
Marche	97,1 (94,7-99,6)	94,8 (90,0-99,5)
Lazio	95,2 (92,4-98,0)	Non disponibile
Abruzzo	94,7 (91,6-97,9)	94,8 (91,4-98,2)
Molise	95,7 (92,4-99,0)	89,1 (81,9-96,2)
Campania	97,1 (94,7-99,6)	87,1 (80,8-93,5)
Puglia	99,5 (98,6-100,0)	92,5 (88,7-96,4)
Basilicata	99,0 (97,8-100,0)	98,6 (96,5-100,0)
Calabria	90,5 (86,6-94,4)	94,8 (91,9-97,6)
Sicilia	93,3 (89,6-97,1)	90,6 (85,7-95,6)
Sardegna	94,3 (91,1-97,5)	95,2 (92,4-98,0)
Italia	95,7 (94,9-96,4)	94,6 (93,4-95,8)

Grafico 1 - Differenza percentuale nella copertura vaccinale per Poliomielite, negli studi ICONA 1998 e 2003

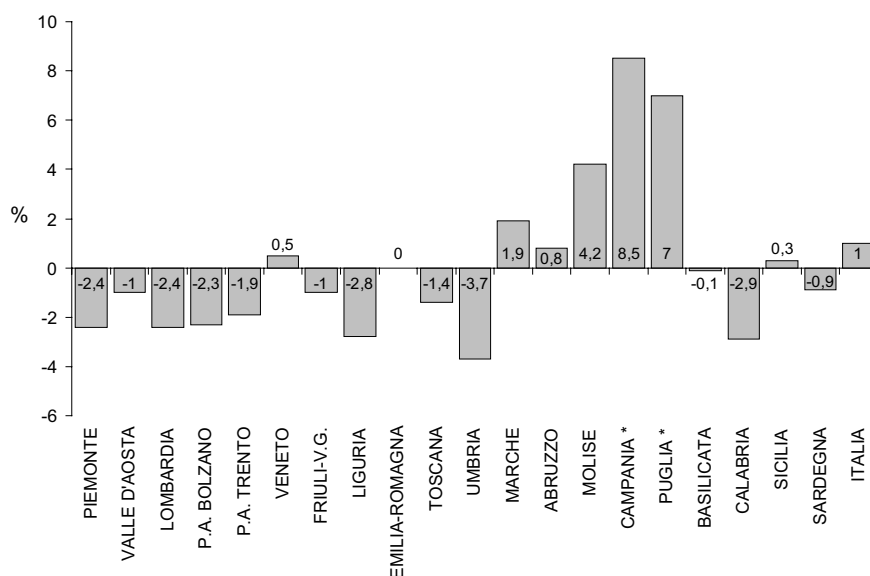


* Regioni che presentano tassi significativamente differenti nelle due indagini.

Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale per Difterite-Tetano per 100 bambini di età inferiore a 24 mesi

Regione	Coorte di nascita	
	2001	1996
	% (IC95%)	% (IC95%)
Piemonte	95,2 (92,1-98,3)	97,6 (94,6-100,0)
Valle d'Aosta	99,0 (94,6-100)	100,0
Lombardia	96,2 (93,5-98,9)	98,6 (97,0-100,0)
Prov. Aut. Bolzano	88,6 (82,8-94,3)	90,9 (87,2-94,6)
Prov. Aut. Trento	97,1 (95,1-99,2)	99,0 (97,8-100,0)
Veneto	96,7 (93,8-99,6)	96,2 (92,9-99,5)
Friuli-Venezia Giulia	97,1 (95,1-99,2)	98,1 (96,3-99,9)
Liguria	96,2 (93,2-99,2)	99,0 (97,8-100,0)
Emilia-Romagna	94,3 (91,1-97,5)	94,3 (87,6-100,0)
Toscana	96,7 (94,1-99,2)	98,1 (96,3-99,9)
Umbria	95,3 (92,2-98,4)	99,0 (97,8-100,0)
Marche	97,1 (94,7-99,6)	95,2 (91,1-99,3)
Lazio	95,2 (92,4-98,0)	Non disponibile
Abruzzo	94,7 (91,6-97,9)	93,9 (89,7-98,0)
Molise	95,7 (92,4-99,0)	91,5 (86,9-96,0)
Campania	97,1 (94,7-99,6)	88,6 (82,7-94,5)
Puglia	99,5 (98,6-100,0)	92,5 (88,7-96,4)
Basilicata	99,0 (97,8-100,0)	99,1 (97,7-100,0)
Calabria	90,5 (86,6-94,4)	93,4 (89,6-97,0)
Sicilia	93,3 (89,6-97,1)	93,0 (88,7-97,2)
Sardegna	94,3 (91,1-97,5)	95,2 (92,1-98,3)
Italia	95,8 (95,1-96,5)	94,8 (93,6-96,0)

Grafico 2 - Differenza percentuale nella copertura vaccinale per Difterite-Tetano, negli studi ICONA 1998 e 2003

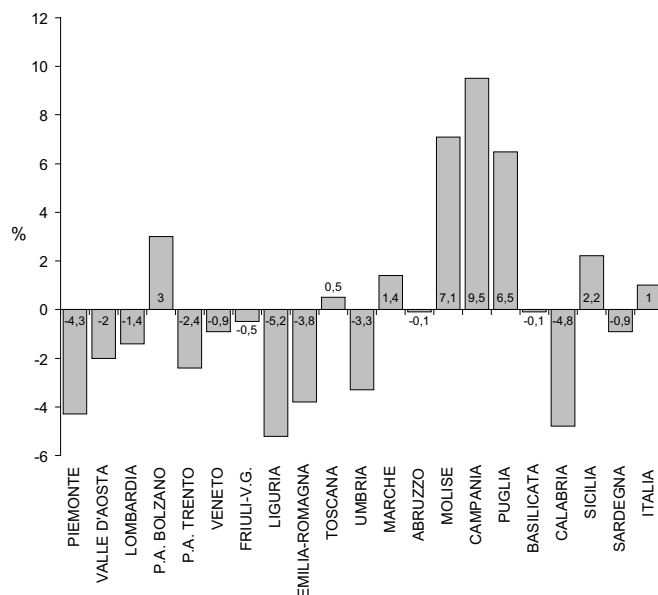


* Regioni che presentano tassi significativamente differenti nelle due indagini.

Tabella 3 - Tassi di copertura vaccinale per Epatite B per 100 bambini di età inferiore a 24 mesi

Regione	Coorte di nascita	
	2001	1996
	% (IC95%)	% (IC95%)
Piemonte	94,3 (91,1-97,5)	98,6 (95,8-100,0)
Valle d'Aosta	98,0 (93,0-99,8)	100,0
Lombardia	96,2 (93,5-98,9)	97,6 (95,7-99,6)
Prov. Aut. Bolzano	88,6 (82,8-94,3)	85,6 (80,6-90,7)
Prov. Aut. Trento	95,7 (93,0-98,4)	98,1 (96,3-99,9)
Veneto	96,7 (93,8-99,6)	97,6 (95,7-99,6)
Friuli-Venezia Giulia	97,1 (95,1-99,2)	97,6 (95,7-99,6)
Liguria	92,4 (88,0-96,8)	97,6 (95,3-100,0)
Emilia-Romagna	93,8 (90,1-97,5)	97,6 (95,7-99,6)
Toscana	95,7 (93,0-98,4)	95,2 (92,4-98,0)
Umbria	95,3 (92,2-98,4)	98,6 (97,0-100,0)
Marche	96,2 (93,2-99,2)	94,8 (90,4-99,1)
Lazio	95,2 (92,4-98,0)	Non disponibile
Abruzzo	94,7 (91,6-97,9)	94,8 (91,4-98,2)
Molise	96,2 (92,9-99,5)	89,1 (82,0-96,3)
Campania	97,1 (94,7-99,6)	87,6 (81,3-93,9)
Puglia	99,5 (98,6-100,0)	93,0 (89,1-96,9)
Basilicata	99,0 (97,8-100,0)	99,1 (97,8-100,0)
Calabria	90,0 (85,5-94,5)	94,8 (91,7-97,9)
Sicilia	93,3 (89,6-97,1)	91,1 (86,1-96,1)
Sardegna	94,3 (91,1-97,5)	95,2 (92,4-98,0)
Italia	95,5 (94,7-96,3)	94,5 (93,3-95,7)

Grafico 3 - Differenza percentuale nella copertura vaccinale per Epatite B, negli studi ICONA 1998 e 2003



* Regioni che presentano tassi significativamente differenti nelle due indagini.

Copertura vaccinale della popolazione infantile (<24 mesi) per vaccinazioni raccomandate

Significato. Il PSN 2003-2005 ha messo in evidenza la necessità di un controllo più efficace nei confronti di numerose malattie: Morbillo (incidenza nel '99 pari a 5,05 casi/100.000 ab.), Rosolia (incidenza di 5,76/100.000 nel '98) e Parotite (incidenza: 70,2/100.000 nel '99) che presentano un livello di copertura vaccinale ancora troppo basso.

Per le malattie per le quali la vaccinazione è raccomandata, i tassi di copertura vaccinale finora raggiunti sono inferiori al tasso critico di eliminazione.

Le vaccinazioni raccomandate vengono infatti percepite come meno importanti rispetto a quelle obbligatorie per legge.

Fa eccezione la Pertosse, che ha subito un effetto trascinarsi dal vaccino Diftotetnico, con il quale i relativi antigeni sono somministrati in combinazione.

La vaccinazione contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B (Hib) è raccomandata ed il livello di copertura vaccinale è disomogeneo nelle diverse regioni; nonostante la disponibilità di vaccini combinati con gli altri previsti nel primo anno di vita, è ancora inferiore al 95%.

Numeratore	Numero bambini vaccinati di età 12-24 mesi (ciclo completo)	
Denominatore	Popolazione infantile residente campionata (età 12-24 mesi)	x 100

Validità e limiti. I dati si riferiscono alle coperture vaccinali per Pertosse, HiB e Morbillo. L'immunizzazione nei confronti di Rosolia e Parotite è stata valutata soltanto nello studio ICONA 2003.

Benchmark. Anche per le vaccinazioni raccomandate, il Piano Nazionale Vaccini, prevede il raggiungimento del livello di copertura del 95% della popolazione entro i 24 mesi di vita.

Descrizione dei Risultati

Per le vaccinazioni raccomandate il tasso di copertura nazionale presenta un significativo incremento rispetto al 1998 (da 87,9 a 95,2 per Pertosse, da 19,8 ad 87,0 per HiB, da 56,4 a 76,9 per Morbillo).

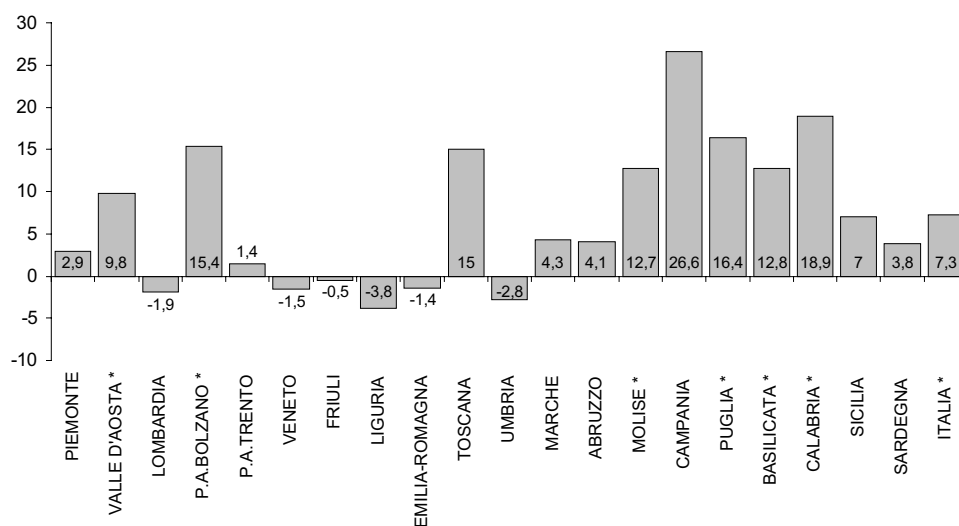
Ottimi risultati sono stati ottenuti con la formulazione combinata DTPa, per la quale è stato raggiunto l'obiettivo del 95%, traguardo invece ancora lontano per le altre vaccinazioni. Peraltro nei confronti di Morbillo ed HiB, importanti sforzi sono stati compiuti omogeneamente su tutto il territorio: i tassi di copertura sono aumentati in maniera significativa in quasi tutte le regioni.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istituto Superiore di Sanità - ICONA-Indagine di Copertura Nazionale, Anni 1998 e 2003.

Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale per Pertosse per 100 bambini di età inferiore a 24 mesi

Regione	Coorte di nascita	
	2001	1996
	% (IC95%)	% (IC95%)
Piemonte	94,3 (91,1-97,5)	91,4 (86,3-96,6)
Valle d'Aosta	99,0 (94,6-100,0)	89,2 (81,5-94,5)
Lombardia	95,2 (91,9-98,6)	97,1 (95,1-99,2)
Prov. Aut. Bolzano	88,6 (82,8-94,3)	73,2 (64,8-81,6)
Prov. Aut. Trento	95,7 (93,0-98,4)	94,3 (90,6-98,0)
Veneto	95,2 (92,1-98,3)	96,7 (94,5-98,9)
Friuli-Venezia Giulia	96,2 (93,9-98,5)	96,7 (94,5-98,9)
Liguria	91,4 (86,9-96,0)	95,2 (92,4-98,0)
Emilia-Romagna	93,8 (90,1-97,5)	95,2 (92,1-98,3)
Toscana	96,7 (94,1-99,2)	95,2 (92,4-98,0)
Umbria	94,8 (91,7-97,9)	97,6 (95,3-100,0)
Marche	95,7 (92,7-98,8)	91,4 (85,8-97,0)
Lazio	95,2 (92,4-98,0)	Non disponibile
Abruzzo	94,7 (91,6-97,9)	90,6 (86,7-94,4)
Molise	95,2 (91,7-98,7)	82,5 (76,0-89,0)
Campania	97,1 (94,7-99,6)	70,5 (62,9-78,1)
Puglia	99,1 (97,7-100,0)	82,7 (76,7-88,7)
Basilicata	98,6 (97,0-100,0)	85,8 (78,0-93,6)
Calabria	90,5 (86,6-94,4)	71,6 (60,3-82,8)
Sicilia	93,3 (89,6-97,1)	86,3 (81,0-91,8)
Sardegna	94,3 (91,1-97,5)	90,5 (85,6-95,4)
Italia	95,2 (94,4-96,3)	87,9 (86,4-89,5)

Grafico 1 - Differenza percentuale nella copertura vaccinale per Pertosse, negli studi ICONA 1998 e 2003

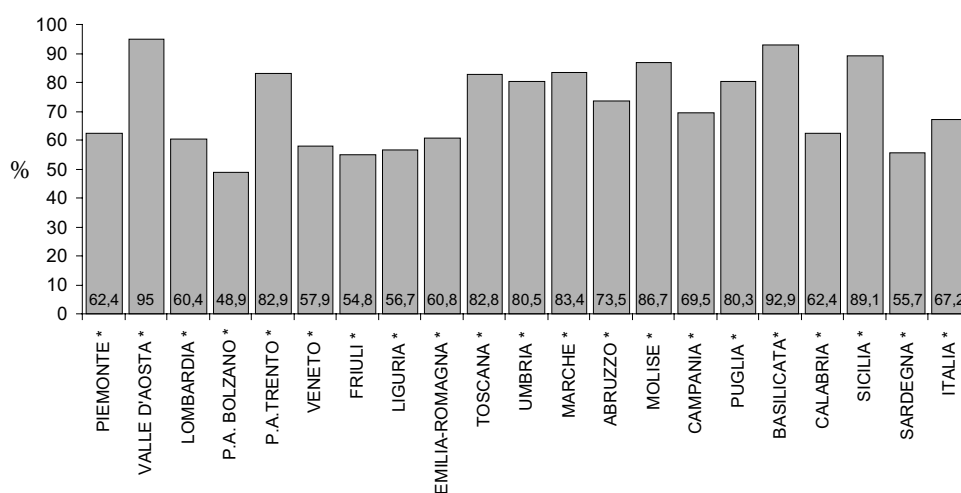


* Regioni che presentano tassi significativamente differenti nelle due indagini.

Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale per *Haemophilus influenzae* di tipo B per 100 bambini di età inferiore a 24 mesi

Regione	Coorte di nascita	
	2001	1996
	% (IC95%)	% (IC95%)
Piemonte	79,5 (72,3-86,7)	17,1 (11,4-22,9)
Valle d'Aosta	97,0 (91,5-99,4)	2,0 (0,2-6,9)
Lombardia	93,3 (89,1-97,5)	32,9 (22,2-43,5)
Prov. Aut. Bolzano	88,1 (81,8-94,4)	39,2 (28,4-50,1)
Prov. Aut. Trento	94,3 (91,1-97,5)	11,4 (6,2-16,7)
Veneto	89,0 (82,8-95,3)	31,1 (21,5-40,4)
Friuli-Venezia Giulia	96,2 (93,9-98,5)	41,4 (29,9-53,0)
Liguria	90,5 (86,0-95,0)	33,8 (25,9-41,7)
Emilia-Romagna	92,4 (88,4-96,3)	31,6 (24,4-38,5)
Toscana	92,4 (88,4-96,4)	9,6 (5,0-14,0)
Umbria	89,1 (84,3-93,9)	8,6 (4,6-12,5)
Marche	92,9 (88,7-97,0)	9,5 (2,6-16,4)
Lazio	65,2 (54,5-76,0)	Non disponibile
Abruzzo	93,8 (89,4-98,2)	20,3 (13,3-27,2)
Molise	91,9 (86,9-96,9)	5,2 (0,0-10,1)
Campania	73,3 (59,8-86,9)	3,8 (0,0-7,1)
Puglia	94,3 (89,2-99,4)	14,0 (8,6-19,4)
Basilicata	97,6 (95,7-99,6)	4,7 (1,6-7,8)
Calabria	64,3 (51,0-77,6)	1,9 (0,0-4,1)
Sicilia	91,9 (87,5-96,3)	2,8 (0,0-6,1)
Sardegna	91,4 (86,5-96,4)	35,7 (25,7-45,7)
Italia	87,0 (85,1-88,9)	19,8 (17,6-22,0)

Grafico 2 - Differenza percentuale nella copertura vaccinale per HiB, negli studi ICONA 1998 e 2003



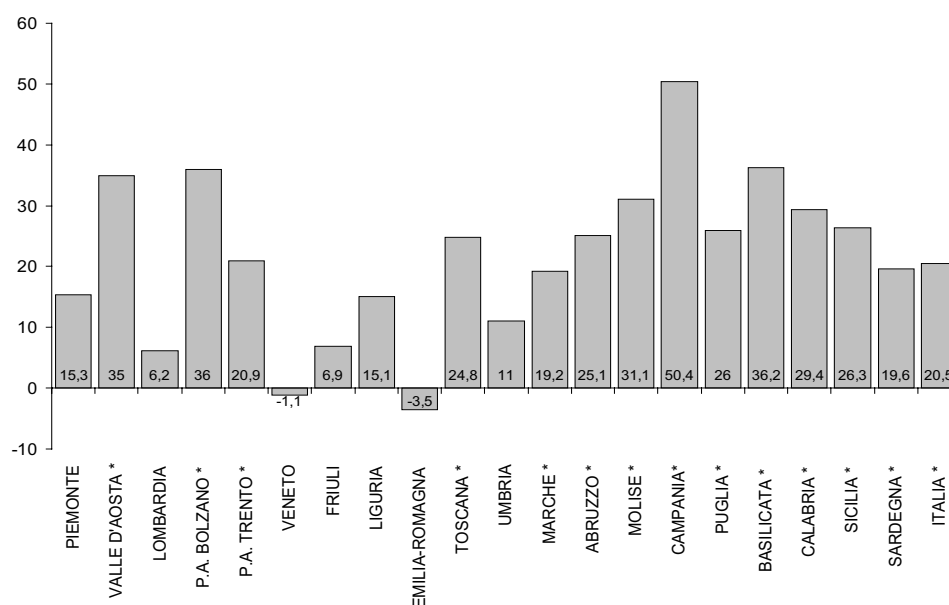
* Regioni che presentano tassi significativamente differenti nelle due indagini.

Tabella 3 - Tassi di copertura vaccinale per Morbillo-Parotite-Rosolia per 100 bambini di età inferiore a 24 mesi

Regione	Coorte di nascita	
	2001	1996
	% (IC95%)	% (IC95%)
Piemonte	75,7 (68,2-83,1)	60,4 (50,4-70,3)
Valle d'Aosta	78,3 (66,7-87,3)	43,3 (31,2-56,0)
Lombardia	82,1 (74,3-89,8)	75,9 (68,1-83,7)
Prov. Aut. Bolzano	64,1 (54,2-74,0)	28,1 (18,7-37,4)
Prov. Aut. Trento	78,9 (71,4-86,3)	58,0 (48,2-67,7)
Veneto	80,1 (73,9-86,3)	81,2 (75,4-87,0)
Friuli-Venezia Giulia	84,2 (77,6-90,8)	77,3 (68,9-85,7)
Liguria	77,2 (69,8-84,6)	62,1 (52,9-71,4)
Emilia-Romagna	84,2 (76,9-91,5)	87,7 (81,1-94,3)
Toscana	89,6 (83,8-95,4)	64,8 (55,5-74,2)
Umbria	83,3 (77,3-89,3)	72,3 (64,6-81,0)
Marche	77,9 (69,5-86,4)	58,7 (48,7-68,7)
Lazio	67,7 (59,4-76,0)	Non disponibile
Abruzzo	70,6 (62,5-78,6)	45,5 (38,5-51,9)
Molise	71,6 (62,7-80,6)	40,5 (29,6-51,4)
Campania	76,9 (69,4-84,3)	26,5 (17,3-35,7)
Puglia	76,6 (67,0-86,2)	50,6 (41,0-60,2)
Basilicata	80,9 (73,1-88,8)	44,7 (33,2-56,1)
Calabria	54,9 (43,0-66,8)	25,5 (17,0-33,9)
Sicilia	70,9 (62,1-79,8)	44,6 (34,3-54,8)
Sardegna	75,9 (68,9-83,0)	56,3 (46,8-65,7)
Italia	76,9 (74,9-79,0)	56,4 (53,8-59,1)

Nota: i dati sono riferiti ad una dose di morbillo.

Grafico 3 - Differenza percentuale nella copertura vaccinale per Morbillo-Parotite-Rosolia, negli studi ICONA 1998 e 2003



* Regioni che presentano tassi significativamente differenti nelle due indagini.

Raccomandazioni di Osservasalute

La combinazione di antigeni rappresenta una soluzione al sovraccarico del calendario vaccinale, non soltanto in termini economico-logistici, per la ridotta necessità di iniezioni e visite mediche, ma soprattutto di compliance dei genitori, nei confronti di un programma vaccinale più snello ed accessibile.

L'uso sempre più diffuso di vaccini combinati ha sicuramente contribuito all'aumento del tasso di copertura per HiB ed al raggiungimento dell'obiettivo OMS per quanto riguarda la Pertosse.

Invece ancora lontano dallo standard OMS (e da quello europeo) è il dato nazionale (76,9%) sul vaccino MPR. Per questa ragione, il Ministero della Salute, le regioni e le Province Autonome hanno concordato un piano d'azione (G.U. n.297 del 23/12/2003, S.O. n.195), che entro il 2007 porti all'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, cominciando da un capillare programma formativo, che vede coinvolti i coordinatori regionali, i responsabili, il personale dei Servizi di Vaccinazione ed i Pediatri di Libera Scelta. La sua fase attuativa prevede una campagna straordinaria di vaccinazione dei bambini che frequentano la scuola elementare e l'introduzione di una seconda dose di vaccino MPR, attraverso la realizzazione di anagrafi vaccinali, l'adeguata informazione e sensibilizzazione della popolazione e la chiamata attiva.

Contestualmente è compito delle regioni predisporre apposite Linee Guida operative, in accordo con le raccomandazioni nazionali, che assicurino l'uniformità dell'offerta vaccinale su tutto il territorio e verosimilmente la realizzazione di un programma di miglioramento della qualità del servizio.

Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani

Significato. L'influenza, pur presentando generalmente un decorso clinico benigno, può assumere invece aspetti di particolare gravità nei confronti dei soggetti affetti da patologie croniche e degli anziani.

Per questo la vaccinazione antinfluenzale rappresenta uno dei più importanti strumenti di Sanità Pubblica e le campagne vaccinali stagionali rivestono una particolare importanza nella prevenzione delle complicanze derivanti dalla malattia e della mortalità associata.

Il Piano Nazionale Vaccini 1998-2000 sottolinea la necessità di un'opportuna campagna informativa e dell'offerta attiva annuale della vaccinazione, che deve essere garantita in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG).

Numeratore	Numero soggetti vaccinati di età ≥ 65 anni	x 100
Denominatore	Popolazione regionale di età ≥ 65 anni	

Validità e limiti. I dati permettono un confronto dei risultati ottenuti dalle campagne vaccinali nelle stagioni 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002 e 2002-2003, tuttavia non includono le dosi somministrate in strutture differenti da quelle del Servizio Sanitario Nazionale.

Benchmark. Il PSN 1998-2000 ha indicato la soglia del 75% per la copertura vaccinale nella popolazione di età >65 anni.

Descrizione dei Risultati

I dati di copertura presentano una distribuzione geografica disomogenea ed un'elevata variabilità: dal 76,7 e 72,7% rispettivamente di Campania e Friuli, al 47,3 e 44,2% di P. A. Bolzano e Calabria.

Il confronto dei risultati delle ultime quattro campagne vaccinali evidenzia un trend in continuo e sensibile aumento del tasso di copertura, sia a livello nazionale (dal 40,7 al 60,1%) e sia a livello delle singole realtà regionali.

Nonostante il netto miglioramento, allo stato attuale in nessuna regione la copertura è soddisfacente, con l'unica eccezione della Campania, che nel 2003 ha vaccinato il 76,7% della popolazione anziana, superando quindi il valore soglia indicato dal PSN.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'invecchiamento della popolazione ha condizionato le attuali politiche sanitarie. Risorse necessarie sono state allocate per far fronte alle esigenze specifiche degli anziani ed appositi interventi di prevenzione sono stati condotti soprattutto nei confronti delle malattie infettive, prevenibili con vaccini sicuri ed efficaci, che sarebbero altrimenti in grado di aggravare quadri morbosi cronici.

Per perseguire gli obiettivi di copertura, è importante individuare le migliori strategie per ottenere il consenso della popolazione target. A tal fine non è sufficiente l'offerta gratuita del vaccino, ma di fondamentale rilievo è il coinvolgimento dei MMG che hanno la possibilità di raggiungere i loro assistiti con difficoltà di accesso ai servizi pubblici

e che svolgono un importante compito di sensibilizzazione, nei confronti di coloro che si sottraggono alla vaccinazione per paura degli effetti collaterali.

Parallelamente, la sorveglianza epidemiologica e virologica, attraverso una rete di medici sentinella, assicura il monitoraggio dell'impatto della malattia nella popolazione e, attraverso la verifica della circolazione dei diversi ceppi di virus influenzali, la verifica dell'omologia antigenica tra ceppi circolanti e ceppi vaccinali.

Contestualmente alla campagna vaccinale antinfluenzale, è opportuna l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antipneumococcica con vaccino polisaccaridico. La polmonite nell'anziano, infatti, ha un costo sociale ed economico notevole, sia per le frequenti e gravi complicanze, sia per i possibili esiti invalidanti, necessità di assistenza e ricorso ai ricoveri ospedalieri.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione - Ufficio III, Malattie Infettive, Anni 1999-2003.

Tabella 1 - *Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - Percentuale di soggetti vaccinati sul totale della popolazione con età maggiore di 65 anni - Stagioni 1999-00; 2000-01; 2001-02 e 2002-03*

Regione	Anno 1999-2000	Anno 2000-2001	Anno 2001-2002	Anno 2002-2003
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,9
Valle d'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,5
Lombardia	39,6	46,7	53,8	59,6
Prov. Aut. Bolzano	N. d.	43,3	38,8	47,3
Prov. Aut. Trento	42,4	48,3	50,5	55,1
Veneto	47,3	60,7	63,5	N. d.
Friuli-Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,7
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,2
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,8
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,9
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,4
Marche	53,5	60,8	62,9	66,2
Lazio	26,7	18,7	N. d.	55,3
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,4
Molise	46,7	61,4	61,4	66,4
Campania	38,1	62,3	N. d.	76,7
Puglia	38,0	49,0	62,9	65,8
Basilicata	46,5	42,3	46,7	62,7
Calabria	23,6	29,7	N. d.	44,2
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,8
Sardegna	30,0	39,4	46,9	53,7
Italia	40,7	49,3	54,9	60,1

N. d. = non disponibile.

Abolizione di pratiche inutili o inefficaci

«Il movimento verso iniziative di Sanità Pubblica basate su prove di efficacia ha progressivamente guadagnato slancio negli ultimi dieci anni. Un importante passo avanti si è avuto con la recente pubblicazione dello statement TREND. La pubblicazione di TREND riflette la crescente consapevolezza che l'effettiva valutazione degli interventi di sanità pubblica implica l'uso dei risultati di studi basati su un disegno anche differente dal trial controllato e l'uso di vari tipi di prove, spesso tra loro in combinazione».

(Kirkwood B. Making public health intervention more evidence based. BMJ 2004; 382:966-967)

In Italia questa tendenza trova la propria espressione nell'iniziativa Evidence Based Prevention (EBP), che raggruppa operatori del settore della prevenzione e ha l'obiettivo di promuovere, da un lato, l'adozione di interventi di utilità ed efficacia solidamente dimostrate, dall'altro l'abolizione di quelle di provata inutilità o inefficacia.

Significato. Data la relativa 'novità' dell'approccio evidence based, non sono ancora stati implementati sistemi informativi che possano offrire dati validi ad un livello nazionale; d'altro canto numerose regioni hanno aderito a tale iniziativa, rendendo disponibili in rete i risultati dell'attività sino a qui svolta. In tal senso gli indicatori di interesse, ricostruiti grazie al contributo del gruppo italiano EBP, attengono a due grosse aree: quella che vede le regioni impegnate nell'abolizione delle pratiche inefficaci o inutili e quella che le vede impegnate nella promozione di interventi di provata utilità ed efficacia e nella valutazione dell'impatto di salute degli interventi stessi.

Le pratiche di riconosciuta inutilità o inefficacia, per le quali si propone abrogazione o modifica della normativa, sono essenzialmente rappresentate dai libretti di idoneità sanitaria per alimentaristi (LISA), benché anche altre pratiche siano attualmente messe in discussione, quali ad esempio i Certificati Sanitari, i Regolamenti di Polizia Mortuaria e alcune Prestazioni Veterinarie.

L'indicatore utilizzato è dunque il numero delle regioni sul totale italiano che hanno promosso attività per l'abolizione dei LISA.

Si tratta di un indicatore di processo atto a verificare il livello di coinvolgimento a livello generale in attività preventive basate su evidenze di efficacia.

Numeratore	Regioni che hanno promosso attività per l'abolizione del LISA
Denominatore	Totali regioni

Validità e limiti. L'indicatore esprime quale *policy* sia stata adottata dalla regione e quale sia la propensione dell'amministrazione a rendere più efficiente ed appropriato il sistema della prevenzione, mediante l'abolizione di una pratica che, essendo inutile in termini di impatto sulla salute della popolazione, sottrae risorse che potrebbero invece essere destinate ad interventi più utili ed efficaci. Il fatto che i LISA, come altre pratiche obsolete, siano obbligatori per legge, mette in luce come in questa prima fase dell'iniziativa EBP le scelte dell'amministrazione abbiano non poco peso.

Benchmark. Il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 'Il controllo sanitario e la gestione dei manufatti di prodotti alimentari' n° 785 – serie rapporti tecnici, 1989, basandosi sulle modalità di trasmissione delle malattie infettive che hanno come

veicolo gli alimenti, concludeva che non c'erano prove dell'efficacia di periodiche visite di screening per gli alimentaristi.

A conclusioni analoghe giunge un più recente documento del National Disease Surveillance Center – Ireland, che sottolinea come in Europa non esistano una tecnologia ed una modalità standard per l'attuazione dei LISA.

La letteratura esistente sembra dunque offrire sufficienti prove dell'inutilità di tale pratica, che, secondo molti, dovrebbe essere abolita su tutto il territorio nazionale; si può dunque parlare di un benchmark pari al 100%.

Descrizione dei Risultati

Il 76,1% delle regioni (16 su 21) ha sviluppato un orientamento abolizionista nei confronti del LISA, alcune abolendo la pratica dei LISA, altre prevedendone la sospensione con un notevole impulso a partire dall'anno 2000.

Si tenga conto che tali dati sono in continuo divenire, a seconda dell'evoluzione nelle varie regioni e che comunque il processo di abolizione di pratiche obsolete è complesso e ha talora suscitato vivaci polemiche, anche in seno ai servizi di igiene pubblica.

Tabella 1 - *Situazione italiana rispetto all'abolizione dei LISA*

Regione	Abolizione LISA	Proposta di abolizione LISA	Sospensione LISA
Piemonte	DGR 424511/2001	-	-
Valle d'Aosta	DGR 2507 08/07/2002	-	-
Lombardia	LR 12/2003	-	-
Prov. Aut. Bolzano	-	-	LP 9 11/08/1988 art 42; LP 1 13/01/1992 art. 14
Prov. Aut. Trento	DGP 1401 197/2002	-	-
Veneto	LR 41/2003	-	-
Friuli-Venezia Giulia	DGR 3589/2002	-	-
Liguria	-	-	Provvedimento Regionale n° 753 8/07/2004
Emilia-Romagna	LR 11/2003	-	-
Toscana	LR 24/2003	-	-
Umbria	DGR 758/2000	-	-
Marche	DGR 2173/2002	-	-
Lazio	LR 29/2003	-	-
Abruzzo	-	Progetto di LR 0495 art.7	-
Molise	-	-	-
Campania	-	-	-
Puglia	-	-	-
Basilicata	-	-	-
Calabria	DGR 271/2001	-	-
Sicilia	-	-	-
Sardegna	-	-	DGR 18 20/04/2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Siti internet regionali e dati resi disponibili all'indirizzo http://www.snop.it/webeditor/16/1/cybersnop/cybersno/contribu/igiene/2004/Ebp_Doc_Reg.htm, 'Documentazione sulla legislazione regionale a sostegno della Prevenzione Basata su prove di Efficacia (dopo il Convegno di Verona del 14-15 aprile 2003, per quanto a conoscenza degli autori)' accessed 28 luglio 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'esempio dell'esperienza abolizionista vuole soprattutto costituire uno stimolo a riflettere sulla necessità di introdurre criteri quali l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza nella pratica preventiva, spesso relegata ad un ruolo ancillare all'interno del SSN.

Il documento del Consiglio Superiore di Sanità «*Linee di Guida per la prevenzione Sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione delle ASL*» sottolinea l'importanza del lavoro per obiettivi, attuando interventi di provata efficacia per rispondere a reali problemi di salute della popolazione.

Là dove l'efficacia o la non efficacia di una pratica sono note ex ante, come nel caso dei LISA, è auspicabile che essa venga adottata oppure non adottata o abolita se in uso; là dove la letteratura non ha ancora prodotto sufficienti prove a sostegno o contro una determinata pratica, la necessità di produrre evidenze con solida base metodologica diviene fondamentale ed in tale fase di ricerca è cruciale il ruolo dei servizi, unici a poter valutare ex post l'intervento attuato, soprattutto rispetto all'impatto di salute prodotto.

Numero di ispezioni per numero di unità che operano nel SIAN e nel SV

Significato. Si tratta di un indicatore di processo atto a verificare i controlli eseguiti dai servizi regionali per la Sanità Pubblica Veterinaria (SV) e dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN).

L'indicatore consiste nel rapporto tra il numero di ispezioni che vengono effettuate dal servizio pubblico sui prodotti alimentari ed il numero totale di unità presenti sul territorio. Tali unità comprendono: produttori primari, produttori e confezionatori, distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio, trasporti soggetti a vigilanza e ad autorizzazione sanitaria, ristorazione pubblica e collettiva ed infine produttori e confezionatori che vendono direttamente al dettaglio.

Numeratore	$\frac{\text{Numero di ispezioni}}{\text{Numero di unità}}$	x 100
Denominatore		

Validità e limiti. L'indicatore pone l'accento sull'attuale problema legato alla reale necessità di effettuare controlli sanitari sia da parte dei Servizi Veterinari (SV) che da parte dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN); infatti, l'attuale normativa italiana prevede, in un'ottica di conformità alle Linee Guida definite dall'Unione Europea, l'utilizzo autonomo degli standard HACCP (analisi dei rischi e punti critici di controllo). Il sistema HACCP è esplicitamente prescritto dall'art. 3, comma 2, del Decreto Legislativo 155/97 che cita: «Il responsabile dell'industria alimentare deve individuare ogni fase che potrebbe rivelarsi critica per la sicurezza degli alimenti e deve garantire che siano individuate, applicate, mantenute ed aggiornate le adeguate procedure di sicurezza avvalendosi dei principi su cui è basato il sistema di analisi dei rischi e di controllo dei punti critici HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points)». Inoltre, la Legge 21 dicembre 1999, n. 526 (Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità Europee - legge comunitaria 1999) impone che le procedure di controllo siano formalizzate attraverso un Manuale, e sottolinea come questo Manuale debba rappresentare un documento organico «contenente l'individuazione, da lui effettuata, delle fasi critiche di cui al comma 2 e delle procedure di controllo che intende adottare al riguardo, nonché le informazioni concernenti l'applicazione delle procedure di controllo e di sorveglianza dei punti critici e i relativi risultati». In effetti la direttiva comunitaria 43/93/CEE «Igiene dei Prodotti Alimentari» ha esteso a tutte le attività industriali ed artigianali riguardanti gli alimenti l'obbligo di predisporre un programma di autocontrollo basato sulla metodologia HACCP al quale è affidata l'identificazione dei potenziali pericoli, la valutazione della gravità e della probabilità di comparsa, la individuazione ed applicazione di procedure di controllo dei punti critici. Si potrebbe dunque pensare di monitorare più che il numero di controlli e di unità in genere, di censire quante unità abbiano adottato un sistema HACCP, o ancora la proporzione di unità che si adeguano all'HACCP entro 120 giorni dall'ispezione, sul totale delle unità classificate come inadempienti.

Benchmark. L'indicatore non dovrebbe mai assumere valore inferiore a 1 e se possibile, superare l'unità: questo sarebbe segno di una verifica successiva e di un follow up delle prescrizioni.

Descrizioni dei Risultati

Sia dai dati del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione che da quelli del Servizio Veterinario, si nota come l'attività ispettiva italiana tenda ad essere tutt'altro che omogenea. Tale diversità può essere imputata a molteplici cause, fra cui la maggiore o minore sensibilità delle regioni ad indirizzare gli interventi di campionamento ed ispezione verso problemi di sicurezza alimentare piuttosto che verso logiche di adempimento formale, di fatto dedicando maggiormente la propria attenzione ai piani di autocontrollo aziendali (in sintonia con il D.L.vo 155/97).

Si potrebbe dunque ipotizzare che a fronte di regioni in cui il rapporto è al di sopra della media nazionale sia per quanto riguarda il SIAN che il SV (Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Puglia, Umbria) ci sia una minore percezione da parte delle unità che gestiscono la produzione, il trasporto o la manipolazione e la vendita dei prodotti alimentari della legge sopracitata; tale condizione obbliga le regioni ove questo accade ad intervenire con un maggior numero di controlli per tutelare il consumatore finale, lasciando inoltre supporre che nelle altre regioni il fenomeno «dell'autocontrollo» si sia più integrato nella normalità produttiva, gestionale e distributiva, di fatto liberando dall'onere dei controlli ispettivi i servizi territoriali dei SIAN e dei SV.

Tabella 1 - Numero di ispezioni per numero di unità che operano nel SIAN e nel SV

Regione	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione			Servizio Veterinario		
	Numero di ispezioni	Numero unità	Rapporto %	Numero di ispezioni	Numero unità	Rapporto %
Piemonte	22.245	62.613	36	46.338	33.714	137
Valle d'Aosta	1.154	3.700	31	*	*	
Lombardia	29.519	110.505	27	104.813	71.133	147
Prov. Aut. Bolzano	2.041	5.419	38	2.477	15.633	16
Prov. Aut. Trento	3.166	20.796	15	9.700	8.701	112
Veneto	34.452	76.009	45	32.261	59.871	54
Friuli-Venezia Giulia	6.656	8.957	74	30.171	11.126	271
Liguria	12.063	25.445	47	23.869	11.826	202
Emilia-Romagna	45.197	61.663	73	252.455	40.555	623
Toscana	20.490	60.302	34	86.744	57.566	151
Umbria	7.497	12.243	61	22.429	7.975	281
Marche	18.751	16.774	112	29.275	29.178	100
Lazio	*	*		58.802	46.912	125
Abruzzo	5.800	2.400	242	*	*	
Molise	4.868	7.110	68	3.409	10.551	32
Campania	64.302	108.516	59	126.574	97.880	129
Puglia	26.076	48.002	54	78.473	36.601	214
Basilicata	6.213	6.839	91	30.667	10.785	284
Calabria	1.286	2.562	50	9.989	6.239	160
Sicilia	18.634	27.508	68	45.179	40.367	112
Sardegna	17.285	*		57.935	*	
Italia	347.896	667.363	52	1.051.560	599.023	176

* dati non disponibili o incompleti.

Raccomandazioni di Osservasalute

In accordo a quanto emerso dall'analisi dei risultati di questo indicatore, non ci si può non soffermare a considerare quanto sia ancora poco percepita la normativa vigente in merito all'autocontrollo del settore alimentare. Giustamente le regioni, ove messa in evidenza la scarsa consistenza dei sistemi di autovalutazione, monitorizzano costantemente con i propri servizi SIAN e SV le unità di produzione e distribuzione dei prodotti alimentari per tutelare i consumatori. È d'obbligo ricordare quanto attuali siano i problemi legati alla produzione di alimenti biologici e di alimenti contenenti organismi geneticamente modificati (OGM). Tuttavia, accanto ad un'opera di ispezione e vigilanza, sarebbe auspicabile un intervento atto a sensibilizzare maggiormente le aziende, le unità produttrici e le unità distributrici che operano nel settore alimentare perché diventino autonome integrando pienamente i sistemi HACCP nei loro piani di autocontrollo aziendale.

Centri antifumo

Significato. Parallelamente ad una crescente attenzione per la disassuefazione da fumo, negli ultimi anni in Italia si è assistito ad una continua espansione della rete dei Centri Antifumo, tra Ospedali, ASL e Centri della Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT). Dalla collaborazione tra Ministero della Salute e coor-

dinamento tecnico delle Regioni sul tabagismo congiuntamente all'Istituto Superiore di Sanità è nato un progetto di ricerca per il potenziamento delle offerte di sostegno ai fumatori, con la finalità di ottenere dati omogenei e confrontabili nelle diverse realtà regionali.

Tasso centri antifumo

Numeratore Numero Centri Antifumo
 ----- x 100.000
 Denominatore Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce dati probabilmente sottostimati, in quanto non tiene conto delle attività svolte in ambito privato, volontaristico o di altre realtà che non hanno formalizzato l'offerta.

Le strutture censite sono, di fatto, estremamente eterogenee nelle modalità di accesso, nell'iter di valutazione del fumatore, nella formazione culturale degli operatori e, di conseguenza, nella tipologia di approccio terapeutico (counseling individuale o di gruppo, terapia farmacologica o non convenzionale).

Valori di riferimento. Il numero di centri antifumo può essere considerato a confronto con il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il numero totale di centri antifumo sul territorio nazionale è 327, di cui 248 appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale e 79 alla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, con una media nazionale di 0,5 centri per ogni 100.000 abitanti. In assoluto il maggior numero di centri è dislo-

Tabella 1 - Centri Antifumo (numero e tasso per 100.000 abitanti) del Sistema Sanitario Nazionale e della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori per regione - Anno 2005

Regioni	Centri (SSN)	Centri (LILT)	Totale centri	Tasso
Piemonte	14	5	19	0,44
Valle d'Aosta	1	1	2	1,63
Lombardia	36	7	43	0,46
Bolzano-Bozen	4	1	5	1,05
Trento	6	1	7	1,41
Veneto	29	7	36	0,77
Friuli Venezia Giulia	6	2	8	0,66
Liguria	8	4	12	0,75
Emilia Romagna	30	6	36	0,87
Toscana	25	8	33	0,92
Umbria	9	2	11	1,28
Marche	9	4	13	0,86
Lazio	16	5	21	0,40
Abruzzo	9	1	10	0,77
Molise	2	2	4	1,24
Campania	13	4	17	0,29
Puglia	15	5	20	0,49
Basilicata	1	1	2	0,34
Calabria	3	3	6	0,30
Sicilia	8	6	14	0,28
Sardegna	4	4	8	0,48

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga-Istituto Superiore di Sanità. Dati aggiornati a maggio 2005.

Tasso centri antifumo per 100.000 abitanti. Anno 2005

cato in Lombardia (43), Veneto (36), Emilia Romagna (36) e Toscana (33); riferendo questi dati alla popolazione residente si osserva una distribuzione piuttosto uniforme su tutto il territorio nazionale, ad eccezione della Valle D'Aosta con un rapporto pari a 1,6 e la Provincia Autonoma di Trento con un rapporto di 1,4.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le strategie d'intervento per la lotta al tabagismo, oltre alla prevenzione dell'iniziazione, non possono prescindere dall'aiuto a coloro che già fumano a smettere definitivamente. Dal Rapporto sul fumo in Italia-2004 del Dipartimento del Farmaco dell'ISS, emerge che nell'ultimo anno il numero di persone che hanno smesso di fumare è aumentato (dal 16,6% nel 2003 al 17,9% nel 2004); di questi, il 90,4% non ha cercato alcun tipo di supporto, psicologico o farmacologico. Tuttavia, la maggior parte di coloro che hanno smesso di fumare riprende entro un anno ed indubbiamente i trattamenti sanitari migliorano la probabilità di successo.

La nascita dei primi centri di disassuefazione risale alla fine degli anni '80; oggi sono 327, molti dei quali di recente costituzione, a testimonianza della crescente attenzione posta al problema del fumo, nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali.

Contestualmente, nel 2000 è stato attivato il Telefono Verde contro il Fumo, servizio anonimo e gratuito, che fornisce attività di consulenza alla popolazione ed agli operatori sanitari, elabora materiale informativo e gestisce una banca dati.

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS, con gli

operatori del Telefono Verde, svolge funzione di coordinamento dei Servizi per la Cessazione del fumo di tabacco e, attraverso la diffusione delle informazioni raccolte sulle strutture, ne facilita l'accessibilità.

Prevalenza di fumatori

Significato. Il fumo di tabacco è la principale causa di morte prevenibile e rappresenta uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica a livello mondiale. Secondo la Commissione Europea, ogni anno in Europa oltre 650.000 morti sono imputabili al tabacco ed oltre 13 milioni sono le persone che soffrono di una malattia cronica derivata da questa dipendenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, dalla constatazione che negli ultimi 10 anni (1991-2000) la distribuzione percentuale dei fumatori non mostra significative diminuzioni, sottolinea la necessità di appositi interventi legislativi, coniugati a campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e passivo.

Prevalenza di persone di 15 anni e oltre per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 15 anni e oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'indagine (DOXA e Istat) di 15 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indagine campionaria è stata effettuata dalla DOXA per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori. I dati sono stati messi a confronto con quelli rilevati, con la stessa metodologia, nelle edizioni precedenti. Le informazioni sono state raccolte nel periodo 15 marzo 30 aprile 2005 in 149 comuni di tutte le regioni italiane, attraverso 3114 interviste condotte su un campione rappresentativo, costituito da soggetti adulti di almeno 15 anni di età. I dati sul consumo di tabacco rilevati dall'Istat provengono dall'indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". L'indagine campionaria ha rilevato in passato (1980, 1983, 1987, 1991, 1994) circa 20.000 famiglie per un totale di oltre 60.000 individui. Nell'ultima indagine relativa al 1999/2000 il campione è stato notevolmente ampliato a circa 60.000 famiglie per un totale di quasi 140.000 individui. I dati sono raccolti per singolo individuo mediante autocompilazione del questionario. Alle persone di 14 anni e oltre viene chiesto se fumano o hanno fumato in passato, l'età di inizio e, se hanno smesso di sfumare, l'età in cui hanno smesso, nonché la quantità di sigarette fumate giornalmente.

Benchmark. La prevalenza di fumatori può essere considerata a confronto con il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Dall'osservazione dei dati DOXA 2005 (tabella 1), si può notare che la prevalenza di fumatori è lievemente maggiore al Nord (26,4%), rispetto al Centro (23,4) e al Sud (25,8). Per quanto riguarda il numero di sigarette fumate al giorno, si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud per i soggetti che fumano meno di 15 sigarette/die; la tendenza subisce, invece, un'inversione se si considerano i forti fumatori (più di 25 sigarette/die). Tuttavia, il Sud e il Centro sono caratterizzati da una maggior percentuale di soggetti che non hanno mai fumato (60,5%) e di ex-fumatori (24,8%), rispettivamente. Valutando la variazione della prevalenza di fumatori, dai dati raccolti nelle indagini DOXA ed Istat negli anni 1957-2000, si nota che questa ha subito una costante diminuzione negli uomini (dal 65 al 32%); nelle donne, invece, è aumentata, dal 6,2 % nel 1957 al 16,3% nel 1975, fino al 18,2% nel 2000.

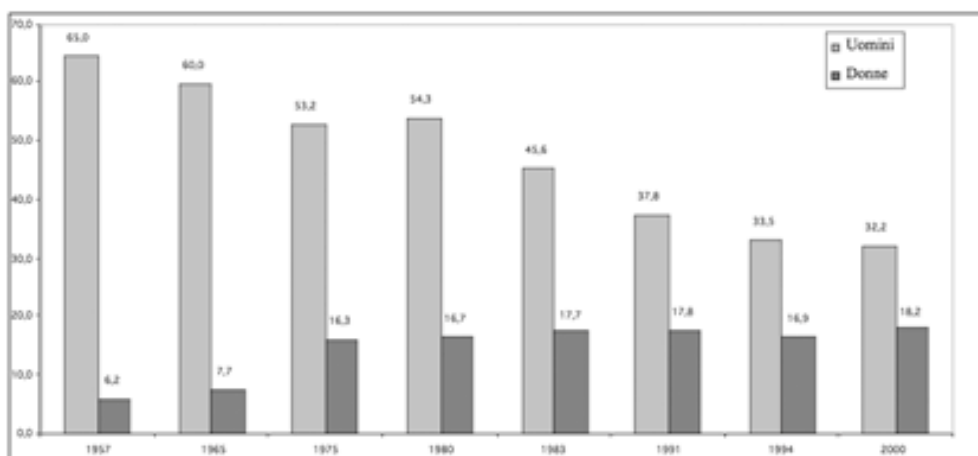
Raccomandazioni di Osservasalute

Il PSN 2003-2005, nell'ambito del Progetto 9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", indirizza l'attività del Servizio Sanitario Nazionale allo sviluppo di un sistema di comunicazione e prevenzione; fra gli obiettivi strategici viene indicata fra l'altro, la necessità di coinvolgimento di soggetti pubblici e privati in comuni iniziative di informazione sulla salute.

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 15 anni e oltre per ripartizione e abitudine al fumo (percentuali) - Anno 2005

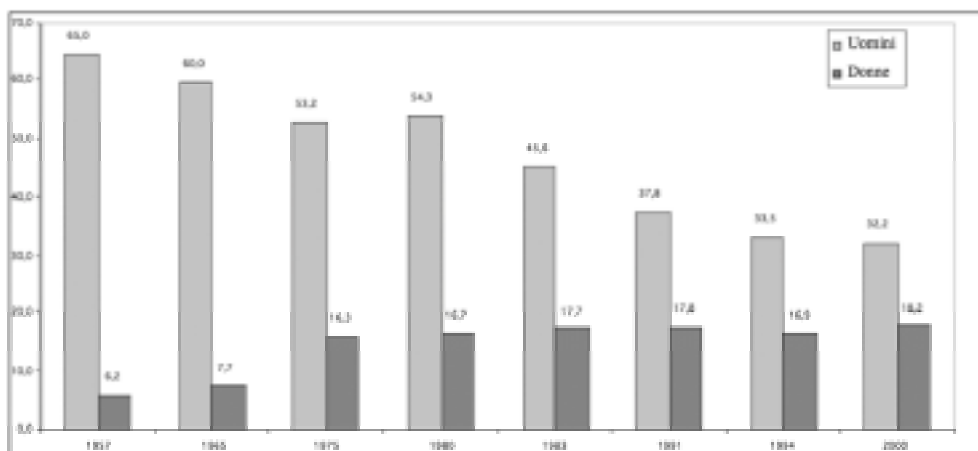
	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
Mai fumatori	54,0	51,8	60,5	55,8
Ex fumatori	19,6	24,8	13,7	18,6
Fumatori di sigarette totali di cui:	26,4	23,4	25,8	25,6
meno di 15 sigarette/ die	14,8	12,5	9,7	12,3
15-24 sigarette / die	10,3	8,5	12,9	10,9
più di 25 sigarette/die	1,3	2,4	3,2	2,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: DOXA per l'ISS. Il fumo in Italia. Maggio 2005.

Grafico 1 - Prevalenza del fumo di sigarette per sesso - Anni 1957, 1965, 1975, 1980, 1983, 1991, 1994, 2000

Fonte dei dati ed anno di riferimento: DOXA per l'Istituto Superiore di Sanità. Il fumo in Italia. Anni 1957, 1965, 1975. Indagine Multiscopo sulle Famiglie. "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1980, 1983, 1991, 1994, 2000.

Confronto internazionale

Grafico 2 - Confronto internazionale della percentuale di fumatori adulti - Anno 2002

Fonte dei dati ed anno di riferimento: J. Mackay, M. Eriksen, The Tobacco Atlas - World Health Organization 2002.

te e la progettazione di una Banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete di servizi sanitari e sociosanitari; nel contesto, viene ribadita la necessità di interventi di carattere legislativo. Dal 10 gennaio 2005 è entrato in vigore l'art. 51 della legge antifumo n.3 del 16/01/2003, che regolamenta gli esercizi pubblici, i luoghi di lavoro, gli spazi adibiti ad attività ricreative ed ai circoli privati. La normativa definisce i requisiti tecnici delle aree dedicate ai fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e, laddove questo non fosse possibile, prevede il divieto assoluto. Parallelamente prosegue, dopo una prima fase partita a gennaio 2003, la campagna del Ministero

della Salute sulla dissuasione dal fumo, attraverso i principali network televisivi e su internet. L'obiettivo è sensibilizzare i fumatori attivi sui danni che il fumo provoca sui fumatori passivi ed, in generale, prevenire l'iniziazione al fumo dei giovanissimi.

L'importanza della prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco, quale fattore di rischio cardiovascolare, è ribadita anche dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 nella definizione della carta del rischio, strumento che consentirà di rendere consapevole il paziente sulla probabilità di andare incontro ad un incidente cardiovascolare, in base ai fattori di rischio che caratterizzano la sua vita.

I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione

Significato. Il consumo di alcol è uno dei principali fattori di rischio individuali e di popolazione. La valutazione del numero di consumatori di bevande alcoliche (esposti al potenziale fattore di rischio alcol) e degli individui che consumano quantità di alcol considerate a maggior rischio per la salute rappresentano indicatori essenziali per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione.

Quantità giornaliere di consumo eccedenti i 20 grammi di alcol al giorno per il sesso femminile e 40 grammi al giorno per quello maschile consentono di individuare i consumatori a maggior rischio, ovvero a maggiore probabilità di insorgenza di problemi e patologie alcol-correlate. Questa definizione scaturisce da quanto raccomandato dalle Linee Guida per una Sana Alimentazione (Italia, 2003, INRAN, Ministero per le Politiche Agricole e Forestali), che acquisiscono le indicazioni dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia. L'uso di tale indicatore è raccomandato anche nell'ambito del progetto European Community Health Indicators – ECHI 1 e ECHI 2 che ha definito lo standard di monitoraggio della salute europea. Tenendo conto delle categorie di consumo rilevate nell'indagine Istat e facendo riferimento a quantità equivalenti di alcol (12 grammi = 1 Unità Alcolica Standard) e delle conversioni necessarie (i cui dettagli sono reperibili sul sito www.ossfad.iss.it) è possibile identificare come a maggior rischio gli individui che dichiarano di consumare le quantità di alcol riportate nelle definizioni che seguono.

Poiché tale indicatore è fortemente determinato dal consumo di vino, si è deciso di accompagnare l'indicatore aggregato relativo alla prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio a quello relativo ai consumatori di vino a maggior rischio.

Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche

Numeratore	Persone di 14 anni e oltre che dichiarano di consumare almeno una bevanda alcolica	x 100
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio - Maschi

Numeratore	Maschi di 14 anni e oltre che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno o oltre un litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio - Femmine

Numeratore	Femmine di 14 anni e oltre che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno o oltre mezzo litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di vino a maggior rischio - Maschi

Numeratore	Maschi di 14 anni e oltre che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di vino a maggior rischio - Femmine

Numeratore	Femmine di 14 anni e oltre che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Validità e limiti. Sono stati elaborati secondo i criteri stabiliti dall'Osservatorio Nazionale Alcol OSSFAD-CNESPS e dal Centro dell'OMS per la Ricerca e la promozione della salute sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), i dati dell'Indagine Multiscopo Istat relativa ad "Aspetti della vita quotidiana" per l'anno 2002. Le classi di età scelte sono rappresentative dei principali target di popolazione ai quali destinare eventuali iniziative preventive opportunamente differenziate in funzione delle caratteristiche e dei modelli culturali del consumo alcolico: adolescenti, giovani, giovani adulti, adulti, giovani anziani, anziani. L'Istat fornisce informazioni disaggregate sulle frequenze dei consumatori delle bevande alcoliche oggetto di rilevazione (vino, birra, superalcolici, amari e aperitivi alcolici). E' tuttavia possibile calcolare un dato aggregato sul consumo complessivo sulla base dell'assunzione, proposta dall'Osservatorio Nazionale Alcol, che possano essere considerati come consumatori di alcol tutti i soggetti che all'indagine Istat dichiarino di consumare almeno una delle bevande alcoliche inserite nel questionario di rilevazione; per converso, possono essere definiti astemi coloro che hanno dichiarato di non consumare alcuna delle bevande alcoliche considerate. Le informazioni sul consumo di bevande vengono rilevate dall'Istat annualmente mediante l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". L'indagine campionaria rileva circa 21.000 famiglie per un totale di oltre 50.000 individui. I dati sono raccolti per singolo individuo mediante autocompilazione del questionario. Alle persone di 14 anni e oltre (11 anni a partire dal 2003) viene chiesto in quale quantità consumano abitualmente birra e vino, con modalità di risposta che si riferiscono a quantità facilmente misurabili dall'intervistato (oltre 1 litro al giorno, da mezzo a 1 litro al giorno, 1-2 bicchieri al giorno, più raramente, solo stagionalmente, non ne consumo). Un altro quesito misura invece il consumo di alcolici e superalcolici chiedendo anche in questo caso le quantità di consumo abituale (le modalità di risposta sono: più di 2 bicchierini al giorno, 1-2 bicchierini al giorno, qualche bicchierino alla settimana, più raramente, eccezionalmente, non ne consumo). Con tale strumento di indagine non è possibile rilevare direttamente i grammi alcolici giornalieri consumati, in quanto l'intervistato deve essere messo in grado di rispondere secondo quantità facilmente misurabili. Pertanto per convertire i consumi dichiarati in grammi alcolici giornalieri è necessario ricondurre le diverse modalità di risposta a quantità equivalenti di alcol e a riconversioni che non possono garantire la precisione della stima. Inoltre va tenuto presente che le informazioni sono soggettive, in quanto fornite direttamente dall'intervistato, con possibili distorsioni dovute a diversi fattori (problemi di memoria, difficoltà a quantificare il consumo abituale, tendenza a non dichiarare

consumi molto elevati, ecc.).

Benchmark. Le indicazioni dell'OMS, acquisite dai Piani Sanitari Nazionali e dalle Linee Guida per una sana alimentazione, indicano in 20 grammi di alcol puro al giorno per il sesso femminile e in 40 grammi per il sesso maschile le quantità da non superare per non incorrere in un maggior rischio di patologie e problemi alcolcorrelati che peraltro sono sempre possibili anche a quantità inferiori di consumo alcolico.

Descrizione dei risultati

La prevalenza dei consumatori di alcol in Italia è pari all'86,6% degli uomini ed al 60,1% delle donne con età superiore ai 14 anni di età. Tali prevalenze presentano delle differenze regionali più marcate per il sesso femminile per il quale si registra un più evidente gradiente Nord-Sud (tabella 1).

Tabella 1 - Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche per sesso e regione (tassi per 100 persone) – Anno 2002

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte e Valle d'Aosta	87,0	62,1
Lombardia	86,5	59,6
Trentino-Alto Adige	89,0	70,2
Veneto	88,4	66,9
Friuli-Venezia Giulia	88,1	65,0
Liguria	87,7	65,0
Emilia-Romagna	86,6	65,9
Toscana	88,8	66,8
Umbria	89,1	65,3
Marche	90,1	67,1
Lazio	86,9	60,2
Abruzzo	85,9	59,6
Molise	87,8	55,7
Campania	84,8	51,9
Puglia	88,8	61,3
Basilicata	86,7	53,7
Calabria	86,5	57,9
Sicilia	80,8	48,4
Sardegna	84,2	51,8
Italia	86,6	60,1

In relazione alle prevalenze di consumatori a maggior rischio, il 9,4 % degli uomini e il 19,2 % delle donne hanno dichiarato un consumo di alcol considerato a maggior rischio. Dodici regioni per i maschi e dieci per le femmine mostrano prevalenza al di sopra della media nazionale. La prevalenza di consumatori a rischio è nel sesso femminile rispetto a quello maschile. Tali risultati sono da considerare con particolare attenzione in termini di possibili esigenze di attività di prevenzione da orientare al target femminile che, fisiologicamente, è più vulnerabile a quantità comunemente percepite come moderate di alcol e pari a 1-2 bicchieri di una qualunque bevanda alcolica. Riguardo la distribuzione dei consumatori di alcol

Tabella 2 - Prevalenza di consumatori di alcol e vino a maggiore rischio, per sesso e regione (tassi per 100 persone) – Anno 2002

Regioni	Maschi		Femmine	
	Vino %	Alcol %	Vino %	Alcol %
Piemonte e Valle d'Aosta*	9,3	9,6	21,8	21,9
Lombardia	9,6	10,3	21,0	21,2
Trentino-Alto Adige	6,4	6,6	14,6	14,7
Veneto	9,5	9,6	23,3	23,3
Friuli-Venezia Giulia	6,9	7,2	17,5	17,9
Liguria	11,2	11,3	24,4	24,5
Emilia-Romagna	11,2	11,3	24,5	24,8
Toscana	12,6	12,7	26,6	26,8
Umbria	12,4	12,8	21,5	21,7
Marche	12,6	12,7	22,9	23,1
Lazio	7,5	7,8	16,2	16,5
Abruzzo	8,6	8,9	16,0	16,0
Molise	11,8	12,3	16,4	16,4
Campania	8,5	8,5	14,9	15,0
Puglia	9,8	10,0	19,6	19,6
Basilicata	7,7	8,1	18,1	18,1
Calabria	5,9	6,4	12,2	12,6
Sicilia	4,6	5,1	9,9	10,1
Sardegna	7,5	9,4	11,3	11,3
Italia	9,0	9,4	19,0	19,2

* I dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati a quelli del Piemonte.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

a maggior rischio secondo le classi di età è da registrare che la prevalenza aumenta con l'età per entrambi i sessi e presenta i valori più elevati nelle classi di età 65-74 anni seguita da quella relativa ai 45-64enni. La nostra nazione presenta quindi una consistente fascia di popolazione a rischio di consumi alcolici eccedenti i limiti massimi raccomandati dalle Linee Guida per una sana alimentazione: la stima per il 2002 è del 14,4% dei consumatori prevalentemente donne.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante la diminuzione dei consumi medi di alcol pro-capite osservati in Italia e che hanno raggiunto, da ormai quattro anni, un sostanziale plateau di 7,4 litri per anno, la nostra nazione ha registrato nel tempo un ampliamento costante e progressivo del numero di consumatori. In termini di salute pubblica ciò significa che un numero crescente di individui ha scelto di incominciare a bere ampliando la platea dei soggetti esposti al potenziale fattore di rischio alcol. A tale riscontro è da affiancare quello relativo ad una prevalenza di consumatori e consumatrici a maggior rischio che riguarda tutte le classi di età ed in particolare le popolazioni più mature. E' di fondamentale importanza una capillare ed intensiva diffusione delle indicazioni che possono consentire scelte individuali informate, consapevoli e responsabili in grado di rinforzare le capacità della persona (e in particolare dei giovani, degli anziani e delle donne) di contribuire attivamente al processo individuale della scelta della moderazione nei consumi.

La diffusione delle Linee Guida per una corretta ali-

mentazione e dei limiti giornalieri di consumo alcolico da non superare, l'indicazione di consumare le bevande alcoliche sempre accompagnandole ai pasti e di evitare episodi di concentrazione in particolari momenti o circostanze, evitare il consumo di alcol al di sotto dell'età legale e prima di mettersi alla guida o di recarsi sul luogo di lavoro sono solo alcune delle indicazioni che possono essere inserite nell'ambito di strategie di promozione della salute e di prevenzione locali, regionali e nazionali.

Persone di 3 anni e oltre che praticano attività fisica

Significato. E' ormai riconosciuto che l'attività fisico-motoria svolge un ruolo importante nel garantire uno stato di buona salute e che i suoi benefici sono molteplici: già un livello moderato di attività fisica riduce notevolmente il rischio di patologia cardiovascolare, di altre patologie quali l'obesità, il diabete di tipo II, quelle a carico dell'apparato osteoartromuscolare. E' interessante anche l'evidenza di come un'atti-

vità fisica da moderata a vigorosa riduca il rischio di determinati tipi di neoplasie (soprattutto carcinoma del colon o del retto).

Pertanto, considerando l'importante correlazione tra sedentarietà e patologie cardiovascolari e cronico-degenerative, l'attività fisica può essere considerata un determinante di salute.

Tasso standardizzato per età di persone che praticano attività fisica

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni e oltre che praticano attività fisica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Le informazioni sull'attività fisica e sportiva vengono rilevate dall'Istat annualmente mediante l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". L'indagine campionaria rileva circa 21.000 famiglie per un totale di oltre 50.000 individui. I dati sono raccolti per intervista diretta. Alle persone di 3 anni e più viene chiesto se praticano uno o più sport con continuità o saltuariamente (attività sportiva) e se gli capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come passeggiare di almeno due chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno. Si tratta

quindi di informazioni soggettive riportate direttamente dagli intervistati.

Benchmark. Si dovrebbe praticare attività fisica di moderata intensità in modo regolare, almeno 3-4 volte la settimana, e ridurre contemporaneamente il tempo dedicato ad attività sedentarie.

Descrizione dei risultati

Dai dati raccolti nell'indagine Multiscopo, emerge che la regione Campania presenta la maggior percentuale di persone che praticano sport in modo continua-

Tabella 1 - Tasso standardizzato di persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica per frequenza e regione - Anno 2002

Regioni	Sport in modo continuativo %	Sport in modo saltuario %	Qualche attività fisica %	Nessuno sport %	Non indicato %
Piemonte	18,5	9,6	28,1	40,8	3,0
Valle d'Aosta	18,9	9,7	28,1	40,2	3,1
Lombardia	19,2	9,8	27,9	39,9	3,2
Bolzano-Bozen	20,1	9,8	27,4	38,6	4,1
Trento	19,5	9,7	27,7	39,7	3,4
Veneto	19,2	9,8	27,9	39,8	3,3
Friuli-Venezia Giulia	18,4	9,6	28,2	41,1	2,7
Liguria	17,6	9,3	28,2	42,3	2,6
Emilia-Romagna	18,2	9,5	28,1	41,3	4,0
Toscana	17,1	9,5	24,9	41,3	7,2
Umbria	18,2	9,4	28,1	41,4	2,9
Marche	18,5	9,5	27,9	41,0	3,1
Lazio	19,3	9,8	27,8	39,7	3,4
Abruzzo	18,9	9,5	27,8	40,5	3,3
Molise	18,7	9,4	27,6	40,5	3,8
Campania	20,5	9,9	25,4	38,1	6,1
Puglia	20,1	9,8	29,8	38,8	1,5
Basilicata	19,4	9,6	27,6	39,7	3,7
Calabria	19,7	9,7	27,4	39,2	4,0
Sicilia	19,9	9,7	27,3	38,9	4,2
Sardegna	19,6	9,9	27,8	39,2	3,5
Italia	19,2	9,7	27,8	39,8	3,5

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2002.

tivo (20,5%) o in modo saltuario (9,9%). In Puglia il 29,8% della popolazione pratica comunque qualche attività fisica. Il 39,8% della popolazione italiana dichiara di non praticare alcun tipo di attività fisica. Lo stesso fenomeno, nei dati del Ministero, presenta un trend in aumento nel periodo 1997-2001, passando da 35,55 a 40,3%.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sulla base dei modelli anglosassoni si è stabilito che già regolari periodi di moderata attività fisica sono in grado di garantire un miglioramento psicofisico della persona, e comunque l'esercizio praticato non deve necessariamente essere di elevata intensità. Nell'ambito del PSN 2003-2005, il Progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" sottolinea il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare nei confronti di numerose patologie e della sua capacità di controllare il peso corporeo, ridurre l'ipertensione arteriosa ed aumentare il benessere psicofisico. Oltre

a livello individuale, sarebbe importante orientare le politiche sanitarie alla promozione di specifici progetti finalizzati all'incoraggiamento dell'attività fisica, attraverso opportune variazioni nelle sedi lavorative, scolastiche, nei trasporti pubblici.

In questo senso, già fra gli obiettivi per il triennio nel PSN, il Ministero della Salute, d'intesa con le regioni, intende avviare un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutari, la prevenzione, che comprenda campagne su temi di promozione della salute.

Tabella 2 - Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che praticano attività fisica regolare o che non praticano alcuna attività fisica per ripartizione geografica - Anni 1997 e 2001

Ripartizioni geografiche	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica	
	1997	2001	1997	2001
Italia Nord-Occidentale	37,6	36,6	29,4	32,9
Italia Nord-Orientale	42,5	41,0	24,9	29,7
Italia Centrale	33,0	34,1	37,8	39,8
Italia Meridionale	29,4	26,8	42,5	51,0
Italia Insulare	27,8	28,2	46,8	52,0
Italia	34,4	33,6	35,5	40,3

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2002.

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che praticano sport in modo saltuario per regione. Anno 2002



Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2002



Sovrappeso e obesità

Significato. L'obesità può essere definita una vera e propria patologia cronico-degenerativa, che nei Paesi industrializzati rappresenta la seconda causa di morte prevenibile e la prima causa di morte per almeno 300 mila morti all'anno. Dalle indagini di prevalenza condotte dai CDC americani emerge un aumento allarmante (dal 15 al 27% nel periodo 1980-1999, fino al 31% nel 2000) ed un fenomeno analogo è stato registrato anche in Europa. In Italia, nell'ultimo decennio la prevalenza è aumentata del 50%, con un maggiore

interessamento dei soggetti in età pediatrica ed appartenenti alle classi socioeconomiche più basse. L'obesità rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per patologie metaboliche, a carico del sistema cardiovascolare, osteoarticolare, tumorale e respiratorio. E', inoltre, responsabile di un pesante fardello economico per la Sanità Pubblica: i costi diretti sono stimati in circa 23 miliardi di Euro, ripartiti tra assistenza sanitaria personale, assistenza ospedaliera, servizi medici e farmaci specifici per patologie correlate.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

Numeratore $\frac{\text{Persone con BMI 25-30 e >30 di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di 18 anni e oltre}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. Il Body Mass Index (BMI) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale e viene definito come il rapporto tra il peso ed il quadrato dell'altezza. Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole per conoscere la diffusione dell'obesità nella popolazione.

Benchmark. Secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, una persona si definisce "obesa" se il suo indice di massa corporea è >30; in "sovrappeso" per valori compresi tra 25 e 30 Kg/m².

Descrizione dei risultati

Dai dati raccolti nell'indagine Multiscopo, risulta che Abruzzo e Molise sono le regioni a maggior percentuale di obesi (rispettivamente 10,9 e 10,8%). Nella distribuzione geografica si evidenzia un lieve gradiente Nord-Sud, anche se i valori regionali non si discostano molto dalla media nazionale (8,5%), ad eccezione della P. A. di Bolzano (5,8). Analizzando la stratificazione per fasce d'età, si osserva che la prevalenza aumenta a partire dai 45 fino a 74 anni, sia negli uomini (14,3%) sia nelle donne (16,0%) (tab. 2). In particolare si può notare un maggior coinvolgimento degli uomini rispetto alle donne nella fascia d'età compresa tra i 35 ed i 74 anni mentre le donne sono più interessate degli uomini nelle fasce di età superiore ai 54 anni.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevalenza dell'obesità è un indicatore plurivalente correlato alla familiarità, lo stile di vita (alimentazione, attività fisica e lavorativa), lo status socio-economico ed il grado di istruzione. Si tratta, infatti, di una patologia complessa, ad eziologia multifattoriale, il cui approccio terapeutico deve essere multidimen-

Tabella 1 - Prevalenza di persone in sovrappeso e obese di 18 anni e oltre per regione - Anno 2002

Regioni	Persone in sovrappeso%	Persone obese %
Piemonte	28,9	8,1
Valle d'Aosta	32,0	8,4
Lombardia	31,2	7,2
Bolzano-Bozen	26,6	5,8
Trento	27,8	7,1
Veneto	33,9	8,6
Friuli-Venezia Giulia	32,1	8,1
Liguria	33,6	7,6
Emilia-Romagna	33,2	8,7
Toscana	30,8	8,3
Umbria	36,9	7,9
Marche	32,0	7,3
Lazio	33,8	8,2
Abruzzo	36,3	10,9
Molise	34,8	10,8
Campania	37,2	9,3
Puglia	36,3	9,6
Basilicata	35,0	9,6
Calabria	37,6	8,4
Sicilia	36,8	9,9
Sardegna	30,8	8,8
Italia	33,5	8,5

Tabella 2 - Prevalenza di persone obese di 18 anni e oltre per sesso e classi di età - Anno 2002

Classi di età	Maschi	Femmine
18-24	1,6	1,5
25-34	3,9	2,3
35-44	8,1	4,0
45-54	12,1	10,5
55-64	12,9	13,7
65-74	14,3	16,0
75 e più	8,3	11,0
Totale	8,7	8,3

Fonte dei dati ed anno di riferimento.: Istat- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"- Anno 2002.

Prevalenza di persone in sovrappeso per regione. Anno 2002



Prevalenza di persone obese per regione. Anno 2002



sionale, con la collaborazione tra internisti, nutrizionisti, psichiatri e psicologi. Nonostante la presenza di strutture capillarmente diffuse sul territorio nazionale, come i centri antidiabete e le unità aziendali di nutrizione clinica, il PSN 2003-05 segnala la necessità di una rete coordinata di servizi, in grado di dare una risposta multidisciplinare ad una problema, per cui la domanda si distribuisce ancora casualmente fra reparti ed ambulatori e la risposta continua ad essere parziale. Il paziente obeso, non avendo a disposizione un luogo specifico a cui rivolgersi, si affida ad un singolo specialista, che in molti casi affronta il problema in maniera settoriale, anche per la mancanza di linee guida diagnostiche e terapeutiche.

Parallelamente è importante l'attivazione di programmi di prevenzione primaria: il Servizio Sanitario Nazionale deve fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione, che consentano di promuovere una corretta alimentazione, affiancata ad un'adeguata attività fisica. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 ribadisce la necessità di interventi per la prevenzione cardiovascolare, nell'ambito della quale si consiglia uno screening sistematico da parte del medico di famiglia, con l'utilizzo del calcolo del BMI e della circonferenza addominale, sulle donne in età fertile. Questo approccio, infatti, agevola la prevenzione del diabete di tipo II per la stessa donna ed eventualmente lo sviluppo di diabete nel nuovo nato.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. Per la scarsa possibilità di controllare le fonti d'infezione e le vie di trasmissione, l'influenza rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica. La presenza di serbatoi animali non ci permette di perseguire l'eliminazione o eradicazione della malattia, ma solo di attuare un programma di contenimento: la vaccinazione dei soggetti a rischio è lo strumento più importante in termini di costo-efficacia e di costo-beneficio. Le categorie di soggetti per le quali la vac-

cinazione è raccomandata sono rappresentate dagli ultrasessantacinquenni, dagli operatori sanitari e dalle persone di tutte le età con patologie di base che aumentino il rischio di complicazioni.

Il Ministero della Salute, con la Circolare n° 13 del 6 giugno 1995, invita le regioni ad includere la vaccinazione antinfluenzale nei rispettivi Piani Sanitari Regionali.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

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

Numero di persone vaccinate
Popolazione media residente

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta della vaccinazione.

Tuttavia i dati non includono le dosi somministrate in strutture differenti da quelle del Servizio Sanitario Nazionale.

Benchmark. Il PSN 1998-2000 ha indicato la soglia del 75% per la copertura vaccinale nella popolazione di età > 65 anni.

Descrizione dei risultati

Le singole regioni hanno provveduto a fornire al Ministero della Salute i tassi di copertura vaccinale per la stagione 2003 – 2004 stratificati per fasce d'età. Si evidenzia un alto tasso di copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni in Molise (73,7%), Friuli-Venezia Giulia (72,4%) e Campania (72,3%). Nessuna delle regioni ha raggiunto l'obiettivo del 75% e la media nazionale è del 63,4%.

Molise e Liguria presentano i tassi più elevati nella

Tabella 1 - Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale per classi di età e regione - Stagione 2003-2004

Regioni	<5anni	5-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	>= 65 anni	Totale
Piemonte	2,2	1,8	2,5	5,3	55,7	15,5
Valle D'Aosta	1,5	1,2	3,9	4,5	55,3	13,9
Lombardia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	60,9	14,7
Bolzano-Bozen	1,9	1,2	1,4	4,4	51,1	10,9
Trento	2,2	1,6	0,9	0,2	57,8	n.p.
Veneto	0,4	0,4	6,3	6,3	70,9	17,4
Friuli-Venezia Giulia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	72,4	23,6
Liguria	4,1	3,1	3,0	9,3	62,5	22,0
Emilia-Romagna	4,4	3,9	3,8	9,1	70,3	21,8
Toscana	6,2	5,0	6,0	7,4	61,5	19,4
Umbria	2,7	1,8	1,6	7,1	62,2	18,6
Marche	3,6	3,1	4,6	7,2	67,1	19,6
Lazio	1,9	2,0	1,9	8,1	69,5	17,9
Abruzzo	6,0	4,4	3,2	6,5	67,9	18,7
Molise	7,7	6,1	7,4	9,8	73,7	22,7
Campania	7,4	5,4	4,7	8,9	72,3	17,0
Puglia	7,7	6,1	3,6	7,4	68,4	16,7
Basilicata	1,2	1,7	2,3	8,4	69,9	18,3
Calabria	3,2	2,9	2,8	6,3	55,1	13,8
Sicilia	4,3	3,8	4,2	8,0	63,8	16,4
Sardegna	6,6	4,0	2,9	6,2	43,9	11,8
Italia	4,0	3,1	3,5	6,9	63,4	17,5

n.p.= la regione non ha fornito indicazioni sul numero dei vaccinati.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive, sui dati forniti dalle regioni e Province Autonome. Dati aggiornati al 29/12/2004.

Tabella 2 - Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni e oltre per regione - Anni 1999-2004

Regioni	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7
Valle D'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9
Bolzano-Bozen	n. d.	43,3	38,8	46,8	51,1
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8
Veneto	47,3	60,7	63,5	n. d.	70,9
Friuli-Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7
Campania	38,1	62,3	n. d.	75,6	72,3
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9
Calabria	23,6	29,7	n. d.	43,9	55,1
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive, sui dati forniti dalle Regioni e Province Autonome. Dati aggiornati al 29/12/2004.

fascia di età 25-64 anni (rispettivamente 9,8 e 9,3%). Peraltro il Molise presenta valori più elevati anche nelle altre tre fasce di età (7,4% da 15 a 24 anni; 6,1% da 5 a 14 anni; 7,7% nei bambini di età inferiore a 5anni).

Raccomandazioni di Osservasalute

Fino al PSN 1998-2000, che definiva l'obiettivo del 75% di copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni, il livello di copertura era inferiore al 25% negli anziani ed al 4% nella popolazione generale. Più recentemente la situazione è migliorata e nella campagna vaccinale 2002-2003, il tasso di copertura è stato del 60,7% e 15,2% negli anziani e nella popolazione generale, rispettivamente. In considerazione del fatto che il target del 75% nella popolazione anziana non è stato ancora raggiunto, il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07 richiama l'attenzione sulla necessità di nuove strategie da mettere in atto in accordo con i Medici di Medicina Generale e tramite la comunicazione di massa. Parimenti, per i soggetti di età inferiore, comunque a rischio di complicanze, l'offerta deve essere implementata: dai dati raccolti con l'indagine ICONA 2003 dell'Istituto Superiore di Sanità, emerge che soltanto l'8% di bambini a rischio sia stato vaccinato. A tal riguardo, la Circ.Min. n.1 del 2/08/2004 raccomanda che ogni ASL costituisca un registro di soggetti a rischio, da invitare attivamente ogni anno e che metta in pratica ogni strategia ritenuta utile al reclutamento dei soggetti, per i quali la vaccinazione è raccomandata.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni e oltre per regione. Anno 2003-2004



Mortalità per cirrosi e relazione con la vaccinazione anti-epatite

Significato. La cirrosi epatica è un processo che rappresenta la tappa terminale e comune di danni epatici di diversa origine. Le forme virali (virus B, C, Delta) ed alcoliche, costituiscono da sole, o in associazione tra di loro, più del 90% di tutte le forme di cirrosi. La cirrosi costituisce, da un lato, la più importante malattia cronica del fegato e, d'altro lato, rappresenta la prima tra le patologie organiche alcool-correlate; è una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero e, spesso, condiziona negativamente la vita di relazione. La sopravvivenza per cirrosi epatica mostra un rischio

di morte uniformemente distribuito in un intervallo di oltre 10 anni, con meno del 30% di sopravvissuti. Negli ultimi anni, comunque, è segnalata una diminuzione della mortalità per tale patologia, correlata alla riduzione d'incidenza delle epatiti virali che, per quanto riguarda la forma da virus B, è legata all'introduzione, a partire dal 1991, dell'obbligo della vaccinazione per i nuovi nati ed i dodicenni, che ha determinato un calo dell'infezione soprattutto nella fascia 0-24 anni ed, inoltre, una riduzione della circolazione del virus.

Tasso di mortalità per cirrosi epatica

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi per cirrosi epatica}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati sono basati sulla certificazione di morte, la mortalità stessa non è indicatore in grado di fornire informazioni esaustive sull'impatto sociale della malattia nella popolazione. L'utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera ed i dati dell'Associazione Italiana Studio Fegato permettono di fornire un quadro più completo dell'importanza di tale patologia.

Valori di riferimento. Non esistono riferimenti internazionali; si possono considerare, quali valori a cui

tendere, le medie delle regioni italiane con la più bassa mortalità, in particolare per gli uomini Lazio, Toscana ed Emilia Romagna con media di 1,49/10.000 e per le donne Marche, Umbria e Valle d'Aosta con media di 0,64/10.000.

Descrizione dei risultati

La mortalità per cirrosi ha avuto un picco negli anni '80, dopo di che è andata progressivamente riducendosi; la diminuzione è avvenuta in maniera pressoché

Tabella 2 - Tasso standardizzato di mortalità per cirrosi e altre malattie croniche fegato e per regione (tasso per 100.000 abitanti) - *Maschi* - Anni 1990-2001

Regioni	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Piemonte	3,63	3,25	3,17	3,17	2,97	2,88	2,46	2,37	2,27	2,04	2,08	2,09
Valle d'Aosta	5,06	3,14	5,11	5,82	4,34	4,42	2,85	2,81	3,59	3,06	3,35	2,75
Lombardia	4,42	4,09	3,72	3,76	3,54	3,10	2,84	2,62	2,48	2,24	2,09	2,13
Trentino-Alto Adige	4,36	4,05	4,15	3,64	3,81	3,12	3,54	3,15	3,42	2,70	2,77	3,25
Veneto	3,93	4,01	3,48	3,39	3,46	2,98	2,55	2,48	2,43	2,34	2,21	2,22
Friuli-Venezia Giulia	5,06	4,68	3,95	4,16	3,42	4,01	3,62	3,26	2,83	2,67	2,94	2,61
Liguria	3,59	2,88	2,82	3,00	3,01	2,58	2,40	2,15	2,07	1,97	1,99	2,15
Emilia-Romagna	2,68	2,72	2,38	2,22	2,11	2,09	1,83	1,90	1,53	1,55	1,62	1,66
Toscana	2,53	2,46	2,38	2,20	2,22	1,81	1,89	1,73	1,41	1,51	1,61	1,61
Umbria	3,71	3,12	2,80	2,91	2,69	2,27	1,93	1,76	2,14	1,79	1,60	1,83
Marche	2,58	2,25	2,39	2,15	2,05	1,92	1,70	1,54	1,39	1,38	1,58	1,21
Lazio	3,31	3,37	3,44	3,03	2,95	2,57	2,34	2,39	2,15	2,04	2,05	2,22
Abruzzo	3,93	4,03	4,15	3,69	3,46	3,56	2,93	2,43	2,78	2,38	2,18	2,23
Molise	4,44	4,78	4,89	4,47	4,18	3,93	3,65	4,40	3,03	3,56	2,64	3,30
Campania	6,19	6,45	6,28	6,20	6,05	4,97	4,87	4,69	4,38	4,26	4,11	3,85
Puglia	5,21	5,08	4,43	4,92	4,66	3,94	4,03	3,76	3,83	3,27	3,04	2,84
Basilicata	4,86	3,95	4,94	4,38	5,03	5,31	4,00	4,19	3,78	2,68	3,06	3,38
Calabria	4,42	4,32	4,75	4,13	4,53	3,85	3,66	3,62	3,51	2,75	3,14	2,63
Sicilia	3,87	3,87	3,93	4,01	3,89	3,34	3,08	3,00	2,77	2,64	2,60	2,47
Sardegna	4,39	4,28	3,59	4,14	4,34	3,48	3,33	3,21	3,33	3,28	3,05	3,19
Italia	3,98	3,85	3,66	3,61	3,51	3,10	2,86	2,74	2,58	2,40	2,36	2,34

Nota: La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All. Italia. Popolazione di riferimento censimento del 1991.

Tabella 1 - Tasso standardizzato di mortalità per cirrosi e altre malattie croniche fegato e per regione (tasso per 100.000 abitanti) - **Femmine** - Anni 1990-2001

Regioni	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Piemonte	1,40	1,38	1,38	1,24	1,17	1,25	1,19	1,09	1,04	1,08	1,01	1,00
Valle d'Aosta	1,35	2,51	1,20	0,72	2,49	1,67	1,99	0,72	1,37	1,02	0,82	0,70
Lombardia	1,66	1,55	1,44	1,50	1,52	1,37	1,27	1,22	1,09	1,12	1,01	1,04
Trentino-Alto Adige	1,36	1,45	1,31	1,32	1,26	0,95	1,16	1,50	1,00	0,95	0,90	0,90
Veneto	1,67	1,57	1,43	1,62	1,58	1,31	1,22	1,30	1,12	1,08	1,04	1,14
Friuli-Venezia Giulia	1,90	2,12	1,66	1,78	1,60	1,66	1,58	1,55	1,21	1,13	1,14	1,12
Liguria	1,47	1,14	1,32	1,19	1,42	1,22	0,96	1,01	1,08	0,96	0,94	0,95
Emilia-Romagna	1,21	1,13	1,13	1,14	1,16	0,98	1,08	1,03	0,98	0,93	0,84	0,81
Toscana	1,04	1,20	1,20	1,09	1,16	0,97	0,96	0,98	0,92	0,79	0,83	0,73
Umbria	1,19	1,13	1,53	1,02	1,04	1,39	0,97	0,82	1,10	0,93	0,74	0,64
Marche	0,85	0,86	0,70	0,76	0,66	0,73	0,57	0,63	0,81	0,67	0,47	0,58
Lazio	1,55	1,58	1,45	1,43	1,32	1,18	1,20	1,09	0,98	0,89	0,97	0,88
Abruzzo	1,64	1,60	1,38	1,36	1,42	1,39	1,38	1,12	0,81	0,94	1,20	0,82
Molise	1,14	1,33	1,40	1,88	1,45	1,33	1,27	1,11	1,00	1,19	1,39	0,87
Campania	4,31	4,07	3,54	3,94	3,75	3,15	3,09	2,77	2,94	2,84	2,57	2,54
Puglia	2,38	2,45	2,34	2,32	2,19	1,95	2,07	1,94	1,91	1,71	1,66	1,62
Basilicata	2,35	2,06	1,92	2,21	2,31	1,76	1,58	2,22	1,38	1,74	1,23	1,39
Calabria	1,73	1,95	1,73	1,99	1,84	1,60	1,56	1,47	1,48	1,35	1,40	1,22
Sicilia	2,19	1,97	2,20	2,16	2,17	1,99	1,67	1,69	1,55	1,41	1,54	1,42
Sardegna	1,79	1,60	1,68	1,76	1,37	1,38	1,41	1,47	1,28	1,46	1,43	1,23
Italia	1,78	1,73	1,65	1,69	1,65	1,48	1,41	1,36	1,29	1,23	1,19	1,15

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All Italia.

omogenea in tutte le aree italiane. E' in aumento, invece, la mortalità per epatocarcinoma, che ogni anno, assieme ad alcune complicazioni della cirrosi, porta a morte il 2.3% dei cirrotici.

La Campania è la regione con il più alto tasso di mortalità per cirrosi in entrambi i sessi; a seguire, per gli uomini, risultano la Basilicata, il Trentino e la Sardegna; per le donne (sempre dopo la Campania) la Puglia, la Sicilia e la Basilicata.

I risultati, invece, che si ottengono dalla standardizzazione dei tassi di ricovero regionali per cirrosi rispettano l'andamento epidemiologico della malattia: nei paesi anglosassoni la forma più comune è quella da alcool, mentre nel nostro Paese ancora prevale l'eziologia virale. Il dato disaggregato per macro-aree indica che nel nord Italia, e soprattutto nelle regioni di nord-est, vi è comunque una maggiore proporzione di cirrosi alcoliche, mentre al sud ed al centro prevalgono tuttora le forme da virus.

Le zone con più frequenti ospedalizzazioni per le forme alcoliche sono Valle d'Aosta, la provincia autonoma di Trento, il Veneto ed il Friuli-Venezia Giulia. Le aree più interessate dai ricoveri per cirrosi non alcoliche sono la Puglia e la Campania.

Raccomandazioni Osservasalute

È necessario porre attenzione verso il ruolo primario dell'alcool nella genesi delle malattie croniche del fegato, sia nella pratica clinica, essendo il monitoraggio ed il controllo dell'uso di alcool in grado di consentire un miglioramento della qualità e della durata di vita dei malati di fegato, sia nella ricerca scientifica, essendo ancora molti i punti da chiarire, sia nelle

scelte di Sanità Pubblica.

Per quanto attiene le forme di derivazione virale è necessario implementare sempre di più le misure di prevenzione atte a ridurre l'incidenza delle epatiti virali. Per le epatiti da virus B, va ribadita la necessità di vaccinare i conviventi dei soggetti HBsAg positivi, tutti gli operatori sanitari, le categorie a rischio di trasmissione parenterale. Deve essere garantita, infine, la tempestiva vaccinazione a tutti i nati da madri HBsAg positive.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per cirrosi non alcolica per regione. Anno 2003



Tasso standardizzato di ospedalizzazione per cirrosi alcolica per regione. Anno 2003



Tabella 3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per cirrosi alcolica e non alcolica per regione (tasso per 10.000 abitanti e IC al 95%) - Anno 2003

Regioni	Cirrosi non alcolica		Cirrosi alcolica	
	Tasso	I.C. 95%	Tasso	I.C. 95%
Piemonte	0,61	0,60-0,63	1,03	0,99-1,07
Valle d'Aosta	0,36	0,29-0,45	4,09	3,63-4,59
Lombardia	1,06	1,05-1,08	1,37	1,34-1,40
Bolzano-Bozen	0,25	0,22-0,29	1,65	1,49-1,82
Trento	0,51	0,46-0,56	2,27	2,10-2,46
Trentino-Alto Adige	-	-	-	-
Veneto	0,70	0,68-0,72	1,91	1,85-1,96
Friuli-enezia Giulia	0,67	0,64-0,71	1,89	1,82-2,00
Liguria	0,74	0,71-0,77	1,03	0,97-1,09
Emilia Romagna	1,02	1,00-1,04	0,97	0,93-1,01
Toscana	0,72	0,70-0,74	0,72	0,69-0,76
Umbria	0,55	0,51-0,58	0,60	0,53-0,67
Marche	0,37	0,35-0,39	0,80	0,74-0,86
Lazio	0,84	0,83-0,86	0,70	0,67-0,74
Abruzzo	1,03	0,99-1,07	1,24	1,16-1,32
Molise	0,98	0,91-1,07	1,37	1,21-1,55
Campania	1,87	1,84-1,90	0,44	0,41-0,46
Puglia	2,67	2,61-2,72	0,53	0,80-0,57
Basilicata	0,88	0,82-0,94	0,87	0,77-0,97
Calabria	1,11	1,08-1,15	0,94	0,88-1,00
Sicilia	1,37	1,34-1,39	0,41	0,38-0,43
Sardegna	1,21	1,17-1,25	1,14	1,07-1,21

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Schede di Dimissioni Ospedaliere. Anno 2005.

Il fumo

Significato. La lotta al tabagismo rappresenta uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie; la prevalenza di fumatori permette di misurare il fenomeno e programmare interventi finalizzati al suo contenimento nella popolazione. In questo contesto si inserisce la legge n. 3 del 16 gennaio 2003, entrata in vigore il 10 gennaio 2005: la normativa prevede il divieto di fumo nei locali al chiuso accessibili ad uten-

ti o al pubblico, compresi i luoghi di lavoro e i locali ricreativi, ad eccezione degli spazi riservati ai fumatori, purchè dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria. Sebbene la legge rappresenti una misura atta a tutelare i non fumatori dal fumo passivo, il confronto tra prima e dopo la sua applicazione permette di valutarne l'impatto sulla popolazione di fumatori.

Prevalenza di persone di 14 anni e oltre per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 14 anni e oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni e oltre}} \times 100$$

Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Fumatori di 14 anni e oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni e oltre}} \times 100$$

Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre che hanno tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Fumatori di 14 anni e oltre che dichiarano di aver tentato di smettere nei dodici mesi precedenti l'intervista}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Le informazioni sono state raccolte dall'Istat mediante interviste dirette, nell'ambito del sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie. In particolare sono stati analizzati i risultati dell'Indagine sulle condizioni di salute della popolazione e il ricorso ai servizi sanitari condotta nel 2004-2005. In tale Indagine il campione complessivo comprende circa 60.000 famiglie. Tuttavia l'Indagine viene condotta trimestralmente intervistando in ogni trimestre circa 15.000 famiglie. Per analizzare gli effetti dell'introduzione della legge 3/2003 sono stati confrontati i dati dei due trimestri di rilevazione (dicembre 2004 e marzo 2005). Le differenze delle stime possono non risultare significative, in considerazione del fatto che la numerosità campionaria teorica per ciascun trimestre è relativa a 15.000 famiglie, distribuite su tutto il territorio nazionale. Sono state pertanto commentate soltanto quelle differenze risultate statisticamente significative.

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

Descrizione dei risultati

I dati mostrano che l'abitudine al fumo riguarda circa il 25% della popolazione italiana, la prevalenza dei non fumatori e degli ex-fumatori è di circa il 53% ed il 21,3% rispettivamente (tabella 1).

Nel confronto di dati raccolti nell'ambito dell'Indagine Istat Multiscopo nei due trimestri di rilevazione (dicembre 2004 e marzo 2005), ossia immediatamente prima e tre mesi dopo l'applicazione della legge 3/2003 (art. 51), si osserva un decremento significativo della percentuale di fumatrici (dal 17,4% al 15,8%), in particolare nell'Italia Nord-Occidentale (dal 19,9% al 16,1%) (tabella 2) e un aumento significativo di coloro che hanno tentato di smettere di fumare nell'Italia meridionale (tabella 3).

Tabella 1 - Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero medio di sigarette al giorno per regione (Intervalli di confidenza al 95%) - Anno 2003

Regioni	Fumatori %	Ex Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	Numero medio sigarette al giorno
Piemonte	24,1(22,8-25,4)	22,8(21,5-24,1)*	51,1(49,6-52,6)	96,7(96,2-97,2)	13,6
Valle d'Aosta	21(13,7-28,3)	23,3(15,7-30,9)	52,4(43,4-61,4)	97,9(95,3-100,5)	13,5
Lombardia	25,1(24,2-26)	21,4(22,2-26)*	51,2(50,2-52,2)*	97,1(96,8-97,4)	13,4
Trentino-Alto Adige	23,8(21,1-26,5)	21,5(18,9-24,1)	51,5(48,3-54,7)	98,6(97,8-99,4)*	12,9
Bolzano-Bozen	25,6(21,6-29,6)	23(19,2-26,8)	49,7(45,1-54,3)	98,6(97,5-99,7)*	12,5
Trento	22,2(18,5-25,9)	20,1(16,5-23,7)	53,2(48,7-57,7)	98,6(97,5-99,7)*	13,4
Veneto	21,8(20,6-23)	23,3(22,1-24,5)*	53,3(51,8-54,8)	97,6(97,2-98)	11,5
Friuli-Venezia Giulia	21,5(19,2-23,8)	23,7(21,3-26,1)	50,6(47,7-53,5)	97,3(96,4-98,2)	14,2
Liguria	22,6(20,6-24,6)	23(20,1-20,9)	53,1(50,7-55,5)	92,7(91,4-93,8)*	14,4
Emilia-Romagna	25,8(24,4-27,2)	24,7(23,4-26)*	48,6(47-50,2)*	96,8(96,3-97,3)	13,1
Toscana	23,3(21,9-24,7)	23,4(22-24,8)*	51,5(49,8-53,2)*	95,8(95,1-96,5)*	13,9
Umbria	21,9(19,1-24,7)	22,3(19,5-25,1)	51,2(47,8-54,6)	97,5(96,4-98,6)	13,9
Marche	23,1(20,9-25,3)	22,8(20,7-24,9)	51,6(49-54,2)	98,1(97,4-98,8)*	13,1
Lazio	27,3(26,1-28,5)	20,8(19,7-21,9)	48,1(46,8-49,4)*	97(96,5-97,5)	14,8
Abruzzo	25,8(20,5-25,1)	21(18,8-23,2)	54,1(51,4-56,8)	97,8(98,0-98,6)*	14,2
Molise	20,9(16,5-25,3)	19,7(15,4-24)	57,3(51,9-60,7)	97,3(95,5-99,1)	13,1
Campania	26,2(25,1-27,3)	17,8(16,8-18,8)*	54(47,7-55,3)	98,9(98,6-99,2)*	15,3
Puglia	20,9(19,7-22,1)*	16,3(15,2-17,4)*	61,6(60-63,1)*	95,6(95-96,2)*	14,0
Basilicata	21,9(18,6-25,2)	20,1(16,9-23,3)	56,3(52,3-60,3)	97,5(96,2-98,7)	13,6
Calabria	19,2(17,5-20,9)*	18,1(16,4-19,8)*	60,8(57,9-62,1)*	97,3(96,6-98)	14,8
Sicilia	23,1(21,9-24,3)	17,9(16,8-19)*	58,6(56,4-59,2)*	97,1(96,8-97,4)	15,6
Sardegna	21(13,7-28,3)	21,5(18,9-24,1)	57,8(57,3-60,1)*	97,9(97,5-98,3)*	15,5
Italia	25(22,9-27,1)	21,3(20,7-21,3)	53(52,6-53,4)	97,1(97,0-97,2)	14,0

*Valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie Stili di vita e condizioni di salute. Anno 2005.

Tabella 2 - Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre per ripartizione geografica, sesso e trimestre di rilevazione - Dicembre 2004, Marzo 2005

Ripartizioni geografiche	Dicembre 2004			Marzo 2005		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
Nord-Occidentale	28,7	19,9*	24,1	27,8	16,1*	21,7
Nord-Orientale	25,9	16,8	21,2	26,0	17,8	21,8
Centrale	30,8	20,0	25,2	29,5	17,9	23,4
Meridionale	29,4	13,2	21,0	29,5	12,8	20,9
Insulare	28,8	16,9	22,6	27,9	14,4	20,8
Italia	28,7	17,4*	22,9	28,2	15,8*	21,8

* Valori significativamente differenti nelle due rilevazioni (dicembre 2004 e marzo 2005).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Gennaio 2006.

Tabella 3 - Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre che hanno tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista per ripartizione geografica, sesso e trimestre di rilevazione - Dicembre 2004, Marzo 2005

Ripartizioni geografiche	Dicembre 2004			Marzo 2005		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
Nord-Occidentale	23,9	23,6	23,7	23,1	21,2	22,4
Nord-Orientale	23,4	17,9	21,2	27,6	24,0	26,1
Centrale	21,1	19,3	20,4	21,5	22,2	21,8
Meridionale	16,9	16,8	16,9*	21,9	21,3	21,7*
Insulare	22,0	22,3	22,1	21,9	27,0	23,7
Italia	21,3	20,2	20,9	23,2	22,6	23,0

* Valori significativamente differenti nelle due rilevazioni (dicembre 2004 e marzo 2005).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Gennaio 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i dati 2006 confermino il progressivo decremento negli ultimi decenni dei dati di prevalenza di fumatori e la contrazione del consumo di tabacco osservata nell'ultimo triennio, il fumo è un'abitudine ancora molto diffusa: se da una parte il numero dei fumatori che smette è ancora troppo basso o riferito a soggetti adulti che già presentino manifestazioni cliniche correlate al tabagismo, dall'altra, sempre rilevante risulta purtroppo essere il coinvolgimento della popolazione più giovane.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 sottolinea la necessità sia di interventi mirati di educazione alla salute, rivolte ai ragazzi di età scolare per pre-

venire l'iniziazione al fumo, sia dell'impegno coordinato dei MMG e dei Centri Antifumo operanti sul territorio per favorire la disassuefazione, soprattutto delle donne in età fertile o in gravidanza.

Anche le iniziative finalizzate alla tutela dei non fumatori possono avere effetti positivi su coloro che fumano: l'applicazione dei divieti di fumo può ridurre il consumo di tabacco e rafforzare le motivazioni di coloro che stanno tentando di smettere. A questo riguardo, il PSN promuove, quali interventi di supporto e monitoraggio della legge 3/2003, campagne di informazione/educazione, anche sui luoghi di lavoro, rivolte ai fumatori per l'adozione di comportamenti non nocivi.

Sovrappeso e obesità

Significato. L'epidemia di obesità sta rapidamente diffondendosi: nel mondo circa 300 milioni di individui sono obesi, il tasso di incidenza è in continuo ed allarmante aumento e si stima che nel 2010 circa 150 milioni di adulti saranno affetti da questo problema. Inoltre è stata osservata una sempre maggiore diffusione del problema tra la popolazione infantile e le classi socio-economiche più basse, i cui regimi alimentari sono spesso carenti e sbilanciati.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari e il diabete) ed è responsabile del 2-8% dei costi

globali per la sanità.

Per questo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente predisposto una *Strategia Globale su Dieta, Attività fisica e Salute*, che coinvolge tutti gli Stati membri che l'hanno approvata nel corso della 57a Assemblea mondiale della salute (Ginevra, maggio 2004); vengono raccomandati ai governi e alle organizzazioni sanitarie internazionali interventi mirati a favorire il consumo di prodotti adeguati ad una corretta alimentazione e a promuovere l'attività fisica giornaliera. L'OMS segnala la necessità di tradurre queste indicazioni in veri e propri piani operativi nazionali e locali.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

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

Numeratore: Persone di 18 anni e oltre con IMC 25-30 e > 30
 Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni e oltre

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) o Indice di Quetelet è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso ed il quadrato dell'altezza. Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta. I dati, raccolti nell'ambito dell'indagine campionaria Multiscopo, sono stati ottenuti mediante intervista diretta o autocompilazione. Pertanto le informazioni raccolte sono autoriferite.

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

Descrizione dei risultati

Soltanto poco più della metà della popolazione è in normopeso: il 42,6% è in eccesso ponderale (tabella 1). Nel confronto temporale tra il 2002 e il 2003, il dato relativo all'obesità presenta un aumento, da 8,5% a 9% (vedi Rapporto Osservasalute 2005 pagg. 260-270). Il Molise, l'Emilia-Romagna, la Basilicata e la Puglia registrano i valori più elevati, ma nella distribuzione geografica un gradiente Nord-Sud si apprezza soprattutto per quanto riguarda coloro che sono in sovrappeso (circa il 38% di Sicilia, Campania, Puglia, Calabria e Abruzzo). I dati stratificati per sesso ed età (mostrano una distribuzione progressiva all'aumentare dell'età, con un maggiore interessamento della fascia 45-74 anni, e significativamente differente negli uomini e nelle donne nella classe d'età 25-44 anni, con maggior coinvolgimento degli uomini (tabella 2).

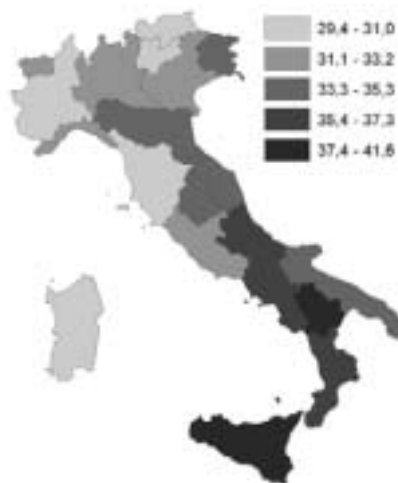
Tabella 1 - Prevalenza di persone di 18 anni e oltre in sovrappeso ed obese per regione (Intervalli di confidenza al 95%) - Anno 2003

Regioni	Persone in sovrappeso %	Persone obese %
Piemonte	29,4(27,9-30,8) *	7,6(6,7-8,5)*
Valle d' Aosta	32,7(23,5-41,9)	9,0(3,4-14,6)
Lombardia	31,1(30,0-32,1)*	8,0(7,4-8,6)*
Bolzano-Bozen	30,8(26,1-30,5)*	8,2(5,4-11,0)
Trento	31,0(26,4-35,6)	6,5(4,0-8,9)
Veneto	33,2(31,7-34,7)	9,0(8,0-9,9)
Friuli-Venezia Giulia	34,5(31,6-37,4)	9,3(7,5-11,1)
Liguria	31,2(28,8-33,6)	7,8(6,6-9,2)
Emilia-Romagna	33,5(31,9-35)	10,3(9,3-11,3)
Toscana	31,0(29,3-32,7)*	9,4(8,4-10,4)
Umbria	35,0(31,5-38,5)	9,6(7,4-11,8)
Marche	35,3(32,6-37,8)	9,0(7,4-10,6)
Lazio	33,1(31,7-34,5)	8,2(7,4-9,0)
Abruzzo	37,1(34,2-40,0)*	9,7(7,4-11,5)
Molise	36,3(30,6-42,0)	13,2(9,2-17,2)
Campania	37,1(35,7-38,9)*	9,8(8,9-10,7)
Puglia	34,8(33,1-36,4)	10,0(9,0-11,0)
Basilicata	41,6(37,2-46,0)*	10,2(7,5-12,9)
Calabria	37,3(34,9-39,7)*	9,7(8,2-11,1)
Sicilia	38,8(37,2-40,4)*	9,6(8,6-10,6)
Sardegna	29,6(27,2-32)*	7,8(6,4-9,2)
Italia	33,6(33,2-34,0)	9,0(8,7-9,3)

*valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Prevalenza di persone in soprappeso per regione. Anno 2003



Prevalenza di persone obese per regione. Anno 2003

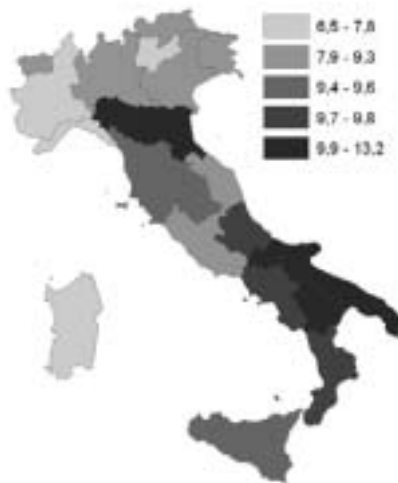


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 18 anni e oltre obese per sesso e classi di età (Intervalli di confidenza al 95%) - Anno 2003

Classi di età	Maschi %	Femmine %
18-24	1,7(1,2-2,2)	0,9(0,5-1,2)
25-34	4,4(3,8-5)*	2,2(1,8-2,6)*
35-44	7,8(7-8,6)*	5,1(4,5-5,7)*
45-54	12,4(11,3-13,5)	11,0(10-12)
55-64	13,6(12,4-14,8)	15,0(13,8-16,2)
65-74	15,2(13,8-16,6)	16,1(14,8-17,4)
75 e più	10,5(9-12)	11,2(10-12,4)
Totale	9,3(8,9-9,7)	8,7(8,3-9,1)

*valori significativamente differenti tra maschi e femmine.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, approvato dall'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome il 23 marzo 2005, individua tra le azioni prioritarie da intraprendere la lotta all'obesità. Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) ha il compito di indicare le linee operative e di coordinare le regioni, a loro volta chiamate a disegnare il loro piano di azione e a proporre interventi diretti di tipo comportamentale e sociale. Nello specifico, fra quelli ritenuti di particolare utilità sono indicati la disponibilità di scelte dietetiche nelle mense, la maggior accessibilità a prodotti salutari, l'etichettatura degli alimenti volta a suggerire comportamenti nutrizionali corretti e lo sviluppo di campagne promozionali rivolte alla popolazione. Questi programmi, inquadrabili nella prevenzione primaria e secondaria, richiedono la collaborazione di strutture e professionalità differenti (operatori di sanità pubblica, nutrizionisti, esperti di comunicazione, etc...); per la loro finalizzazione è pertanto necessario il coordinamento di un nucleo tecnico locale: questo ruolo potrebbe essere svolto dai Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) delle Aziende Sanitarie Locali. La rete integrata di SIAN dovrebbe avere una collocazione centrale nel progetto, in modo da rappresentare il luogo di pianificazione e verifica delle strategie intraprese.

Eccesso di peso nella popolazione in età infantile e adolescenziale

Significato. L'obesità in età infantile e adolescenziale rappresenta una realtà preoccupante; il problema è più diffuso negli USA, tuttavia il trend in ascesa è sempre più marcato anche nei paesi europei: secondo uno studio dell'*International Obesity Task Force* (Lobstein T, Baur L and Uauy R for the IASO International Obesity Task Force *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. *Obes rev* 2004 May; 5 (suppl 1): 4-85), circa il 4% di tutti i bambini in Europa è affetto da obesità e tale percentuale è destinata ad aumentare. È ormai evidenza diffusa che

l'obesità in età pediatrica rappresenti un fattore predittivo di obesità in età adulta: il rischio relativo per un bambino obeso di diventare un adulto obeso aumenta con l'età ed è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale. Inoltre l'obesità è associata a una serie di complicanze (diabete mellito, ipertensione, dislipidemia) e a manifestazioni a carico dell'apparato respiratorio, articolare, digerente e di carattere psicologico, per la scarsa accettazione di sé e del proprio corpo.

Prevalenza di bambini ed adolescenti con eccesso di peso

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

Numeratore: Persone di età compresa tra i 6 e i 17 anni obesi o in sovrappeso
 Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età compresa tra i 6 e i 17 anni

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000* ha coinvolto 52.332 famiglie per un totale di oltre 140 mila soggetti. I dati antropometrici sul peso ed altezza sono stati raccolti su un campione di circa 17,5 migliaia di bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 17 anni, rappresentativi di oltre 7 milioni di individui appartenenti a tale fascia d'età. Uno studio specifico (Sekine, 2002) ed uno interno Istat hanno verificato l'attendibilità delle informazioni raccolte dai genitori. La definizione di obesità/sovrappeso in età evolutiva è più complessa rispetto a quella dell'adulto: l'Indice di Massa Corporea (IMC), basata su peso corporeo ed altezza, rimane il sistema più diffuso per stimare l'eccesso ponderale negli adolescenti, tuttavia risulta problematica l'identificazione di valori soglia sulla popolazione pediatrica, che permettano il confronto di dati raccolti in studi diversi.

In questa Indagine, l'obesità nel bambino è stata misurata facendo riferimento alla metodologia utilizzata da Cole per calcolare, per genere e semestre di vita, a quale valore dell'IMC corrispondano i percentili calcolati ottenendo i valori soglia. Viene applicato il metodo lms: parte dalla costruzione di tre curve specifiche per età, lambda (l), mu (m) e sigma (s). Le curve m e s corrispondono alla mediana ed al coefficiente di variazione dell'indice di massa corporea per singolo semestre d'età, mentre la curva s tiene conto dell'asimmetria, misurata mediante l'indice di *skewness*, nella distribuzione per singolo semestre d'età dell'IMC. L'assunzione sottostante al metodo lms è che dopo la trasformazione box-cox, l'IMC si distribuisca secondo una curva normale e che quindi si possa valutare con esattezza il percentile della distribuzione dell'IMC corrispondente negli adulti ai valori soglia 25 e 30 (Box GEP, Cox DR *An analysis of transformations* *Journal of the Royal Statistical Society* 1064; 26/2). La popolazione di riferimento per il calcolo

dei cut-off deriva da dati raccolti in studi trasversali condotti in Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti d'America (Cole Tim J, Mary C Bellizzi, Katherine M Flegal, William H Dietz, *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. *British Medical Journal*; 320:1-6, 2000). Sono stati utilizzati dati provenienti da paesi diversi, per tener conto delle differenze nella struttura corporea e nella distribuzione della statura e del peso che sussistono tra diverse popolazioni.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di bambini ed adolescenti obesi o in sovrappeso può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Il sovrappeso e l'obesità riguardano circa il 24% dei bambini ed adolescenti italiani. Nella distribuzione geografica si nota un gradiente Nord-Sud, con un maggior coinvolgimento delle regioni meridionali: in Campania è stato registrato il valore più elevato (36%), al quale seguono il Molise (27,5%), la Calabria (27,2%) e l'Abruzzo (27,0%). Meno accentuato è invece il fenomeno in Valle d'Aosta (14,3%), Trentino-Alto Adige (16,1%) e Sardegna (16,6%), unica regione del Sud a presentare un valore che si allinea a quelle del Nord (tabella 1). I dati disaggregati per classi triennali d'età evidenziano che il problema interessa soprattutto i soggetti più giovani tra 6 e 9 anni (circa il 34%), notevolmente meno gli adolescenti (14-17 anni), la cui prevalenza è stimata essere del 17,3% negli uomini e del 10,5% nelle donne; si rilevano inoltre importanti differenze di genere in età pre-adolescenziale ed adolescenziale con valori significativamente più elevati nel sesso maschile (grafico 1).

Tabella 1 - Prevalenza di bambini e adolescenti obesi o in sovrappeso per regione - Anni 1999-2000

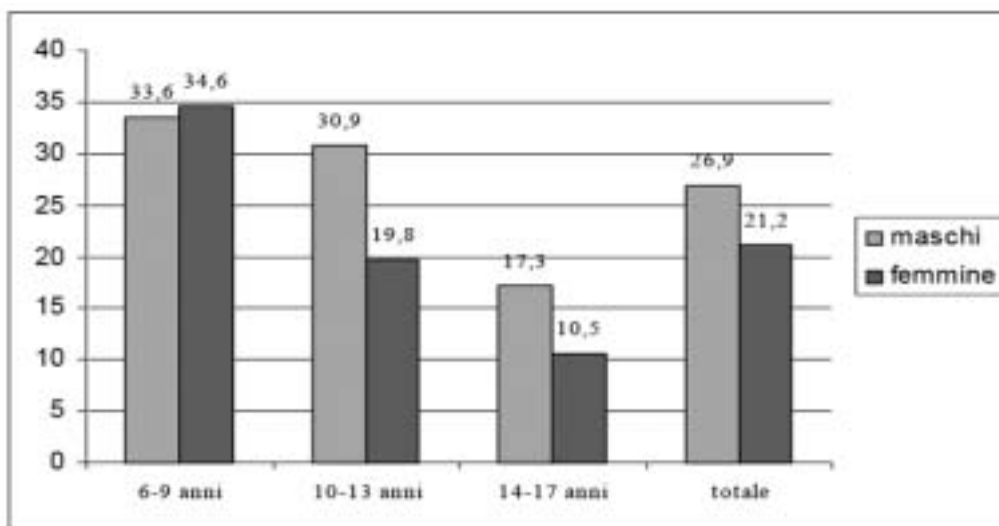
Regioni	Bambini e adolescenti obesi o in sovrappeso %
Piemonte	17,1
Valle d'Aosta	14,3
Lombardia	18,5
Trentino-Alto Adige	16,1
Veneto	21,4
Friuli-Venezia Giulia	20,1
Liguria	17,0
Emilia-Romagna	22,7
Toscana	17,0
Umbria	24,1
Marche	25,8
Lazio	24,7
Abruzzo	27,0
Molise	27,5
Campania	36,0
Puglia	26,0
Basilicata	24,5
Calabria	27,2
Sicilia	26,8
Sardegna	16,6
Italia	24,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000". Istat. Anno 2002.

Percentuale di bambini e adolescenti obesi o in sovrappeso per regione. Anni 1999-2000



Grafico 1 - Persone di età compresa tra 6 e 17 anni in sovrappeso o obesi per classe di età e sesso (per 100 persone aventi le stesse caratteristiche) - Anni 1999-2000



Fonte dei dati e anno di riferimento: Gargiulo L., Granicolo E., Brescianini S. - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" - Istat. Anno 2002.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevenzione dell'obesità in età infantile è un obiettivo di salute che deve essere perseguito attraverso una strategia generale, nella quale si inseriscano interventi preventivi e terapeutici mirati. Proprio la genesi multifattoriale dell'obesità legata alla familiarità (genetica o da variabili ambientali), alle abitudini di vita (scarsa attività fisica, scorretto regime alimenta-

re) o ad alterazioni ormonali, suggerisce un approccio multidisciplinare, che interessi le diverse figure professionali (operatori di sanità pubblica, pediatri, nutrizionisti, psicologi, esperti di attività fisica, esperti di comunicazione...) e che non si rivolga esclusivamente al bambino, ma che preveda il coinvolgimento della scuola e della famiglia.

Tuttavia, a livello nazionale attualmente non è opera-

tivo alcun progetto di sanità pubblica. Per questa ragione il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) ha predisposto un programma di prevenzione dell'obesità, che prevede la creazione di una partnership sia istituzionale con le regioni, sia professionale con associazioni professionali e sindacali interessate. Questa attività di cooperazione è finalizzata al perseguimento di linee di intervento generali, alcune delle quali sono indirizzate, ad

esempio, alla promozione dell'allattamento al seno (i bambini allattati con latte artificiale hanno maggiore probabilità di diventare obesi), ad interventi nelle mense scolastiche, alla promozione della pratica dell'attività fisico-sportiva dentro e fuori la scuola, alla verifica dei messaggi promozionali dei prodotti alimentari, con particolare attenzione a quelli rivolti ai bambini.

L'attività fisica

Significato. Numerosi sono i benefici apportati alla salute dall'attività fisica moderata e regolare: si stima che svolga un ruolo protettivo nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari, metaboliche, osteo-articolari e che aiuti a prevenire l'ipertensione e il cancro.

Nonostante siano sempre più numerose le evidenze scientifiche che testimoniano l'effetto benefico del-

l'esercizio fisico sulla salute, la prevalenza di sedentari sta progressivamente aumentando; peraltro l'inattività, insieme ad un regime alimentare scorretto sono alla base dell'attuale progressiva diffusione di obesità. È pertanto necessario lo sviluppo di una strategia che, attraverso la pianificazione di interventi di dimostrata efficacia, incoraggi l'adozione di sani comportamenti in tema di nutrizione e di attività motoria.

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica

Numeratore	Persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre	x 100

Validità e limiti. L'Indagine campionaria Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2003) coinvolge circa 21.000 famiglie, per un totale di oltre 54.000 individui, e i dati sono raccolti per intervista diretta. Vengono raccolte informazioni sulla pratica di attività sportiva (continua o saltuaria), di qualche attività fisica, come passeggiate di almeno due chilometri, nuoto, bicicletta o altro almeno qualche volta all'anno, in soggetti di almeno 3 anni di età. Si tratta pertanto di informazioni soggettive, riportate

direttamente dagli intervistati.

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

Descrizione dei risultati

Secondo l'ultima Indagine Multiscopo dell'Istat, il 58,4% della popolazione pratica attività fisico-sportiva, tuttavia soltanto il 20,8% lo fa in maniera regola-

Tabella 1 - Persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica per regione (Intervalli di confidenza al 95%) - Anno 2003

Regioni	Sport in modo continuativo %	Sport in modo saltuario %	Qualche attività fisica %	Nessuno sport %	Non indicato %
Piemonte	22,5(21,2-23,8)*	12,2(11,2-13,2)*	30,4(29-31,8)*	34,1(32,7-35,5)*	0,7 (0,4-1,0)
Valle d'Aosta	25,1(17,2-33)	11,8(5,9-17,7)	28,0(19,8-36,9)	34,5(25,8-43,2)	0,6(0,8-2,0) *
Lombardia	26,1(25,2-27)*	11,8(11,1-12,6)*	30,7(29,7-31,7)*	30,7(29,7-31,7) *	0,7(0,5-0,9)
Trentino-Alto Adige	25,9(23-28,8)*	21,1(18,4-23,8)*	33,2(30,0-36,3)*	19,4(16,8-22,0) *	0,4(-0,001-0,8)
Bolzano-Bozen	31,8(27,5-36,1)*	23,8(19,8-27,8)*	23,2(19,3-27,1)	20,5(16,7-24,3) *	0,7(-0,5-1,5)
Trento	20,2(16,5-23,9)	18,4(14,8-22,0)*	43,0(38,5-47,5)*	18,3(14,8-21,8) *	0,1(-0,2-0,4) *
Veneto	26,6(25,3-27,9)*	11,0(10,1-11,9)	34,0(32,6-35,4)*	27,7(26,4-29,0) *	0,7(0,5-0,9)
Friuli-Venezia Giulia	21,7(19,3-24,1)	13,0(11,1-14,9)*	37,2(34,4-40,0)*	27,4(24,8-30,0) *	0,8(0,3-1,3)
Liguria	18,5(16,6-20,4)*	9,4(8,0-10,8)	31,5(29,2-33,8)*	39,6(37,2-42)	0,9(0,4-1,4)
Emilia-Romagna	23,6(22,3-24,9)*	12,2(11,2-13,2)*	30,9(29,4-32,4)*	33,1(31,6-34,6) *	0,2(0,1-0,3) *
Toscana	22,6(21,2-24)*	9,8(8,8-10,8)	30,4(28,9-31,9)*	37,0(35,4-38,6) *	0,2(0,1-0,3) *
Umbria	20,9(18,1-23,7)	9,8(7,8-11,8)	29,6(26,5-32,7)	38,9(35,6-42,2)	0,7(0,1-1,3)
Marche	20,4(18,3-22,5)	11,4(9,8-13,0)	27,5(25,2-29,8)	40,2(37,7-42,7)	0,5(0,1-0,9)
Lazio	20,6(19,5-21,7)	9,8(9,0-10,6)	22,1(21-23,2)*	46,8(45,4-48,2) *	0,7(0,5-0,9)
Abruzzo	18,0(15,9-20,1)*	11,3(9,5-13,1)	26,7(24,2-29,2)	43,5(40,7-46,3)	0,5(0,1-0,9)
Molise	13,9(10,1-12,2)*	8,6(5,5-11,7)	26,6(21,7-31,5)	50,4(44,9-55,9) *	0,5(0,3-1,3)
Campania	16,0(15,0-17,0)*	6,9(6,2-7,6)*	20,9(19,8-22)*	55,4(54,1-56,7) *	0,7(0,5-0,9)
Puglia	16,9(15,7-18,1)*	8,2(7,3-9,1)*	24,8(23,5-26,1)*	49,2(47,6-50,8) *	0,8(0,5-1,1)
Basilicata	17,3(14,2-20,4)*	6,8(4,8-8,8)*	28,3(24,6-32)	47,0(43,0-51,0) *	0,6(0,02-1,2)
Calabria	14,2(12,7-15,7)*	10,3(9,0-11,6)	21,1(19,3-22,9)*	53,8(51,9-56,0) *	0,6(0,3-0,9)
Sicilia	14,0(13,0-15,0)*	7,2(6,5-7,9)*	19,9(18,8-21)*	58,38(56,9-60,0) *	0,6(0,4-0,8)
Sardegna	19,6(17,7-21,5)	7,5(6,2-8,8)*	30,1(27,9-32,3)*	42,0(39,6-44,4)	0,9(0,4-1,4)
Italia	20,8(20,5-21,1)	10,2(9,9-10,5)	27,4(27,0-27,8)	41,0(40,6-41,4)	0,6(0,5-0,7)

*valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2003



re (tabella 1). Dal punto di vista territoriale, risultano più attivi gli abitanti del Nord rispetto a quelli del Sud, dove la sedentarietà è un fenomeno che riguarda più della metà della popolazione di Sicilia, Campania, Calabria e Molise. La Liguria è la regione, fra quelle settentrionali, con la più alta percentuale di coloro che non praticano alcun tipo di attività motoria (39,6%). Hanno dichiarato di praticare sport con continuità soprattutto nella PA di Bolzano (31,8%), in Veneto (26,6%) e in Lombardia (26,1%). Lo sport svolto in modo continuo interessa particolarmente i giovani della classe d'età 11-14 anni (55,2%), mentre saltuariamente viene praticato soprattutto fra i 18-19 anni (18,2%).

Tabella 2 - Persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica per classi di età (Intervalli di confidenza al 95%) - Anno 2003

Classi di età	Sport in modo continuativo %	Sport in modo saltuario %	Qualche attività fisica %	Nessuno sport %	Non indicato %
3-5	15,8(14,0-17,5)	4,9(3,9-5,9)	22,6(20,6-24,6)	49,9(47,5-52,3)	6,8(5,6-8,0)
6-10	49,8(47,9-51,7)	9,6(8,5-10,7)	14,9(13,6-16,2)	24,3(22,7-25,9)	1,3(0,9-1,7)
11-14	55,2(53,2-57,2)	13,0(11,6-14,4)	14,7(13,3-16,1)	16,6(15,1-18,1)	0,6(0,3-0,9)
15-17	47,5(45,3-49,7)	15,2(13,6-16,8)	16,0(14,3-17,7)	21,0(19,2-22,8)	0,4(0,1-0,7)
18-19	35,3(32,6-38,0)	18,2(16-20,3)	21,2(18,9-23,5)	24,7(22,3-27,1)	0,6(0,2-1,0)
20-24	33,5(31,9-35,1)	17,6(16,3-18,9)	19,3(17,9-20,7)	29,0(27,4-30,6)	0,6(0,3-0,9)
25-34	26,4(25,5-27,3)	16,3(15,5-17,1)	25,1(24,2-26)	31,7(30,7-32,7)	0,6(0,4-0,8)
35-44	19,8(19-20,6)	12,3(11,6-13)	29,6(28,7-30,5)	37,9(36,9-38,9)	0,3(0,2-0,4)
45-54	13,3(12,5-14,1)	9,9(9,2-10,6)	32,9(31,8-34)	43,4(42,3-44,5)	0,4(0,3-0,5)
55-59	11,2(10,2-12,2)	6,3(5,5-7,1)	35,9(34,3-37,5)	46,5(44,9-48,1)	0,1(-0,002-0,2)
60-64	9,6(8,6-10,6)	5,6(4,8-6,4)	37,5(35,-839,2)	47,1(45,4-48,8)	0,2(0,04-0,4)
65-74	5,9(5,3-6,5)	3,1(2,7-3,5)	36,1(34,9-37,3)	54,8(53,5-56,1)	0,2(0,1-0,3)
75 è più	2,5(2,0-3,0)	1,3(1,0-1,6)	21,1(19,9-22,3)	74,8(73,5-76,1)	0,3(0,1-0,5)
Totale	20,8(20,5-21,1)	10,2(9,9-10,5)	27,4(27-27,8)	41,0(40,6-41,4)	0,6(0,5-0,7)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat-Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, il Progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" sottolinea il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare nei confronti di numerose patologie e della sua capacità di ridurre il peso e migliorare il benessere psico-fisico. Su queste indicazioni, molte regioni hanno avviato campagne su temi di promozione della salute, comprendenti interventi di sensibilizzazione ed azioni dirette su popolazioni target, come ad esempio l'organizzazione del percorso casa-scuola-casa a piedi, per incoraggiare all'attività fisica gli alunni delle scuole, o l'affissione di cartelli in punti strategici per spingere all'utilizzo delle scale. Anche il Centro

Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), che sta coordinando la strategia contro l'obesità, ha interesse a pianificare ed attuare programmi integrati per contrastare gli stili di vita sedentari. Per la loro realizzazione, è previsto il sostegno di interventi da sviluppare a livello regionale e locale, individuati fra quelli raccomandati dall'Unione Europea o dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali, l'organizzazione di manifestazioni e tornei per supportare le pratiche sportive o l'accesso facilitato alle strutture sportive scolastiche/comunali per incoraggiare anche la popolazione infantile.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e tra i principali determinanti di disabilità, mortalità e morbilità nella popolazione generale. L'alcol è responsabile di costi sociali e sanitari pari al 3-5% del Prodotto Interno Lordo (Organizzazione Mondiale della Sanità) e di problemi alcolcorrelati che possono estendersi dal consumatore ai terzi, coinvolgendo l'ambito familiare ed il contesto sociale allargato. L'alcol è il fattore prevalente nella rilevazione di episodi di violenza, di abusi, di maltrattamenti, di criminalità, di perdita di opportunità sociali, invalidità, incidentalità domestica, sul lavoro e sulla strada. Risulta essenziale quindi, nell'ottica di una programmazione sanitaria e sociale, comprensiva della rilevazione e del monitoraggio del fattore di rischio alcol nella popolazione, individuare il numero dei consumatori di bevande alcoliche (ossia degli esposti al potenziale fattore di rischio alcol) e degli individui che consumano quantità di alcol considerate a maggior rischio per la salute. L'unico studio di dimensioni nazionali che dal 1998 consente un'analisi di queste entità è rappresentato dalle serie storiche annuali dell'Indagine Multiscopo Istat relative a "Aspetti della vita quotidiana" effettuata mediante la compilazione di questionari specifici da circa 60-70.000 individui residenti in circa 800 comuni. A seguito delle definizioni adottate dalle Linee Guida per una sana alimentazione, che fanno proprie le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia, sono da considerare consumatori a maggior rischio tutti gli individui di sesso femmi-

nile che eccedono i consumi giornalieri di 1-2 Unità Alcoliche (UA) pari a 20 grammi di alcol e tutti gli uomini che consumano più di 2-3 UA al giorno (40 grammi di alcol). Il sistema di rilevazione dell'Istat relativo all'alcol è stato modificato nel 2003 ma i dati relativi a tale anno ancora non sono disponibili. Per esigenze di comparazione con le precedenti elaborazioni prodotte per il Rapporto Osservasalute 2005 (pagg. 264-266) si farà pertanto riferimento, anche per il 2003, alle categorie standard di consumo rilevate dall'Indagine Istat. Tali categorie, che non identificano in maniera omogenea quantità precise di alcol, si prestano alla determinazione delle quantità stimate di alcol consumato attraverso una attribuzione di una quantità di alcol media di riferimento (12 grammi = 1 UA, pari a 125 cc di vino a 12°, a 330 cc di birra a 4,5°, a 40 cc di liquore a 40°) a ciascuna delle quantità identificate in bicchieri o misure di capacità (volume). In particolare è possibile stimare le quantità di alcol assunte giornalmente dagli individui e stratificare la popolazione a maggior rischio identificata dagli individui che non si attengono alle Linee Guida per una sana alimentazione. Poiché sia l'intake alcolico medio giornaliero che la prevalenza dei consumatori risultano principalmente legate alla bevanda vino e che quindi l'indicatore complessivo (alcol consumato) è risultato prevalentemente rappresentativo del consumo e dei consumatori di vino, si è ritenuto opportuno accompagnare l'indicatore relativo alla prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio con quello relativo ai consumatori di vino a maggior rischio.

Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche

Numeratore	Persone di 11 anni e oltre che dichiarano di consumare almeno una bevanda alcolica	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 11 anni e oltre	x 100

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio - Maschi

Numeratore	Maschi di 11 anni e oltre che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno o oltre un litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11 anni e oltre	x 100

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio - Femmine

Numeratore	Femmine di 11 anni e oltre che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno o oltre mezzo litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11 anni e oltre	x 100

Prevalenza di consumatori di vino a maggior rischio - Maschi

Numeratore	Maschi di 11 anni e oltre che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11 anni e oltre	$\times 100$

Prevalenza di consumatori di vino a maggior rischio - Femmine

Numeratore	Femmine di 11 anni e oltre che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11 anni e oltre	$\times 100$

Validità e limiti. Le modalità di rilevazione dell'Istat, fino al 2003, permettono di identificare lo status di consumatore o non consumatore delle singole bevande alcoliche oggetto di Indagine (vino, birra, superalcolici, amari, aperitivi alcolici) o dei consumatori fuori pasto; sebbene il nuovo standard adottato consenta di identificare i consumatori di alcol (e gli astemi) tale informazione non è stata ancora pubblicata. L'Indagine campionaria Istat relativa all'anno 2003 è stata quindi rielaborata secondo i criteri stabiliti dall'Osservatorio Nazionale Alcol e dal Centro dell'OMS per la Ricerca e la promozione della salute sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) al fine di identificare la frequenza di astemi e consumatori in Italia. Da un punto di vista metodologico sono stati considerati come astemi tutti i soggetti che all'Indagine Istat hanno dichiarato di non consumare alcuna delle bevande alcoliche inserite nel questionario di rilevazione (vino, birra, superalcolici, amari e aperitivi alcolici) o alcol fuori pasto. Per converso, sono stati considerati consumatori tutti coloro che hanno dichiarato di bere almeno una delle bevande alcoliche considerate o che hanno omesso la risposta ai quesiti. La scelta adottata dal gruppo di lavoro dell'ISS di considerare come consumatori anche coloro che non hanno fornito una risposta ai quesiti è dettata dalla considerazione che per gli astemi non era equivocabile la modalità di risposta da parte dell'intervistato, essendo presente la possibilità di risposta "non consumo" per ogni tipologia di bevanda alcolica o "mai" nel caso di consumo di alcolici fuori pasto. È stato quindi supposto che coloro che non hanno fornito delle risposte ai quesiti in questione, sebbene consumatori di bevande alcoliche, non ritenessero di appartenere a nessuna delle tipologie di consumo ipotizzate nello standard di rilevazione dell'Indagine Multiscopo. Si è scelto inoltre di adottare una ripartizione per classi di età rappresentativa dei principali target di popolazione ai quali destinare eventuali iniziative preventive, opportunamente differenziate in funzione delle caratteristiche e dei modelli culturali del consumo alcolico. Le classi d'età identificate sono state le seguenti: 1) preadolescenti (11-13 anni); 2) adolescenti (14-16 anni); 3) giovani (17-24 anni); 4) giovani adulti (25-44 anni); 5) adulti (45-64 anni); 6)

giovani anziani (65-74 anni); 7) anziani (75+ anni). Nelle elaborazioni riguardanti il livello regionale, i dati relativi alle regioni Piemonte e Valle d'Aosta sono stati forniti dall'Istat in forma aggregata. Nel 2003 è stato intervistato un campione di individui di età superiore a 11 anni. Il consumo di alcol è rilevato attraverso domande rivolte alla identificazione della quantità/frequenza di consumo negli ultimi 12 mesi delle principali bevande alcoliche: vino o birra (oltre 1 litro al giorno; da ½ litro a 1 litro al giorno; 1-2 bicchieri al giorno; più raramente; solo stagionalmente; non ne consumo); aperitivi alcolici, amari o superalcolici (più di 2 bicchierini al giorno; 1-2 bicchierini al giorno; qualche bicchierino a settimana; più raramente; eccezionalmente; non ne consumo); consumo di vino o alcolici fuori pasto (tutti i giorni; qualche volta alla settimana; più raramente; mai). La necessità di proporre quesiti facilmente misurabili dall'intervistato ha reso necessario una conversione delle diverse modalità di risposta che rappresenta ovviamente una stima con tutti i limiti inerenti. Va inoltre precisato che essendo prevista l'autocompilazione del questionario, si può incorrere in diversi fattori di distorsione dovuti alla soggettività del metodo quali problemi di memoria, tendenza a non dichiarare consumi elevati, timore di giudizio degli altri membri della famiglia.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori ottimali di riferimento indicati dall'OMS e acquisiti dai Piani Sanitari Nazionali e dalle Linee Guida per una sana alimentazione, indicano in 20 grammi di alcol al giorno (1-2 UA) per il sesso femminile e in 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA) per il sesso maschile le dosi da non superare per non incorrere in un maggior rischio per la salute. È tuttavia necessario ricordare che nel caso di individui molto giovani, anziani, o donne in stato di gravidanza questi limiti dovrebbero essere prossimi allo zero.

Descrizione dei risultati

La prevalenza dei consumatori di alcol in Italia di età superiore a 11 anni nell'anno 2003 risulta essere pari a 71,8% (84,7% per gli uomini e 59,8% per le donne) (tabella 1). Per entrambi i sessi si registrano valori

inferiori alla media nazionale in cinque regioni dell'Italia meridionale e insulare (Calabria, Puglia, Campania, Sicilia e Sardegna). Inoltre le differenze di genere sono molto evidenti: gli uomini di età superiore a 15 anni e oltre presentano un consumo in punti percentuali tra il 14 (Friuli-Venezia Giulia) e il 35 (Molise) in più rispetto alle donne. Questa differenza si nota soprattutto nelle regioni del Sud, dove il massimo varia tra 28 e 35 punti percentuali (Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna). Mentre nel Centro-Nord la differenza varia tra i 24 e i 27 punti percentuali (Lazio, Abruzzo e Lombardia).

Tabella 1 - Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche di 11 anni e oltre per sesso e regione (tassi per 100 persone) - Anno 2003

Regioni	Maschi %	Femmine %
Piemonte e Valle d'Aosta	84,4	62,0
Lombardia	87,0	60,6
Trentino-Alto Adige	86,8	68,5
Veneto	88,2	67,0
Friuli-Venezia Giulia	86,6	71,0
Liguria	86,2	64,7
Emilia-Romagna	86,2	66,6
Toscana	86,2	64,1
Umbria	84,0	62,6
Marche	88,5	68,0
Lazio	84,5	60,2
Abruzzo	85,9	58,7
Molise	87,2	52,1
Campania	80,8	51,0
Puglia	84,6	55,1
Basilicata	86,5	54,1
Calabria	84,3	56,9
Sicilia	77,9	49,4
Sardegna	83,2	53,9
Italia	84,7	59,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Le prevalenze di consumatori a maggior rischio, cioè di coloro che non si attengono alle indicazioni delle Linee Guida per una sana alimentazione (www.inran.it), sono mostrate a livello regionale nella tabella 2. A livello nazionale l'8,2% degli uomini e il 16% delle donne eccede le quantità considerate a minor rischio e rappresentano la proporzione di individui che sono esposti ad una maggiore probabilità di insorgenza di patologie o problematiche alcol correlate. Nel dettaglio (tabella 2) risultano essere 10 le regioni per gli uomini e 9 per le donne in cui si registrano prevalenze al di sopra della media nazionale. Il vino è la bevanda che contribuisce maggiormente all'intake alcolico quotidiano e al superamento dei

limiti identificati come a maggior rischio per la salute; ciò appare più significativo (tabella 2) per le donne per le quali si registra una sovrapposizione delle prevalenze per vino e alcol in ben 8 regioni (tra gli uomini ciò si verifica solo in Umbria). Le prevalenze di individui a rischio risultano mediamente doppie nel sesso femminile verosimilmente in funzione del limite più basso posto dalle Linee Guida per una sana alimentazione e della percezione del concetto di moderazione da parte delle donne, che non mostrano adeguati livelli di consapevolezza e di informazione sulla maggiore vulnerabilità fisiologica di genere all'alcol.

Riguardo la distribuzione dei consumatori a maggior rischio di alcol per i differenti target di popolazione (tabella 3) si registra che la prevalenza aumenta con l'età raggiungendo valori massimi, sia per gli uomini che per le donne, nella classe dei giovani anziani (65-74 anni), per poi ricominciare a decrescere nell'età avanzata. Particolare attenzione si deve porre tra i ragazzi al di sotto dell'età legale, per i quali la normativa vigente vieta la somministrazione ma non la vendita di bevande alcoliche. Per queste classi di età, la prevalenza degli individui considerati a maggior rischio risulta essere bassa, sia per i ragazzi che per le ragazze, ma occorre tener presente che le Linee Guida indicano che per queste fasce di età il consumo dovrebbe essere pari a zero. In altre parole tutti i giovani che dichiarano di consumare in qualsiasi misura bevande alcoliche dovrebbero essere considerati comunque a rischio alcolcorrelato.

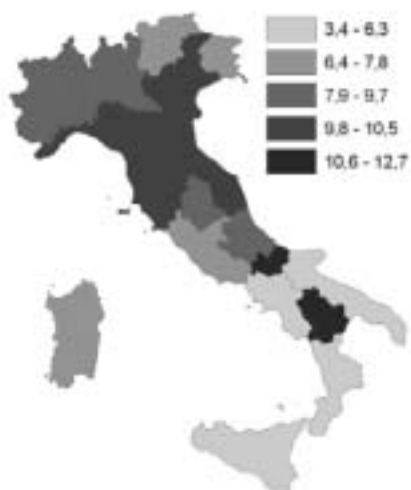
Complessivamente l'analisi effettuata attraverso tutti gli indicatori proposti non presenta variazioni di rilievo rispetto a quella degli anni precedenti, fatta eccezione per quelle sopra citate, confermando una relativa stabilità sanitaria e sociale dell'impatto alcolcorrelato in Italia. L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato per l'anno 2003 che i consumatori di bevande alcoliche in Italia sono circa pari a 36 milioni, 21.000.000 uomini e 15.000.000 donne. Una consistente fascia di popolazione risulta essere a rischio di consumi eccedenti i limiti massimi indicati in 1-2 Unità Alcolica per le donne e 2-3 per gli uomini; per il 2003 si stimano circa 6.300.000 individui, prevalentemente di sesso femminile (4.250.000) che superano i limiti massimi stabiliti dalle Linee Guida per una sana alimentazione. Per tali individui il rischio collegato al bere problematico è superiore rispetto ai bevitori moderati o astemi. Fatta eccezione per la quota di alcolodipendenti (stimata in Italia pari a circa 1 milione di individui) i consumatori a maggior rischio sono suscettibili di interventi efficaci di prevenzione basati sul *counseling* e sull'intervento breve da parte del medico di medicina generale.

Tabella 2 - Prevalenza di consumatori a maggior rischio di vino e di alcol di 11 anni e oltre per sesso e regione - Anno 2003

Regioni	Maschi		Femmine	
	Vino %	Alcol %	Vino %	Alcol %
Piemonte e Valle d Aosta*	9,4	9,7	17,8	17,8
Lombardia	8,7	9,3	16,5	16,7
Trentino-Alto Adige	7,2	7,5	13,9	14,3
Veneto	9,9	10,0	18,7	18,7
Friuli-Venezia Giulia	7,2	7,3	20,1	20,4
Liguria	9,9	10,5	20,4	20,6
Emilia-Romagna	10,4	10,5	22,1	22,6
Toscana	10,1	10,5	23,5	23,5
Umbria	7,9	7,9	17,9	17,9
Marche	10,2	10,4	23,5	23,8
Lazio	7,3	7,8	13,4	13,6
Abruzzo	8,4	8,7	14,8	15,0
Molise	12,0	12,7	15,4	15,4
Campania	5,8	5,9	10,1	10,1
Puglia	5,7	6,3	15,8	15,8
Basilicata	12,0	12,1	14,6	14,6
Calabria	5,3	5,9	9,6	10,0
Sicilia	3,1	3,4	8,6	8,9
Sardegna	5,8	6,4	11,3	11,4
Italia	7,8	8,2	15,9	16,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol di 11 anni e oltre per regione. Maschi. Anno 2003



Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol di 11 anni e oltre per regione. Femmine. Anno 2003



Tabella 3 - Prevalenza di consumatori di alcol e di bevitori a maggiore rischio per sesso e classi di età - Anno 2003

Classi di età	Maschi		Femmine	
	Consumatori (%)	Bevitori (%) a maggior rischio	Consumatori (%)	Bevitori (%) a maggior rischio
11-13 preadolescenti	21,4		21,1	0,3
14-16 adolescenti	45,8	0,1	35,4	1,1
17-24 giovani	82,7	2,2	61,0	2,9
25-44 giovani adulti	90,3	5,4	65,7	11,4
45-64 adulti	91,2	13,3	64,5	23,3
65-74 giovani anziani	87,2	13,9	57,6	25,9
75+ anziani	84,1	10,8	49,4	21,7
Italia	84,7	8,2	59,8	16,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le stime prodotte sono alla base dell'attivazione di iniziative di comunicazione e di promozione della salute volte ad incrementare i livelli di consapevolezza sui rischi che l'uso e l'abuso di alcol comportano per la salute e la sicurezza. L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol attua, a partire dal 2005, le campagne del Ministero della Salute e diffonde le evidenze, le iniziative e le strategie che possono contribuire a promuovere stili di consumo sani (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdNews.jsp?id=811>). Altre evidenze e report estesi sull'andamento epidemiologico delle condizioni legate all'uso e all'abuso dell'alcol sono reperibili su Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp>) e in particolare alla sezione "Alcohol Prevention day 2006" ([\[vention_day.asp\]\(http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Alcohol_prevention_day.asp\)\). Alla luce delle evidenze esposte appare indispensabile che iniziative rivolte alla sensibilizzazione della popolazione, in particolare quella giovanile e femminile, siano intraprese nell'ottica di un intervento e di una strategia nazionale che privilegi l'identificazione precoce dell'abuso alcolico e del bevitore problematico nei setting di Primary Health Care e il conseguente intervento breve di prevenzione \(\[http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/155_03strategia.pdf\]\(http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/155_03strategia.pdf\)\). È peraltro necessario promuovere costantemente campagne di informazione e di comunicazione, quali quelle promosse dal Ministero della Salute \(\[http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/apd06_comunicazione.asp\]\(http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/apd06_comunicazione.asp\)\) che favoriscano azioni di contrasto per quanto riguarda le abitudini di consumo e abuso in contesti in cui salute e sicurezza dovrebbero essere maggiormente tutelati: alcol e guida, alcol e gravidanza, alcol e minori, alcol e lavoro.](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Alcohol_pre-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il profilo di consumo alimentare di una popolazione costituisce un importante elemento di valutazione per i legami che ha con lo stato di nutrizione, di salute e, più in generale, di benessere dell'essere umano. Una dieta equilibrata deve includere il consumo di tutti i gruppi alimentari, fonti di energia e diversi nutrienti, in proporzione variabile, come è messo in evidenza anche da rappresentazioni grafiche usate nella comunicazione verso il pubblico, come la Piramide Alimentare e le sue varianti che fanno riferimento ad un approccio comunicativo definito come *linee guida per una sana alimentazione basate sugli alimenti* (EURODIET, 2001). Strumenti come la Piramide Alimentare, che pone alla base i prodotti derivati dai cereali (in particolare integrali), e le correlate campagne come "5 porzioni al giorno di frutta e verdura", mettono l'accento sull'importanza di riservare ad alcuni gruppi di alimenti, specialmente le fonti vegetali, un posto regolare e consistente nella dieta quotidiana, per le forti evidenze di una associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e non in assoluto o in quanto componenti in un contesto multifattoriale. La varietà di alimenti presenti abitualmente nella dieta è, dunque, una ricchezza di per sé e un indicatore della qualità nutrizionale di una

dieta ed è, misurabile in modo relativamente semplice. Una corretta combinazione di tutti gli alimenti concorre a determinare un profilo nutrizionale adeguato ai fabbisogni dell'organismo umano, come sottolineato sia nelle Linee Guida per una Sana Alimentazione (INRAN – Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003) che nei Livelli di Assunzione Raccomandata di Energia e Nutrienti (LARN) per la popolazione italiana, che ha visto l'ultima edizione nel 1996, a cura della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU).

Le combinazioni di alimenti assunte giornalmente e il loro corredo nutrizionale rappresentano gli aspetti quantitativi di quelli che sono definiti *stili alimentari*, cioè il complesso di attività relative alla scelta, preparazione e consumo di alimenti che conduce a un particolare profilo di dieta. Gli stili alimentari sono parte integrante e punto chiave di un modello culturale, tanto da dare origine ad uno specifico filone di ricerca nel contesto degli studi comparativi interculturali.

Cultura e territorio sono, fortemente collegati, specialmente in Italia, con forti tradizioni locali che definiscono percorsi enogastronomici a diversi livelli territoriali, in primis a livello regionale.

Percentuale di persone di 3 anni e oltre per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni e oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli studi sui consumi alimentari della popolazione a carattere nutrizionale quantitativo finalizzati, cioè, a valutare l'adeguatezza della dieta e/o la sua sicurezza d'uso, possono raramente coinvolgere campioni di numerosità sufficientemente elevata da essere rappresentativi dei livelli inferiori a quelli regionali. Ciò è dovuto essenzialmente all'uso di tecniche di misurazione ad elevata precisione, come il diario alimentare su più giorni, che comporta un impegno piuttosto oneroso per i partecipanti; per questo motivo numerosi sono gli studi sulla dieta di gruppi particolari di popolazione, ma tra le indagini su campioni rappresentativi dell'intera realtà nazionale la maggior parte utilizza questionari di frequenza e solo nei tre studi, due conclusi negli anni '80 e '90, rispettivamente, e il terzo tuttora in corso, i rilevatori coordinati dall'INRAN hanno somministrato il diario alimentare a tutti i componenti dei nuclei familiari selezionati.

Un modo per superare l'ostacolo della mancanza di informazione specifica è di considerare in modo integrato diverse fonti di informazioni: aggiornare la base

di dati nutrizionale sui consumi alimentari all'incirca ogni dieci anni e usare le statistiche correnti nella stima dei trend temporali e nei confronti internazionali. Metodologie comparabili e sistematicità sono due requisiti che rendono idonei per alcune valutazioni di carattere nutrizionale i bilanci alimentari nazionali (BAN), pubblicati anche dalla Food and Agriculture Organization of the United Nations, i consumi delle famiglie (dal 1997 registrati solo come spese) e le frequenze di consumo di gruppi di alimenti prodotti correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), rispettivamente sull'"Annuario statistico", nei volumi "I consumi delle famiglie" e "Aspetti della vita quotidiana" (Istat, 2005).

È quest'ultima fonte da cui sono stati tratti i dati utilizzati nel presente lavoro, in quanto rappresentativi a livello regionale, con l'ulteriore pregio di fornire un quadro che include consumo in casa e fuori casa, perché centrato sull'individuo (a differenza dei consumi delle famiglie che focalizzano l'attenzione sul consumo domestico, con relativi pregi e difetti).

Questo specifico tipo di rilevazione che evidenzia le

frequenze, ma non le porzioni assunte, non consente una quantificazione dell'ammontare ingerito né, quindi, dell'energia (calorie) e delle sostanze veicolate dagli alimenti. Oltre a questa limitazione occorre ricordare che un po' tutte le indagini che si propongono di stimare la qualità nutrizionale della dieta e la sicurezza d'uso attraverso la rilevazione del consumo alimentare dovranno tenere conto del crescente inserimento nella dieta di alimenti composti da più ingredienti. Questo aumento è legato all'ampliamento di due fenomeni, l'acquisto di tali prodotti ad elevata *convenience* semipreparati o pronti per il consumo finale (usualmente piatti composti da più ingredienti crudi come le insalate con condimento, o cotti come primi, secondi, contorni ecc.). nei luoghi della distribuzione commerciale e la crescita del consumo fuori casa. La frequenza di consumo espressa come lista di cibi "monoingrediente" può portare a risultati limitati, se all'atto della rilevazione non si ricorda all'intervistato/compilatore di includere anche gli alimenti assunti attraverso piatti (es.: i pomodori come sugo, il formaggio come guarnizione, ecc. ecc.) chiaramente a seconda dell'estensione e dettaglio della lista di riferimento specifica usata nell'indagine.

Valore di riferimento/Benchmark. La valutazione dell'adeguatezza della dieta, come anche della sicurezza d'uso, si esprime in generale in termini relativi. L'assunzione giornaliera di alimenti implica l'ingestione delle sostanze componenti cioè: a) nutrienti calorici (proteine, lipidi, carboidrati, alcool) e non (vitamine, minerali), b) altre sostanze non nutrienti, naturalmente presenti, migrate, o risultanti di trattamenti. Nel caso a) rispondono ai fabbisogni corporei (variabili con età, genere, attività fisica, ecc.) in modo più o meno aderente alle raccomandazioni nei livelli di assunzione (LARN); nel caso b) possono essere o non dannose a seconda della tipologia, della presenza o meno nell'alimento e del tempo di esposizione (acuta o cronica).

Disponendo della stima della quantità di alimento assunta e di un metodo di quantificazione delle componenti veicolate si può identificare un livello ideale per energia e ciascun nutriente, variabile da individuo a individuo o al massimo per gruppi di popolazione genere-età-attività fisica specifici, e confrontare il profilo della dieta con le quantità raccomandate di energia e nutrienti, anche se non per tutti è stato definito un livello. Le recenti tendenze a formulare le linee guida nutrizionali in termini di alimenti hanno portato a raccomandazioni su particolari gruppi di alimenti, in termini di peso - come almeno 400g/die di frutta e verdura - e di frequenza 5 porzioni al giorno. In definitiva, esistono valori di riferimento, anche nel caso della frequenza di consumo, ma volendo valutare il ruolo della regione di residenza come determinante del profilo di consumo alimentare nel suo com-

plesso, si è preferito basare l'analisi su tutte le categorie alimentari incluse nell'indagine Multiscopo su Aspetti della Vita Quotidiana e adottare come valore di riferimento la media degli indicatori per l'Italia.

Descrizione dei risultati

Le tradizioni gastronomiche locali, che modellano le abitudini in termini di preparazioni specifiche, in realtà risultano meno evidenti quando si descrive la dieta in termini di tipologie/categorie di alimenti, piuttosto che in termini di alimenti tipici o ricette tradizionali. D'altro canto, il raggruppamento è una operazione necessaria per verificare la rispondenza della dieta abituale rispetto all'adeguatezza nutrizionale e alla sicurezza d'uso.

L'analisi dei dati per tipologia di alimenti nel presente lavoro è stata condotta su tutte le informazioni riportate nella pubblicazione Istat (2005) nella quale si evidenzia un ruolo della cultura tradizionale nel consumo di alimenti soprattutto per quanto concerne le componenti vegetali dell'alimentazione italiana, ossia le componenti di cui si richiede un consumo quotidiano. In tabella 1 sono riportate le percentuali di persone di 3 anni per frequenza di consumo di diversi gruppi di alimenti di origine vegetale. Pane, pasta, riso fonti di carboidrati complessi, sono consumati in misura maggiore almeno una volta al giorno nelle regioni meridionali e insulari. Per quanto riguarda, invece, verdure, ortaggi e frutta i primi due gruppi sono risultati essere consumati almeno una volta al giorno dalle regioni settentrionali e centrali, la frutta in quelle meridionali e insulari, come anche i legumi secchi. A completamento dell'analisi, consideriamo anche i dati qui non mostrati che confermano l'esistenza di un gradiente geografico nei profili di consumo alimentare. Le fonti di carboidrati solubili, in particolare i dolci presentano una frequenza di consumo più elevata nelle regioni settentrionali. Quando si passa dall'indicazione della frequenza abituale all'indicazione del numero di porzioni giornaliere dell'intero gruppo "verdure, ortaggi, frutta" effettivamente consumate le regioni meridionali si contrappongono a Nord, Centro e Isole poiché i rispondenti hanno indicato prevalentemente di consumarne 1 porzione; infatti è particolarmente bassa la quota di chi ha indicato 5+ porzioni al giorno, specialmente in Basilicata, Calabria e Sicilia.

Diverso è l'andamento che si riscontra guardando ai gruppi di alimenti di origine animale. Tra gli alimenti la cui frequenza di consumo è consigliata qualche volta a settimana, uova e pesce caratterizzano il consumo nelle regioni meridionali e centrali, in contrapposizione alle regioni settentrionali. Per quanto riguarda, invece, il formaggio, la frequenza consigliata "una volta al giorno" prevale decisamente nelle regioni settentrionali. Si differenzia leggermente la Sardegna con una percentuale più simile a queste ultime, piutto-

sto che alle Isole (grafico 1); sia i dati in tabella 1 e altri indicatori qui non riportati, mostrano che i consumi di questa regione si discostano dalle altre regioni meridionali.

Le difformità nel consumo di prodotti di origine animale come carni e prodotti lattiero-caseari - diversi dai formaggi - non permettono, invece, di disegnare un preciso percorso geografico lungo la penisola, poiché rappresentano una componente maggiormente correlata alla struttura demografica, cioè alla composizione per sesso ed età della popolazione, aspetto che riguarda in modo trasversale l'intero territorio nazionale.

Nel complesso, dai dati analizzati emerge l'importanza della componente vegetale per l'Italia sia in senso strettamente quantitativo (in media l'87,7% consuma pane, pasta o riso e l'84,3% consuma verdura, ortaggi o frutta quotidianamente con variazioni a livello regionale contenute in $\pm 6\%$ e $\pm 5\%$ rispettivamente) che in senso più squisitamente qualitativo, come indicatori di uno stile alimentare della popolazione a livello di macro-area geografica.

Alcune considerazioni di insieme. Nell'analisi delle frequenze del consumo di alimenti per tipologia può

verificarsi una tendenza alla sottostima per gli alimenti abitualmente utilizzati più come ingredienti di piatti (es. ortaggi per minestrone), o come condimenti (es. pomodoro nei sughi, sulla pizza, ecc.), e per i piatti pronti confezionati o consumati fuori casa.

In questa ottica, il fatto che in alcune regioni meridionali la frequenza di consumo giornaliera di verdure e ortaggi sembri inferiore a quella delle altre regioni, potrebbe essere la risultante di un effetto metodologia che si sovrappone ad un atteggiamento culturale nei confronti degli alimenti vegetali visti come "poveri" di energia, ma anche ad un diverso stile alimentare determinato dalla struttura economica.

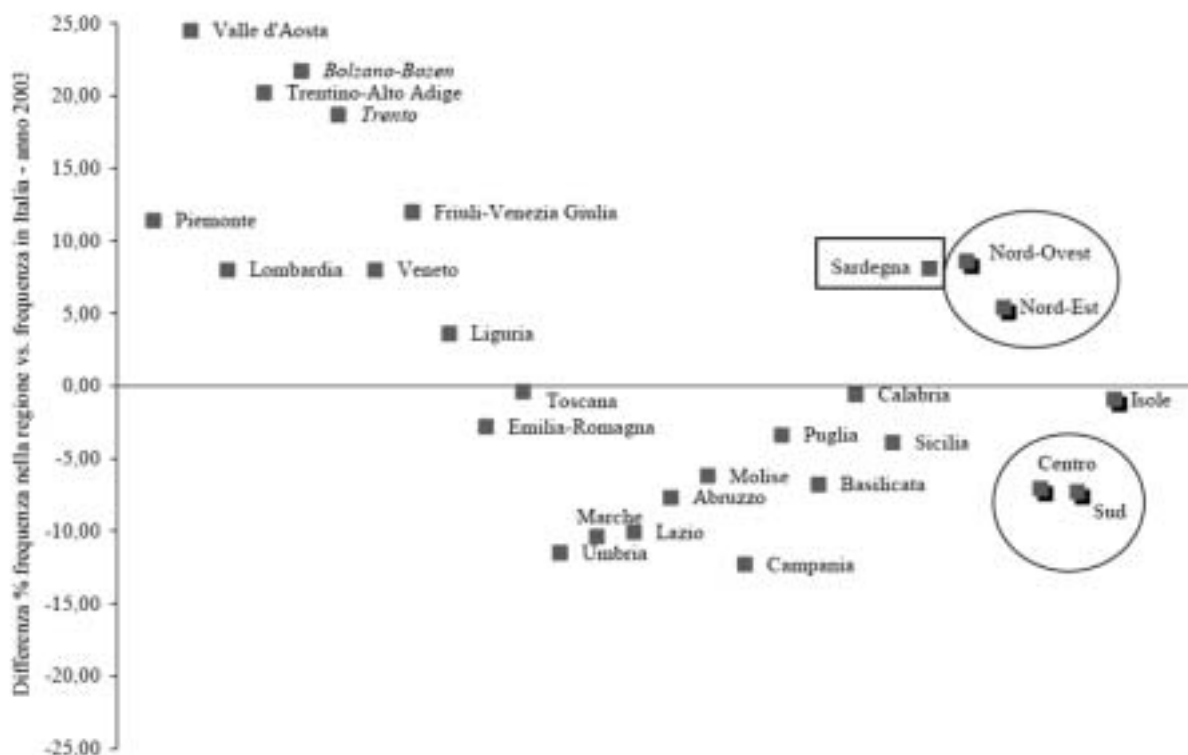
Cultura e struttura socio-economica si intrecciano indissolubilmente nel definire i modelli di consumo alimentare e le transizioni da un modello all'altro delle popolazioni. Elementi come le modifiche negli orari di lavoro, specialmente nei centri più grandi, determinano maggiore consumo fuori casa, spostamento del pasto principale dal pranzo alla cena, e una maggiore diffusione della prima colazione come pasto vero e proprio. La maggiore disponibilità di reddito permette un consumo fuori casa più diffuso anche nel tempo libero, e così via.

Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni e oltre per consumo di alimenti vegetali e per regione - Anno 2003

Regioni	Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	Verdure almeno una volta al giorno	Ortaggi almeno una volta al giorno	Frutta almeno una volta al giorno	Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana
Piemonte	85,5	60,8	54,5	81,6	34,0
Valle d'Aosta	85,4	57,6	53,1	73,2	35,6
Lombardia	86,0	52,6	45,1	71,3	35,0
Trentino-Alto Adige	81,9	56,2	48,7	69,5	30,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>78,7</i>	<i>50,2</i>	<i>39,5</i>	<i>65,3</i>	<i>20,6</i>
<i>Trento</i>	<i>85,1</i>	<i>62,2</i>	<i>57,8</i>	<i>73,6</i>	<i>40,0</i>
Veneto	86,2	57,5	50,0	70,9	31,2
Friuli-Venezia Giulia	84,6	65,0	53,3	71,0	32,8
Liguria	86,7	53,4	49,4	80,2	33,8
Emilia-Romagna	89,2	57,7	48,4	76,3	37,2
Toscana	89,6	52,8	49,8	78,8	42,4
Umbria	88,8	55,2	48,5	76,5	56,9
Marche	92,8	55,4	44,9	76,7	34,6
Lazio	83,7	52,2	44,3	74,5	43,0
Abruzzo	88,5	39,9	35,8	77,1	57,3
Molise	90,8	34,6	31,2	78,7	63,0
Campania	88,1	34,8	28,4	77,9	71,8
Puglia	89,5	31,8	31,7	84,9	60,8
Basilicata	92,5	25,4	30,0	80,3	71,0
Calabria	88,2	31,9	32,2	77,4	58,3
Sicilia	93,1	39,1	33,5	80,7	50,2
Sardegna	87,5	51,6	42,4	80,4	40,5
Italia	87,7	48,5	42,4	76,7	45,0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana. Anno 2005.

Grafico 1 - Percentuale di persone di 3 anni e oltre per consumo di formaggio almeno una volta al giorno. Differenza tra il valore regionale e il valore medio italiano - Anno 2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le raccomandazioni in materia di informazione nutrizionale sono essenzialmente di due ordini: il primo riguarda la strutturazione dell'informazione stessa, il secondo i punti critici evidenziati con l'analisi delle informazioni. Il primo qualifica il secondo e ne determina la qualità.

L'interpretazione dei risultati è una fase delicata del lavoro di sintesi, soprattutto considerando che questa conduce alla definizione di indicatori che poi divengono variabili di decisione per gli interventi di politica nutrizionale, educativi o normativi che siano. È pertanto fondamentale tenere attentamente presente la metodologia con cui sono rilevate le informazioni.

La situazione varia da regione a regione per tradizione e per modalità di transizione, rendendo necessario strutturare e rendere stabili nel tempo programmi di monitoraggio su base locale per poter mettere in atto politiche di prevenzione in materia di rapporto alimentazione e salute. Sarebbe desiderabile rendere sistematici programmi del tipo sperimentato attuando progetti finalizzati come quello realizzato nel periodo 2000-2002 sotto l'egida del Ministero della Salute (allora Ministero della Sanità) per dare vita ad un sistema di sorveglianza nutrizionale.

Con questo strumento sarebbe, tra l'altro, possibile individuare le modalità per promuovere il consumo di

ortaggi e frutta per i quali il consumo di 5 porzioni al giorno, sia pure tenendo conto delle limitazioni indicate, sembra raggiunto solo da una piccola quota della popolazione, in media il 4,5% che risponde ad un minimo 1,6% in Calabria ed un massimo di 7,3% in Friuli-Venezia Giulia, considerando le 20 regioni italiane ed un picco di 8,3% per la provincia di Trento. Sembra, pertanto, necessario promuovere il consumo di alimenti vegetali per incrementare la frequenza giornaliera e portare la maggioranza della popolazione a consumare almeno cinque porzioni giornaliere di verdure, ortaggi e frutta, anche se verosimilmente le stime delle attuali frequenze di consumo dovranno essere riviste, specialmente per quegli alimenti che spesso sono usati come ingredienti di piatti e che, per questo motivo probabilmente, non sono "registrati" dalla mente in qualità di alimento consumato e, quindi, non conteggiati.

Riferimenti bibliografici

EURODIET (2001): Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.

INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.

Istat (2005): Stili di vita e condizioni di salute. Indagine MULTISCOPO "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003. Informazioni, 25. Roma: Istat.

Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI)

Significato. La disponibilità dell'Anagrafe Vaccinale Informatizzata (AVI) è necessaria per garantire una corretta conduzione dei programmi di vaccinazione ed il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia delle strategie intraprese. In collegamento con le anagrafi comunali, un sistema di AVI attivo a livello nazionale consentirebbe la realizzazione di interventi di documentata efficacia nel migliorare le coperture vaccinali: invito attivo alla vaccinazione e sollecito di chi non si presenta, stima delle coperture ed identificazione dei suscettibili, misura dei progressi in confronto agli obiettivi fissati e valutazione delle eventuali correlazioni tra eventi avversi e dosi di vaccino somministrate. Per ottenere questo risultato, è indispensabile adattare

alla nuova realtà informatizzata tutte le attività vaccinali, rendendo compatibili i diversi sistemi locali, al fine di garantire una uniformità operativa.

Fra gli obiettivi prioritari individuati dalle linee operative del Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007 per la pianificazione regionale, è previsto il rendiconto oggettivabile del mantenimento/implementazione dei livelli di copertura, efficace per il contenimento delle malattie prevenibili. La presenza di AVI e la diffusione sul territorio sono stati scelti dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) come indicatori essenziali per la valutazione dell'adempimento dei progetti regionali in campo di vaccinazioni.

Percentuale di ASL dotate di supporto informatico

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{ASL dotate di supporto informatico}}{\text{Denominatore} \quad \text{ASL}} \times 100$$

Percentuale di ASL in rete

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{ASL in rete}}{\text{Denominatore} \quad \text{ASL}} \times 100$$

Validità e limiti. Preliminarmente alla realizzazione di un sistema di AVI attivo a livello nazionale, è stata condotta un'indagine conoscitiva al fine di definire i criteri tecnico-organizzativi dei diversi sistemi aziendali e regionali. I referenti regionali per le vaccinazioni sono stati chiamati a compilare un questionario sulle attività svolte a livello regionale, aziendale e distrettuale. La partecipazione all'indagine è stata del 76%.

Valore di riferimento/Benchmark. Tutte le ASL dovrebbero essere dotate di un supporto informatico ed essere in rete.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale il grado di informatizzazione non è uniforme: soltanto sette regioni (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana e Campania) sono dotate di supporto informatico su tutto il territorio, quattro (Lombardia, Marche, Abruzzo e Puglia) hanno una copertura inferiore al 50%, tre (Basilicata, Calabria e Sicilia) hanno dichiarato di esserne prive. Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento sono le uniche ad avere in rete il 100% delle ASL, la Lombardia il 47%, restano scoperte tutte le altre. Per cinque regioni l'informazione non è disponibile. La situazione è estremamente eterogenea anche per quanto riguarda le

modalità di acquisizione dei dati dalle anagrafi comunali, per cui, addirittura nell'ambito della stessa regione, il sistema di registrazione informatizzato si affianca a quello cartaceo. In questa realtà così composita, è prioritario compiere sforzi per implementare i sistemi locali e renderli compatibili uniformando la metodologia di raccolta e trasmissione dei dati.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2003 il Piano nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita individua, tra le azioni prioritarie, la realizzazione di un sistema di AVI, per garantire una corretta conduzione dei programmi vaccinali ed aumentare le coperture. Successivamente, sia il Piano Nazionale di Prevenzione sia il PNV 2005-2007 sottolineano l'importanza della gestione informatizzata delle vaccinazioni; in particolare il PNV, fra gli standard di qualità che le regioni e le province autonome dovrebbero acquisire per lo svolgimento della pratica vaccinale, evidenzia il ruolo centrale dell'AVI nell'ambito del sistema informativo nazionale/regionale e lo integra con quello delle malattie infettive. Inoltre definisce i criteri fondamentali per la registrazione dei dati (base di popolazione, dati di vaccinazione minimi), raccomanda affidabilità, facilità di gestione e procedure di tutela della privacy ai sensi delle normative vigenti.

È invece demandata alle regioni la definizione della

Tabella 1 - Percentuale di ASL dotate di supporto informatico e in rete nell'ambito dell'Anagrafe Vaccinale Informatizzata e modalità di acquisizione dei dati per regione – Anno 2005

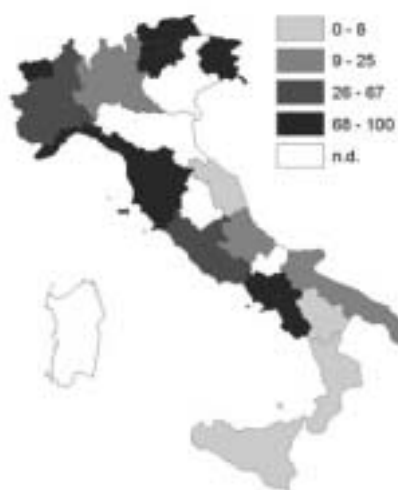
Regioni	ASL dotate di supporto informatico %	ASL in rete %	Modalità di acquisizione dati dalle Anagrafi Comunali
Piemonte	50	0	C/I/R
Valle d' Aosta	100	100	C
Lombardia	20	47	C/R
Bolzano-Bozen	100	0	R
Trento	100	100	AS
Veneto	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	100	100	I
Liguria	100	0	C/I/R
Emilia-Romagna	n.d.	n.d.	n.d.
Toscana	100	100	C/I
Umbria	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	8	0	C
Lazio	67	0	C/I
Abruzzo	17	0	C
Molise	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	100	0	C/I
Puglia	25	0	C
Basilicata	0	0	C
Calabria	0	0	n.d.
Sicilia	0	0	C
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.

n.d. = dato non disponibile. C = supporto cartaceo. I = supporto informatico. R = collegamento in rete.

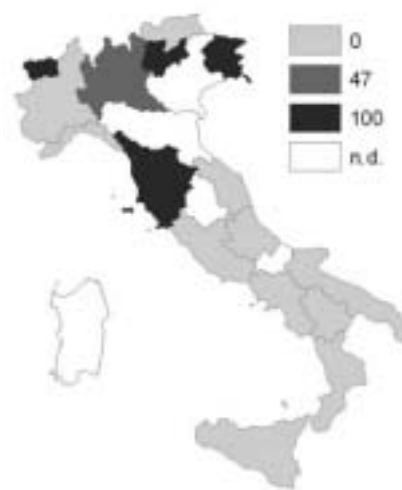
AS = acquisizione da anagrafe sanitaria e verifica con dati da anagrafe comunale forniti su supporto cartaceo.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ufficio V-Malattie infettive e Profilassi Internazionale, D.G. Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute. Anno: dati aggiornati al 6 ottobre 2005.

Percentuale di ASL dotate di supporto informatico per regione. Anno 2005



Percentuale di ASL in rete per regione. Anno 2005



struttura del sistema (articolazione territoriale, coordinamento con altri sistemi informativi, contenuti aggiuntivi); i sistemi di gestione potranno essere differenti nelle singole regioni o aziende, ma per ogni soggetto devono essere rilevati i *minimum data set* indicati dal PNV, che consentono di registrare per ogni persona vaccinata il tipo di vaccino effettuato e le date di vaccinazione, in

modo da identificare le scadenze future e stimare le coperture vaccinali per fascia di età. Il nuovo PSN 2006-2008 conferma gli obiettivi di salute del PNV e ribadisce l'importanza della gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali, finalizzata alla valutazione dei risultati delle campagne vaccinali intraprese e l'individuazione di quelle da implementare.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. La copertura vaccinale e la valutazione degli scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati forniscono informazioni essenziali in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia dei programmi di immunizzazione intrapresi.

La copertura indica la percentuale di vaccinati rispetto alla popolazione target e, per poterla calcolare, è necessario definire la popolazione cui è rivolta la vaccinazione e lo stato vaccinale. Per le vaccinazioni in età pediatrica, la popolazione bersaglio è data dalle

coorti di nuovi nati, mentre la definizione di stato vaccinale dipende dal numero di dosi necessarie per indurre immunità. Attualmente in Italia le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i bambini che, entro i 24 mesi di vita, abbiano ricevuto tre dosi del vaccino anti Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Poliomielite, Epatite B (HBV), Haemophilus influenzae di tipo b (Hib) e una dose del vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale di bambini di età inferiore ai 24 mesi

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati routinariamente dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per Morbillo, Parotite e Rosolia si riferiscono ad una dose di MPR, questi tuttavia potrebbero risultare sotto-stimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000, nell'Obiettivo II "Contrastare le principali patologie", prevedeva il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Tali obiettivi vengono riconfermati nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia si allineano a quelli di altri pae-

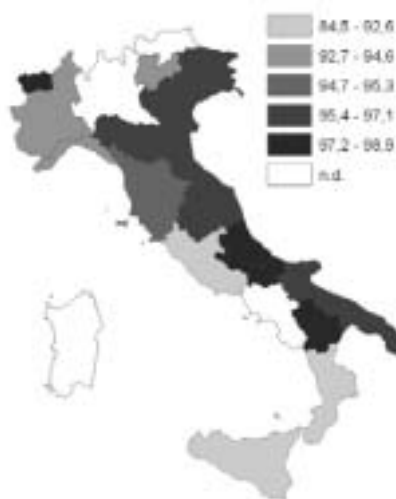
Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale per tipologia e per regione - Anno 2003

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,0	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle d' Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	96,7	96,8	96,0	84,7	94,1
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli-Venezia Giulia	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
Marche	98,1	98,1	97,9	87,5	97,1
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Puglia	99,0	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	96,8	96,1	95,9	88,3	94,9

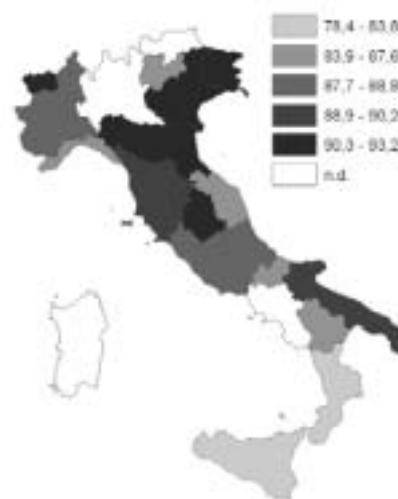
n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive. Aggiornamento al 26 giugno 2006.

Tassi di copertura vaccinale per Hib e per regione. Anno 2004



Tassi di copertura vaccinale per MPR e per regione. Anno 2004

**Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale di bambini di età inferiore a 12 mesi, per antigene, in alcuni paesi industrializzati - Anno 2003**

Paesi	Polio mielite	DT - DTP	HBV	MPR
Australia	92	92	95	93
Canada	88	91	n.d.	95
Danimarca	96	96	n.d.	96
Francia	97	97	29	86
Germania	94	89	81	92
Grecia	87	88	88	88
Paesi Bassi	98	98	n.d.	96
Portogallo	96	99	94	96
Regno Unito	91	91	n.d.	80
Spagna	98	98	83	97
Stati Uniti d'America	91	96	92	93

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: The United Nations Children's Fund (UNICEF). Progress for children - A report card on immunization. New York: September 2005.

si industrializzati (tabelle 1 e 2). Soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie, le coperture sono uniformemente elevate su tutto il territorio, con una media nazionale superiore agli obiettivi prefissati, nonostante ci sia ancora qualche margine di miglioramento per quanto riguarda le regioni Lazio, Calabria e Sicilia. Non ancora ottimali sono invece i dati riferiti alle vaccinazioni contro Hib e MPR (medie nazionali 94,9% e 88,3% rispettivamente), sebbene confermino il trend in aumento. In particolare per MPR, nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo indicato nel *Piano nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita* di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali superiori al 95%, necessarie per interrompere la trasmissione dell'infezione.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel nuovo PSN 2006-2008 vengono riconfermati gli obiettivi di salute previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, fra i quali vi è il mantenimento di elevate coperture vaccinali, laddove siano stati raggiunti gli obiettivi previsti dai PSN precedenti, e la promozione di appropriati interventi di recupero, per le malattie per le quali invece non sono stati ancora raggiunti livelli di copertura soddisfacenti. Proprio finalizzati alla promozione delle pratiche vaccinali, il PNV propone strumenti operativi di documentata efficacia: chiamata attiva con sollecito alla popolazione target e programmi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari, sia di parte pubblica sia di parte convenzionata (pediatri di libera scelta). Parallelamente viene ribadito

ta la necessità sia di facilitare l'accesso alle strutture sanitarie, ad esempio con l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione, la migliore accessibilità alle sedi vaccinali, sia di intraprendere azioni rivolte agli operatori dei servizi vaccinali i quali rivestono un ruolo cruciale nella raccolta del consenso alla pratica vacci-

nale. È infatti importante che l'informazione rivolta al pubblico sia esaustiva, scientificamente corretta e facilmente comprensibile, perché questo sia effettivamente messo in condizione di aderire consapevolmente al programma di profilassi vaccinale.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. Per la scarsa possibilità di controllo e le sue ripercussioni sanitarie ed economiche, l'influenza rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica; la vaccinazione è il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata alle categorie di soggetti a maggior rischio di complicanze, come gli anziani e le persone di tutte le età portatrici di patologie croniche. Secondo la Circolare del 18/04/2006 del Ministero della Salute *Prevenzione e controllo dell'in-*

fluenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007, la vaccinazione dovrà inoltre essere offerta al personale sanitario, ai familiari di soggetti ad alto rischio, alle donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica, ai ricoverati in strutture per lungodegenti, ai soggetti addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed ai soggetti che, per attività lavorativa, sono esposti al rischio di infezione da virus aviario.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

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

Numeratore Persone vaccinate

 Denominatore Popolazione media residente

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 routinariamente dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute. Tuttavia i dati non includono le dosi somministrate in strutture differenti da quelle del Servizio Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile, il 100% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

Nell'ultima stagione 2005-06, circa il 20% della popolazione nazionale ha ricevuto il vaccino antinfluenzale; in tutte le classi di età è stato osservato un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente 2004-2005 (vedi Rapporto Osservasalute 2005, pp. 273-274) (tabella 1). Più dettagliatamente, come riportato dalla Circolare del 18/04/2006 del Ministero della Salute, stime indirette ottenute tramite i dati di rilascio del vaccino, da parte delle istituzioni che ne effettuano il controllo, indicano un'utilizzazione pari al 20% in più rispetto alla stagione 2004-2005.

Tabella 1 - Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale per classi di età e regione - Stagione 2005-2006

Regioni	<5 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	>=65 anni	Totale
Piemonte	2,7	2,2	1,8	6,5	58,8	17,2
Valle d' Aosta	3,0	2,1	1,6	8,5	63,1	18,0
Lombardia	3,7	3,0	1,6	5,9	64,0	16,2
Bolzano-Bozen	2,6	1,8	1,1	5,1	55,2	12,4
Trento	2,8	2,4	0,9	5,0	67,6	15,8
Veneto	4,0	3,5	7,5	7,5	73,2	19,4
Friuli-Venezia Giulia	2,5	2,4	1,8	7,9	72,1	21,0
Liguria	4,4	6,5	3,4	9,7	65,3	24,1
Emilia-Romagna	5,1	5,4	4,3	11,9	75,1	24,8
Toscana	11,0	7,2	4,2	10,6	67,6	22,9
Umbria	2,4	1,9	1,9	9,9	65,9	21,2
Marche	4,5	3,9	2,4	8,8	68,0	20,8
Lazio	3,1	3,8	3,1	10,7	73,3	20,7
Abruzzo	8,1	5,7	2,8	7,5	69,9	20,0
Molise	7,1	6,0	4,3	13,3	71,4	24,0
Campania	9,3	6,1	3,3	11,6	72,9	18,9
Puglia	13,7	9,8	5,0	11,4	75,4	21,3
Basilicata	3,0	3,4	1,9	12,2	64,5	19,9
Calabria	4,9	3,0	2,9	6,7	66,3	16,4
Sicilia	5,0	4,2	3,0	11,0	67,5	18,9
Sardegna	7,6	5,7	3,4	7,4	56,1	15,1
Italia	5,8	4,7	2,8	8,4	68,3	19,4

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V Malattie Infettive, sui dati forniti dalle regioni e province autonome. Dati aggiornati al 14 luglio 2006.

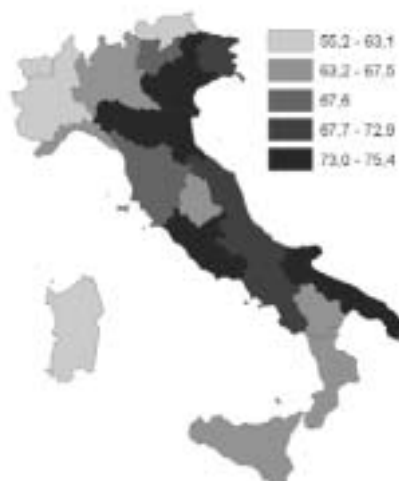
Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni e oltre per regione - Anni 2001-2006

Regioni	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Piemonte	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8
Valle d' Aosta	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1
Lombardia	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0
Bolzano-Bozen	38,8	46,8	51,1	52,0	55,2
Trento	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6
Veneto	63,5	n.d.	70,9	n.d.	73,2
Friuli-Venezia Giulia	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1
Liguria	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3
Emilia-Romagna	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1
Toscana	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6
Umbria	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9
Marche	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0
Lazio	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3
Abruzzo	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9
Molise	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4
Campania	n.d.	75,6	72,3	71,9	72,9
Puglia	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4
Basilicata	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5
Calabria	n.d.	43,9	55,1	59,9	66,3
Sicilia	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5
Sardegna	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1
Italia	55,2	60,3	63,4	66,6	68,3

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V Malattie Infettive, sui dati forniti dalle regioni e province autonome. Dati aggiornati al 14 luglio 2006.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni e oltre per regione. Anno 2005-2006.



Soltanto l'Emilia-Romagna e la Puglia hanno raggiunto e oltrepassato l'obiettivo del 75% del tasso di copertura degli ultrasessantacinquenni, tuttavia la media nazionale è ancora del 68,3%; dal confronto

con le stagioni precedenti, il tasso di copertura negli anziani presenta un trend progressivamente crescente (tabella 2).

Raccomandazioni di Osservasalute

Nella Circolare ministeriale del 18 aprile 2006 viene considerato insufficiente l'aumento della copertura registrato nell'ultimo anno, ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti: il dato riguardante gli anziani ancora non raggiunge il target del 75% e anche le rilevazioni per categorie di rischio, ottenute mediante indagini ad hoc, non sono soddisfacenti. Infatti, distribuendo uniformemente la quota di vaccino utilizzato in più rispetto all'anno precedente, gli obiettivi di copertura prefissati sono comunque lontani. Pertanto è importante individuare le migliori strategie per ottenere il consenso della popolazione a rischio; a questo riguardo nella Circolare vengono raccomandati interventi di informazione rivolti non solo alla popolazione in generale, ma anche agli operatori sanitari, ai datori di lavoro e alle Pubbliche Amministrazioni. Oltre ad iniziative di comunicazione indirizzate ai gruppi target, si suggerisce il monitoraggio dell'offerta vaccinale e la predisposizione di registri di soggetti a rischio, collegati alla ASL, in modo da facilitare l'offerta attiva o qualsiasi iniziativa finalizzata ad aumentare l'adesione alla vaccinazione.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco è riconosciuto come uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie croniche non trasmissibili (tumori, coronaropatie, accidenti cerebrovascolari) responsabili a loro volta, secondo le stime della Commissione Europea, della morte di circa 650.000 persone ogni anno. Importanti sono anche le ripercussioni a livello economico: il fumo si colloca fra i principali fattori che contribuiscono alle spese in ambito sanitario ed è respon-

sabile inoltre di notevoli costi economici che variano dallo 0,1% all'1,1% del PIL (*WHO-European Tobacco Control Report 2007*).

Lo studio dei dati di prevalenza del consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno in seno alla popolazione e di individuare adeguate attività di prevenzione e di controllo che consentano di allargare gli interventi informativi e preventivi non solo ai fumatori e ai loro familiari, ma anche ai non fumatori.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

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

Validità e limiti. L'indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte in esse sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. Su vari aspetti della vita quotidiana i cittadini, infatti, possono esprimere dei giudizi e fornire informazioni preziose per migliorare molti dei servizi di pubblica utilità. A partire dal 1993 l'indagine è stata condotta tutti gli anni e nel 2005 è stata effettuata a febbraio su

un campione di circa 20.000 famiglie (per un totale di circa 50.000 individui) distribuite in 814 comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

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

Descrizione dei risultati

Nel nostro paese, la presenza di fumatori presenta alcune differenze nella distribuzione territoriale, in

Tabella 1 - Persone di 14 anni e oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per regione - Anno 2005

Regioni	Fumatori %	Ex Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	Numero medio sigarette al giorno
Piemonte	20,9	23,3	53,5	95,4	12,5
Valle d'Aosta	19,9	22,4	55,9	95,5	13,7
Lombardia	23,4	24,5	49,7	97,4	12,6
Trentino-Alto Adige	19,2	23,9	53,1	97,7	11,8
Bolzano-Bozen	21,1	25,4	51,0	99,0	11,9
Trento	17,4	22,6	55,1	96,3	11,7
Veneto	19,6	26,0	52,8	97,6	11,1
Friuli-Venezia Giulia	17,2	24,5	54,6	96,2	11,8
Liguria	20,6	23,1	55,1	95,9	13,8
Emilia-Romagna	22,3	24,4	51,9	97,6	12,8
Toscana	22,1	26,2	48,2	96,8	12,7
Umbria	24,5	23,8	50,5	98,8	12,5
Marche	20,5	24,1	53,6	97,2	12,4
Lazio	24,7	23,4	47,7	97,6	14,7
Abruzzo	23,4	22,5	52,4	97,3	13,4
Molise	20,2	21,7	56,5	96,8	13,3
Campania	25,2	17,6	55,7	97,8	14,7
Puglia	19,1	17,3	60,7	98,4	13,1
Basilicata	19,6	20,2	58,2	97,3	13,1
Calabria	19,0	19,2	60,0	98,6	14,1
Sicilia	22,1	18,0	58,7	98,5	14,4
Sardegna	22,2	23,4	50,9	98,1	14,7
Italia	22,0	22,4	53,2	97,5	13,3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 2 - Persone di 14 anni e oltre (per 100) per abitudine al fumo, per classi d'età e sesso - Anno 2005

Classi di età	Maschi			Femmine		
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
14-17	8,4	3,1	87,0	5,4	3,3	90,0
18-19	27,7	6,7	62,5	16,7	8,2	72,9
20-24	36,8	10,6	49,0	21,6	9,4	65,8
25-34	36,5	16,0	44,5	21,1	13,5	62,6
35-44	34,1	24,0	39,9	22,2	17,0	59,2
45-54	33,0	34,0	31,3	22,5	20,5	54,9
55-59	29,3	41,3	26,6	16,4	18,1	63,3
60-64	25,7	45,9	26,4	13,6	16,9	67,6
65-74	18,7	49,1	30,1	8,1	14,8	74,2
75 e oltre	7,8	62,3	28,1	3,9	12,6	80,7
Totale	28,3	30,4	39,0	16,2	15,0	66,4

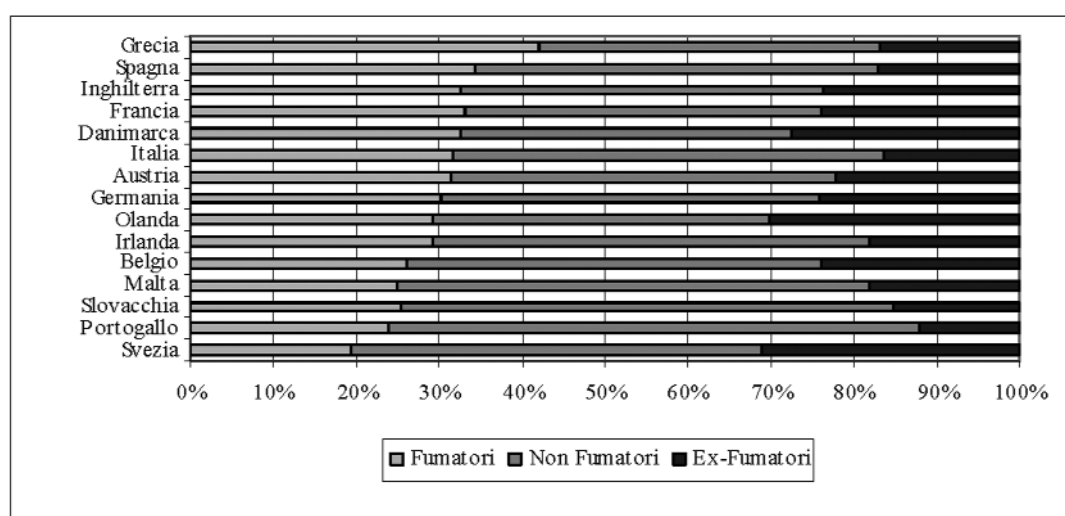
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

particolare nell'area del Nord-Est con percentuali più contenute rispetto al Sud (17,2% in Friuli-Venezia Giulia e 17,4% nella Provincia Autonoma di Trento vs 25,2% in Campania). La percentuale degli ex-fumatori risulta globalmente più elevata al Nord con valori superiori al 22% rispetto alle regioni del Sud (Puglia 17,3% e Campania 17,6%); ad eccezione della Sardegna in cui si osserva il valore (23,4%) più elevato tra le regioni del Sud (tabella 1). Confrontando i dati del 2005 con quelli dell'anno 2003 (Rapporto Osservasalute 2006, pag. 17), si osserva una riduzione del 3% dei fumatori, anche se i valori riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono rimasti pressochè invariati. I dati stratificati per sesso ed età mostrano che l'abitudine al fumo è più diffusa fra gli uomini

(28,3%) rispetto alle donne (16,2%) e con un maggior interessamento delle fasce di età comprese fra i 20 e i 54 anni, mentre i dati riguardanti i non fumatori mostrano una netta prevalenza tra le donne (66,4%) rispetto agli uomini (39%) (tabella 2).

Confronto internazionale

Secondo i dati rilevati dall'Eurobarometro e riferiti all'anno 2006, la Grecia si distingue per la prevalenza di fumatori più elevata (42%), mentre la Svezia per quella più contenuta (18%); l'Italia presenta una percentuale pari al 31% simile a quella che si registra nei vicini paesi: Francia (33%), Germania (30%) e Austria (31%) (grafico 1).

Grafico 1 - Percentuale di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: "Special Eurobarometer" 272c/Wave66.2-TNS Opinion & Social Attitudes of Europeans towards tobacco, Commissione Europea. Maggio 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il tabagismo rappresenta un problema di Sanità Pubblica che richiede adeguate politiche di controllo: la maggior parte dei Paesi Europei ha adottato regole più severe sul fumo, ma per ridurre significativamente il consumo di tabacco, ulteriori sforzi si rendono ancora necessari e nuove iniziative devono essere intraprese, anche per tutelare la salute dei non fumatori. A questo proposito, il 30 gennaio 2007 la Commissione Europea ha presentato il documento "Libro verde. Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione Europea" in cui il problema del fumo passivo è affrontato, per la prima volta, a livello comunitario e non lasciato alle iniziative dei singoli Stati. Nel nostro paese, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

(CCM), ha attivato una "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo", che coinvolge e coordina tutte le istituzioni, amministrazioni ed enti interessati nel promuovere stili di vita sani e che ha come obiettivo finale la riduzione della mortalità e dell'incidenza delle malattie correlate al fumo. Questa strategia si rivolge ai fumatori passivi, ai non fumatori e ai fumatori attivi tramite l'applicazione e il rispetto del divieto di fumo, campagne informative nazionali e locali, politiche fiscali e dei prezzi, regolamentazione della pubblicità, programmi di prevenzione nelle scuole e in contesti giovanili extrascolastici, potenziamento e diffusione delle informazioni dei Centri antitabacco, formazione dei professionisti della salute (Medici di Medicina Generale, specialisti, infermieri e farmacisti).

Sovrappeso e obesità

Significato. L'obesità è certamente una delle più grandi sfide globali di questo secolo e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario di Sanità Pubblica. Un'ampia e solida evidenza scientifica ha riconosciuto come sia associata a morte prematura e rappresenti un fattore di rischio per alcune importanti malattie croniche (malattie cardiovascolari, accidenti cerebrovascolari, diabete e alcuni tumori). Nel nostro paese lo scenario epidemiologico non differisce molto da quello di altri Paesi europei e le problematiche legate all'obesità presentano una tendenza all'aumento

con dati di prevalenza più elevati nelle regioni meridionali e con un trend allarmante per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 individua l'obesità, in particolare nelle donne in età fertile e nei bambini, quale problema di salute di prioritaria rilevanza e domanda alle regioni e alle Province Autonome, in accordo con le direttive del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), la pianificazione coordinata delle strategie d'intervento.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

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

Numeratore: Persone di 18 anni e oltre con IMC 25-30 e > 30
 Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni e oltre

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) o *Indice di Quetelet* è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (in kg) e il quadrato dell'altezza (in metri). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta. I dati, raccolti nell'ambito dell'Indagine campionaria Multiscopo, sono stati ottenuti mediante intervista diretta o autocompilazione del questionario. Pertanto le informazioni raccolte, sono autoriferite.

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

Descrizione dei risultati

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'Italia presenta valori (12,7%) di persone obese che si allineano ad altri paesi quali il Belgio, l'Irlanda e la Spagna (grafico 1) (WHO, *Global Info Base*. Anno 2005). Per quanto riguarda la distribuzione geografica, si apprezza un gradiente Nord-Sud per coloro che risultano in sovrappeso (valori superiori al 38% in Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) ed obesi (12,0% in Basilicata e 12,9% in Puglia), con la Sardegna (31,8% e 10,5%) che si avvicina, invece, ai dati rilevati nelle regioni settentrionali, dove si registrano i valori più bassi (Piemonte, Valle d'Aosta e Lombardia) (tabella 1). Dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti indagini (anni 2002, 2003 e 2005, Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 260-270 e Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 19-20) il dato relativo all'obesità mostra un trend in aumento dall'8,5% al 9% fino al 9,9%, rilevazione dell'ultima Indagine Multiscopo Istat. I dati stratificati per sesso ed età, mostrano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità aumenta progressivamente all'avanzare dell'età, con un interessamento soprattutto

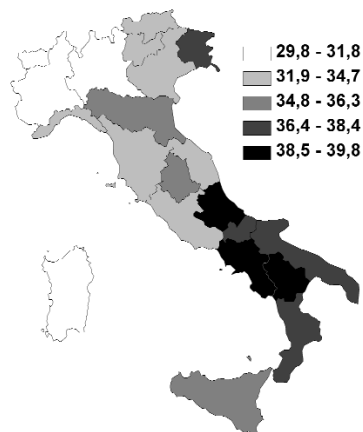
delle fasce dai 45 ai 74 anni per gli uomini e dai 55 ai 74 anni per le donne. Inoltre, mentre i valori che riguardano la popolazione obesa sono sovrapponibili tra i sessi, ad eccezione della classe di età compresa fra i 35 e i 44 anni (9,2% uomini e 5,3% donne), la percentuale di uomini in sovrappeso (43,9%) è quasi il doppio di quella del sesso femminile (26,2%), con valori significativamente differenti in tutte le classi di età (tabella 2).

Tabella 1 - Persone di 18 anni e oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione – Anno 2005

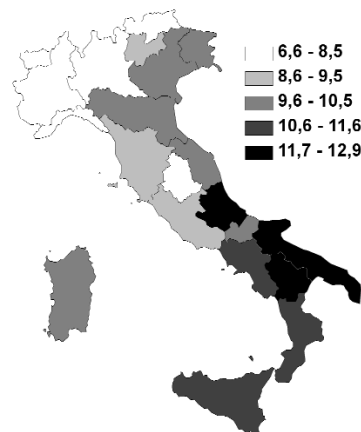
Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	31,4	8,3
Valle d'Aosta	30,8	6,6
Lombardia	29,8	8,5
Trentino-Alto Adige	34,1	8,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	33,9	8,0
<i>Trento</i>	34,4	9,5
Veneto	33,4	9,8
Friuli-Venezia Giulia	36,4	10,4
Liguria	33,4	8,5
Emilia-Romagna	35,8	10,3
Toscana	34,7	8,9
Umbria	36,3	7,5
Marche	34,4	9,8
Lazio	34,7	9,4
Abruzzo	39,0	11,8
Molise	37,8	10,4
Campania	39,7	10,6
Puglia	38,4	12,9
Basilicata	39,8	12,0
Calabria	38,4	11,3
Sicilia	36,2	11,6
Sardegna	31,8	10,5
Italia	34,7	9,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone in sovrappeso per regione. Anno 2005



Prevalenza di persone obese per regione. Anno 2005

**Tabella 2** - Prevalenza di persone di 18 anni e oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classi d'età e sesso - Anno 2005

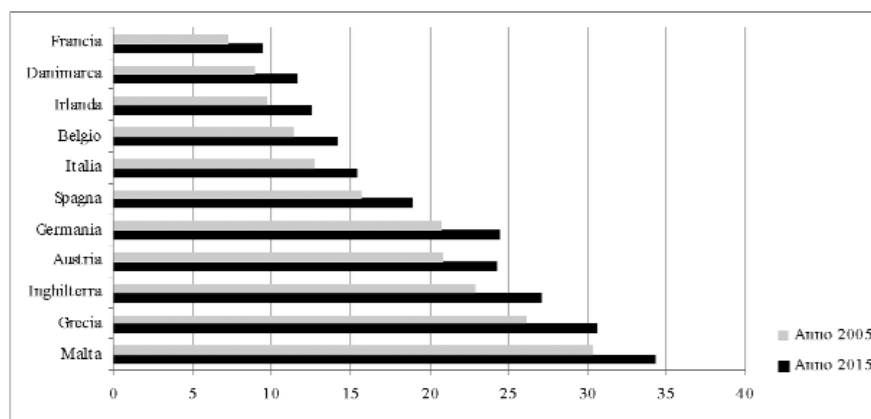
Classi di età	Persone in sovrappeso		Persone obese	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	18,8	2,8	8,6	1,2
25-34	32,5	4,9	13,0	3,1
35-44	45,4	9,2	20,4	5,3
45-54	52,2	12,5	28,3	12,1
55-64	53,7	15,1	35,0	16,7
65-74	54,1	15,8	40,2	18,2
75 e oltre	44,3	10,7	37,0	10,7
Totale	43,9	10,1	26,2	9,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Confronto internazionale

Secondo i dati pubblicati dal WHO, il fenomeno obesità interessa globalmente i Paesi Europei, con regioni in cui addirittura un quarto degli abitanti è obeso

(Malta e Grecia). La stima al 2015 della prevalenza aumenta coinvolgendo uniformemente tutte le nazioni dell'UE, se non si attueranno adeguate campagne di prevenzione e promozione alimentare.

Grafico 1 - Prevalenza di persone obese di 15 anni e oltre nell'anno 2005 e stima della prevalenza nell'anno 2015, in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2005, 2015

Fonte dei dati e anno di riferimento: WHO, Global Info Base. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obesità è un problema di Sanità Pubblica globale; per limitare questa epidemia ed invertirne l'andamento è fondamentale l'azione di coordinamento dell'Unione Europea: il 16 novembre 2006, nel corso della Conferenza della Regione Europea dell'OMS, è stata adottata come *policy* di riferimento la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità. Questo documento ha lo scopo di indirizzare le politiche dei paesi e le azioni regolatorie, incluse le norme legislative e i relativi piani di attuazione. Il CCM, sulla base di quanto raccomandato a livello internazionale, ha indicato come obiettivi di primaria importanza sia la raccolta di informazioni riguardanti la diffusione di questo fenomeno e il suo impatto sulla popolazione di

età infantile, adulta e anziana, sia la pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione di una corretta alimentazione e adeguata attività fisica. Per concretizzare questo progetto ha definito una strategia d'intervento che prevede un approccio multisettoriale mirato a coinvolgere, oltre al Sistema Sanitario, anche altri soggetti istituzionali e della società civile (scuola, famiglia, servizi sanitari e sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ecc.) e la creazione di Enti e Istituzioni che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione con carattere di continuità, per favorire nella popolazione sani comportamenti in tema di alimentazione e attività motoria.

Attività fisica

Significato. Una moderata, ma regolare attività fisica è tra i fattori che contribuiscono a prevenire patologie croniche (diabete di tipo II, disturbi cardiocircolatori, obesità), a proteggere da condizioni disabilitanti (osteoporosi e artrite) e a ridurre o eliminare importanti fattori di rischio (ipertensione e ipercolesterolemia). Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inattività fisica, con altri fattori di rischio, incide sull'86% dei decessi, sul 77% della perdita di anni di vita in buona salute e sul 75% delle

spese sanitarie in Europa e in Italia. Da uno studio europeo svoltosi tra il 2002 e il 2005 è emerso un incremento dell'attività fisica di grado intenso, a fronte di un trend globale invariato di quella di grado moderato (*Special Eurobarometer 246/Wave64.3 Health and food*. Novembre 2006. Commissione Europea). Strategie politiche globali devono essere adottate e attuate al fine di promuovere l'esercizio fisico nella popolazione di ogni età.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

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

Validità e limiti. L'Indagine campionaria Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2005) coinvolge circa 20.000 famiglie, per un totale di circa 50.000 individui e i dati sono raccolti per intervista diretta. Aree tematiche variegata si susseguono nei questionari consentendo di cogliere come vive la popolazione: scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, salute, stili di vita e impiego del tempo libero (attività fisica e sportiva). Si tratta, pertanto, di informazioni soggettive riportate direttamente dagli intervistati.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2005, il 20,9% della popolazione, ha dichiarato di praticare in modo continuativo uno o più sport nel tempo libero e il 10,3% lo ha praticato in modo saltuario. Le persone che hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno due km, nuotare, andare in bicicletta o altro) sono il

Tabella 1 - Persone di 3 anni e oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione – Anno 2005

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	21,4	12,7	30,5	34,8	0,5
Valle d'Aosta	21,1	12,7	27,9	36,7	1,7
Lombardia	25,6	12,1	30,7	30,2	1,5
Trentino-Alto Adige	31,3	21,8	30,0	16,6	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>38,5</i>	<i>22,7</i>	<i>22,7</i>	<i>15,6</i>	<i>0,5</i>
<i>Trento</i>	<i>24,4</i>	<i>21,0</i>	<i>37,0</i>	<i>17,5</i>	<i>0,1</i>
Veneto	25,3	14,0	35,9	24,2	0,6
Friuli-Venezia Giulia	21,9	14,7	37,4	25,2	0,8
Liguria	17,9	8,7	29,9	43,0	0,4
Emilia-Romagna	21,8	10,6	35,4	31,8	0,4
Toscana	21,4	9,0	32,9	35,6	1,0
Umbria	20,3	10,9	27,1	41,3	0,3
Marche	22,2	9,2	31,1	36,7	0,9
Lazio	23,9	9,8	24,1	41,5	0,6
Abruzzo	19,6	9,2	28,6	41,4	1,2
Molise	14,0	9,2	26,1	49,6	1,1
Campania	14,7	7,6	24,0	52,5	1,2
Puglia	17,2	8,6	22,1	51,5	0,6
Basilicata	16,0	8,5	22,8	51,5	1,2
Calabria	16,1	8,5	21,8	53,0	0,7
Sicilia	15,1	6,5	19,3	58,6	0,6
Sardegna	21,6	9,4	23,7	44,5	0,8
Italia	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2005

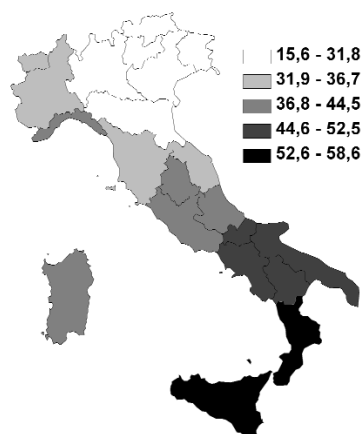


Tabella 2 - Persone di 3 anni e oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classi di età – Anno 2005

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
3-5	15,9	5,8	27,5	45,1	5,7
6-10	50,1	8,7	17,2	22,4	1,5
11-14	54,4	10,4	18,1	16,3	0,8
15-17	47,4	12,8	20,0	18,9	0,8
18-19	37,1	20,0	19,3	22,7	1,0
20-24	34,3	17,7	20,7	26,6	0,7
25-34	27,9	15,6	24,8	31,0	0,7
35-44	19,5	13,7	29,8	36,4	0,6
45-54	14,7	10,9	33,5	40,4	0,5
55-59	11,8	8,2	35,2	44,4	0,4
60-64	9,4	5,7	38,2	46,1	0,7
65-74	7,0	3,9	35,3	53,3	0,6
75 e oltre	2,1	1,3	21,8	74,1	0,6
Totale	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

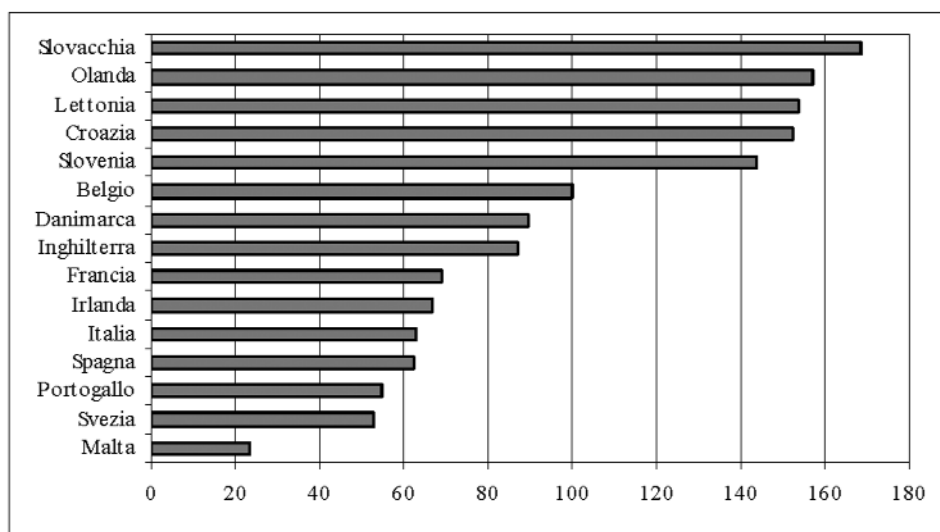
28,2%, mentre coloro che non praticano né uno sport né attività fisica nel tempo libero sono il 39,8% (tabella 1). Dal punto di vista geografico, risultano più attivi gli abitanti del Nord rispetto a quelli del Sud, dove la sedentarietà è più frequente in Sicilia (58,6%). Si pratica più sport in modo continuativo nella Provincia Autonoma di Bolzano (38,5%), in Lombardia (25,6%) e in Veneto (25,3%). I dati stratificati per classe di età mostrano che la pratica sportiva svolta in modo continuativo si distribuisce soprattutto nelle fasce di età comprese fra i 6 e i 19 anni, mentre lo sport svolto in modo saltuario coinvolge soprattutto i soggetti giova-

ni appartenenti alle fasce di età 18-34; con l'aumentare dell'età aumenta, inoltre, la prevalenza di coloro che non praticano alcuna attività fisica (tabella 2).

Confronto internazionale

I dati dell'Eurobarometro della Commissione Europea mostrano una maggior dedizione dei Paesi dell'Est (Slovacchia, Lettonia, Croazia) alla pratica sportiva rispetto ai Paesi Europei più occidentali quali Spagna, Irlanda e Francia, i cui valori si allineano a quelli italiani (grafico 1).

Grafico 1 - Tempo (minuti/die) dedicato allo svolgimento di attività fisica moderata in alcuni Paesi Europei – Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: "Special Eurobarometer" 246/Wave64.3 Health and food, Commissione Europea. Novembre 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

A Copenaghen, il 12 settembre 2006 è stata approvata dal Comitato Regionale per l'Europa una strategia di contrasto alle malattie croniche, "Guadagnare Salute", per la quale hanno collaborato il Ministero della Salute e la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nello stesso anno ad Istanbul, nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa, è stata discussa una strategia europea comprendente le raccomandazioni riguardanti la promozione dell'attività fisica, non solo nella popolazione infantile e nei giovani, ma anche in anziani, disabili, portatori di disagi o disturbi mentali, incentivando la possibilità di svolgerla sia nell'ambiente

urbano e domestico, sia sul posto di lavoro. Questa strategia deve essere promossa e incentivata non solo dagli Enti preposti, ma anche dai medici e professionisti della salute che dovrebbero essere coinvolti in modo attivo nel determinare il livello di attività fisica per ciascun individuo. È opportuno incoraggiare anche persone sedentarie ad un'attività fisica moderata e regolare, più facilmente conciliabile con le abitudini quotidiane. Un obiettivo adeguato a breve termine è quello di aumentare il livello abituale di attività fisica (sono sufficienti 30 minuti di movimento al giorno, per almeno cinque volte a settimana), al fine di raggiungere nell'arco di alcuni mesi un effettivo benessere fisico.

Consumo di alcol

Significato. In Italia, le Linee Guida per una sana alimentazione pongono come consumatori a rischio:

- a) le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 drinks);
- b) gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 drinks).

Relativamente ai giovani, sono considerati a rischio tutti gli individui di età inferiore a 15 anni che consumano qualunque quantità di bevanda alcolica e tutti coloro che tra 16 e 18 anni consumano quotidianamente più di un bicchiere (1 Unità Alcolica – UA: cir-

ca 12 grammi di alcol). Anche gli ultra 65enni non dovrebbero eccedere il consumo di un drink al giorno. Sono da considerarsi a rischio, gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di 6 o più bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*, bere per ubriacarsi). L'analisi dei dati secondo questi target specifici di popolazione (età e sesso) è quella che secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) segue più di altre il criterio di verifica della condizione di rischio individuale.

Prevalenza di consumatori a rischio secondo i criteri ISS – INRAN

Numeratore	Ragazzi e ragazze di 11-15 anni che dichiarano di consumare giornalmente bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di consumare più di una unità alcolica al giorno
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-18 anni
Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di consumare più di tre unità alcoliche al giorno Donne di 19-64 anni che dichiarano di consumare più di due unità alcoliche al giorno
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 19-64 anni
Numeratore	Uomini e donne ultra 65enni che dichiarano di consumare più di una unità alcolica al giorno
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 65 anni

Prevalenza binge drinkers

Numeratore	Uomini e donne di 11-18 a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-18 anni
Numeratore	Uomini e donne di 19-64 a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 19-64 anni
Numeratore	Uomini e donne di 65 anni e oltre a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 65 anni

Validità e limiti. A partire dal 2003 nell'Indagine Multiscopo viene rilevato anche il numero di bicchieri (Unità Alcoliche) giornalmente consumati, ma solo ed esclusivamente per il vino e la birra. Il numero di UA di aperitivi alcolici, amari e super alcolici giornalieri è stato, invece, oggetto di operazionalizzazione considerando le modalità di risposta “Più di 2 bicchierini al giorno” e “1-2 bicchierini al giorno” delle domande previste dall'indagine. È quindi possibile

creare le categorie rappresentative dei consumatori a maggior rischio considerando il numero totale di UA consumate giornalmente e calcolare le prevalenze separatamente per il sesso le tre classi di età prese in considerazione. La prevalenza di consumatori a rischio (*hazardous*) e dei *binge drinkers* identificano due possibili modalità del consumo a rischio la cui analisi isolata non riesce, comunque, ad esprimere ed a cogliere il fenomeno nella sua complessità, in fun-

zione dell'evidenza che spesso l'abuso, il *binge drinking*, il superamento dei limiti giornalieri, si verificano contemporaneamente e, per questo, con effetti ipotizzabili di tipo additivo o moltiplicativo.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valori di riferimento sono state scelte le medie dei valori regionali delle prevalenze (%) relative ai due indicatori.

1) Prevalenza di consumatori a rischio: 11-18 anni M = 2,5 - F = 0,6; 19-64 anni M = 11,7 - F = 2,6; ultra 65-enni M = 45,9 - F = 11,6.

2) Prevalenza dei *Binge drinkers*: 11-18 anni M = 7,8 - F = 3,9; 19-64 anni M = 17,0 - F = 3,5; ultra 65-enni M = 5,6 - F = 1,0.

Descrizione dei risultati

I non consumatori. Ai fini della valutazione del rischio è interessante identificare, oltre ai consumatori a rischio di alcol, la quota di coloro che con certezza non risultano esposti al rischio alcolcorrelato (astemi e astinenti). Tra il 2003 ed il 2005 i "non consumatori" di alcol sono diminuiti in media a livello nazionale (29,2% vs 27,9%) principalmente a causa della riduzione della quota di persone che hanno dichiarato di non consumare alcol al momento della rilevazione, ma di averne consumato in passato (tabella 1). Tale fenomeno è solo in parte ascrivibile all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore frequenza di malattie che sconsigliano il consumo di alcol.

Prevalenza consumatori a rischio. Il consumo a rischio in Italia (tabelle 2, 3 e 4) presenta, un trend in

crescita con l'età per entrambi i sessi. Nella fascia di età superiore a 65 anni i valori di prevalenza più elevati si riscontrano per entrambi i sessi in Umbria, Molise, Marche, Friuli-Venezia Giulia e Veneto. Nella classe di età 19-64 anni il fenomeno appare molto diffuso in tutte le regioni e per entrambe i sessi ad eccezione di Sicilia e Trentino-Alto Adige. Tra i giovani (11-18 anni) le prevalenze al di sopra della media nazionale si registrano in alcune regioni del Centro-Sud (Puglia, Molise, Basilicata e Calabria) per entrambi i sessi, oltre che nelle Marche, in Toscana e in Campania tra le ragazze; in alcune regioni del Nord-Ovest (Piemonte e Lombardia) in Liguria e Sardegna tra i ragazzi.

Prevalenza binge drinkers. Il fenomeno del *binge drinking* è un fenomeno diversamente caratterizzato a seconda dell'età e del sesso degli intervistati (tabelle 2, 3 e 4). Tra gli uomini, appare molto diffuso nella fascia di età 19-64 anni (17%), mentre tra le donne sia nella fascia di età 11-18 (3,9%) che in quella 19-64 (3,5%) appare meno evidente. Tra i giovanissimi, per entrambi i sessi, i valori più elevati si registrano nelle regioni del Nord. Nella fascia 19-64 per entrambi i sessi la regione più a rischio risulta essere il Trentino-Alto Adige, regione che, invece, presentava una delle più basse concentrazioni di consumatori a rischio. Tra gli ultra 65enni le concentrazioni regionali di *binge drinkers* appaiono consistenti per entrambi i sessi in Molise e Basilicata. Tra gli uomini, inoltre, elevate prevalenze si registrano anche in Abruzzo, Sardegna, Calabria e Trentino-Alto Adige e tra le donne in Toscana e Sicilia.

Tabella 1 - Distribuzione dei non consumatori (per 100) per regione e sesso - Anni 2003, 2005

Regioni	2003			2005		
	Consumavano in passato	Mai consumato	Tot. non consumatori	Consumavano in passato	Mai consumato	Tot. non consumatori
Piemonte e Valle d'Aosta*	2,92	24,59	27,51	1,61	23,44	25,05
Lombardia	2,82	24,33	27,15	1,45	23,49	24,94
Trentino-Alto Adige	3,71	18,03	21,74	1,90	19,01	20,91
Veneto	3,09	20,14	23,23	1,67	20,77	22,44
Friuli-Venezia Giulia	3,43	17,46	20,89	1,90	20,83	22,73
Liguria	2,51	23,26	25,77	2,12	26,90	29,02
Emilia-Romagna	3,49	19,45	22,94	1,59	22,86	24,45
Toscana	3,01	22,88	25,89	1,98	21,86	23,84
Umbria	3,70	24,35	28,05	1,11	27,51	28,62
Marche	3,30	20,77	24,07	1,31	24,33	25,64
Lazio	2,26	27,85	30,11	1,56	27,56	29,12
Abruzzo	3,70	27,54	31,24	1,47	29,16	30,63
Molise	3,06	27,66	30,72	1,53	32,35	33,88
Campania	3,28	33,73	37,01	1,78	31,34	33,12
Puglia	2,03	30,60	32,63	1,59	28,61	30,20
Basilicata	2,39	30,72	33,11	1,51	29,10	30,61
Calabria	2,31	28,61	30,92	1,51	29,12	30,63
Sicilia	3,98	34,94	38,92	1,41	35,80	37,21
Sardegna	3,51	29,27	32,78	2,00	30,53	32,53
Italia	3,01	26,24	29,25	1,62	26,33	27,95

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

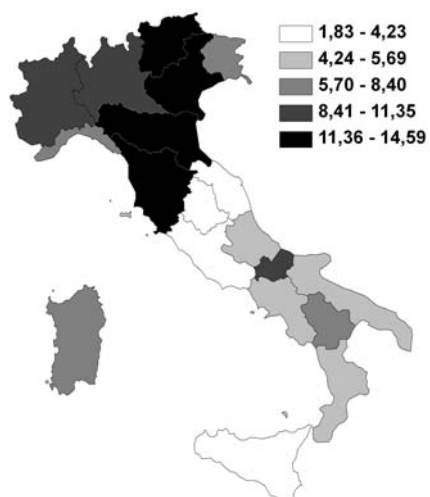
Tabella 2 - Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers di 11-18 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	4,28	10,76	0,00	6,24
Lombardia	5,02	11,35	0,00	6,51
Trentino-Alto Adige	0,77	14,59	0,00	9,24
Veneto	2,22	14,44	0,00	12,18
Friuli-Venezia Giulia	0,87	7,15	0,00	1,12
Liguria	3,59	6,62	0,00	0,00
Emilia-Romagna	0,97	11,49	0,00	5,03
Toscana	2,41	13,25	1,79	2,35
Umbria	0,00	1,83	0,00	4,85
Marche	4,96	4,23	0,70	2,81
Lazio	0,00	3,40	0,62	2,69
Abruzzo	1,61	4,66	0,00	3,58
Molise	4,26	9,57	1,74	1,61
Campania	0,83	5,25	1,48	0,00
Puglia	5,01	4,31	1,72	2,67
Basilicata	3,63	6,70	0,77	3,53
Calabria	4,09	5,69	1,21	2,37
Sicilia	0,85	3,91	0,49	1,21
Sardegna	2,82	8,40	0,00	4,72
Italia	2,50	7,81	0,62	3,87

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Prevalenza di consumatori *binge drinkers* (per 100) di 11-18 anni per regione. Maschi. Anno 2005



Prevalenza di consumatori *binge drinkers* (per 100) di 11-18 anni per regione. Femmine. Anno 2005

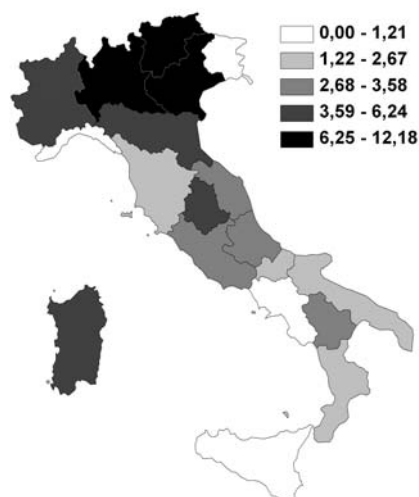


Tabella 3 - Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers di 19-64 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	12,58	19,85	2,63	5,21
Lombardia	12,76	15,96	2,68	3,01
Trentino-Alto Adige	7,75	31,92	1,54	7,01
Veneto	12,17	24,31	2,11	4,58
Friuli-Venezia Giulia	11,28	21,73	2,94	3,26
Liguria	12,77	15,45	3,29	4,32
Emilia-Romagna	11,70	16,56	3,47	3,85
Toscana	13,78	18,65	4,86	4,97
Umbria	11,91	12,17	2,25	2,51
Marche	15,81	16,40	2,78	2,66
Lazio	11,25	17,29	1,31	4,67
Abruzzo	11,80	21,96	2,33	4,51
Molise	16,42	25,86	2,06	4,47
Campania	12,07	12,22	2,95	2,67
Puglia	12,55	13,32	3,09	1,95
Basilicata	16,11	18,78	3,72	2,98
Calabria	8,81	18,86	2,36	2,59
Sicilia	5,58	7,57	1,51	1,38
Sardegna	11,74	27,61	2,38	4,25
Italia	11,69	17,02	2,63	3,54

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Tabella 4 - Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers > 65 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	49,19	4,51	13,43	0,23
Lombardia	49,42	8,11	13,98	0,73
Trentino-Alto Adige	45,74	9,49	10,08	0,89
Veneto	54,42	8,04	16,14	1,27
Friuli-Venezia Giulia	55,76	6,22	19,19	0,57
Liguria	54,19	6,24	16,89	1,63
Emilia-Romagna	46,13	1,12	12,56	1,38
Toscana	50,38	4,59	11,94	2,16
Umbria	65,07	5,66	16,36	0,63
Marche	56,56	6,01	18,70	0,86
Lazio	38,14	3,61	8,80	0,91
Abruzzo	53,05	14,48	10,86	0,75
Molise	59,23	12,25	14,99	1,67
Campania	42,03	2,46	7,69	0,27
Puglia	39,62	4,84	9,56	0,86
Basilicata	52,63	8,64	12,58	2,15
Calabria	35,64	11,96	5,50	1,02
Sicilia	26,29	2,27	3,22	1,70
Sardegna	45,43	8,85	4,83	0,00
Italia	45,94	5,61	11,59	1,00

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze disponibili mostrano che il bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare. La classificazione di consumatore a rischio non dovrebbe mai contemplare l'analisi di un unico indicatore ma avvalersi dell'analisi, anche combinata, degli indicatori disponibili attraverso definizioni, oltre che statistiche, capaci di valorizzare le indicazioni di tutela della salute. Si può essere attualmente considerati a rischio "solo" per un abuso quotidiano, ma non per *binge drinking* e viceversa ma, in realtà, nessuno di questi indicatori può "pesare" l'impatto dell'atteggiamento complessivo dell'individuo nell'adottare un modello di bere a rischio. In ogni caso, se, da un lato, circa il 70% della popolazione consuma secondo sani criteri di moderazione, esiste una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti. L'emergenza di abitudini di consumo a rischio in vasti strati della popolazione e la diffusione di modalità di "uso" dell'alcol più che di consumo, evidenziano la necessità di intervenire efficacemente attraverso misure che possano contribuire a stigmatizzare, anche culturalmente, l'approccio all'alcol. Inoltre, il consumo a rischio di alcol ed il *binge drinking* rappresentano uno dei primi tre determinanti di malattia, mortalità prematura ed invalidità ovviamente evitabili a fronte di un adeguato stile di consumo ispirato alla moderazione. È indispensabile non trascurare le iniziative di sensibilizzazione ed educazione sotto forma di cicli consecutivi e coordinati in tutte le scuole, a partire dalle materne ed elementari, che coinvolgano i livelli parentali e

familiari che rappresentano il fattore chiave per rafforzare le conoscenze e le abilità dei giovani e dei futuri adulti nella gestione del bere prima che questo giunga a rappresentare un problema comportamentale. Appare inoltre indispensabile favorire e sostenere l'interazione tra le diverse competenze della Pubblica Amministrazione, quelle sociosanitarie e con le Associazioni del privato sociale e dell'auto e mutuo-aiuto per creare, diffondere e consolidare il valore della moderazione quale presupposto essenziale di prevenzione e riduzione del bere problematico in Italia.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dottoressa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione e attuate dal Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

- (1) INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (2) Istat (2007) "La vita quotidiana nel 2005". Collana Informazioni, n.4. Roma: Istat.
- (3) E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin, S. Martire e R. Russo; Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia; Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma. Anno 2007. http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-consumi_rischio.pdf.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2005 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone di 3 anni e oltre dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia da gruppo a gruppo di alimenti a seconda dell'uso abituale e anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3, 4). L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti riferito a 100 persone selezionato per il legume, positivo o negativo, con l'indicatore obiettivo delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta (5).

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni e oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. La percentuale di popolazione che indica una determinata frequenza di consumo rispetto ad una tipologia di alimento, esprime la diffusione di un dato comportamento alimentare nella popolazione di riferimento. L'insieme di queste percentuali fornisce un profilo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica. Il riferimento ad un indicatore obiettivo aiuta a sintetizzare la complessità, a patto che l'indicatore sia connesso anche ad altre variabili che concorrono a definire lo stile alimentare. In un contesto, inoltre, in cui il tipo di rilevazione non consente di quantificare l'assunzione giornaliera in grammi di alimenti né, quindi, il confronto con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1) di calorie e nutrienti, né la valutazione in termini di energia e nutrienti, la registrazione del numero di porzioni giornaliere permette almeno la valutazione rispetto ad una raccomandazione diffusa a livello internazionale. Resta sempre valida la considerazione che in una dieta ricca di alimenti multi-ingrediente, il consumo espresso in termini di singoli alimenti può portare a sottostimare il numero di porzioni, perché il compilatore può più facilmente "dimenticare" le porzioni assunte in associazione ad altri cibi (es. i pomodori come sugo, il formaggio come guarnizione, ecc.), che magari non costituiscono una quanti-

Le Linee Guida per una sana alimentazione (4) assegnano, infatti, un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i gruppi alimentari, proprio a "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di una associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per le sostanze antiossidanti che veicolano nell'organismo umano.

Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (5), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi e occasioni di assunzione dei pasti.

tà da porzione intera in una singola occasione, ma dovrebbero essere considerati se ripetutamente consumati nella giornata o se la quantità nel piatto fosse ragguardevole.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è la soglia delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta, come variabile in sé e in rapporto alle altre componenti della dieta rilevate con l'Indagine Multiscopo (2). Gli indicatori dello stile alimentare associati sono usati in modo descrittivo per verificare se i valori dell'indicatore siano o meno associati a profili di consumo regionali diversificati. Il profilo delle frequenze a livello nazionale è stato utilizzato per identificare la posizione relativa di ciascuna regione e l'associazione con l'indicatore relativo alle porzioni giornaliere di ortaggi e verdura.

Descrizione dei risultati

Nel 2005, in Italia, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è uguale a 5,3% ed è in leggera crescita rispetto al 2003 (4,5%).

L'analisi per gruppi di alimenti qui presentata è basata sul confronto della distribuzione delle regioni rispetto all'indicatore obiettivo e agli altri indicatori disponibili per il 2005 (2). Le regioni sono state classificate in relazione all'entità dell'indicatore obiettivo rispetto al valore medio nazionale, e sono state, poi, calcolate le correlazioni tra la distribuzione delle regioni rispetto all'indicatore obiettivo con ognuna delle distribuzioni che descrivono la frequenza di con-

sumo dei diversi alimenti: “Verdure almeno una volta al giorno”; “Ortaggi almeno una volta al giorno”; “Formaggio almeno una volta al giorno”; “Salumi almeno qualche volta alla settimana”; “Pesce almeno qualche volta alla settimana”; “Frutta almeno una volta al giorno”; “Snack almeno qualche volta alla settimana”; “Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno”; “Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana”; “Uova almeno qualche volta alla settimana” e gli indicatori di stile alimentare diversi: “Pranzo in casa”; “Pranzo in mensa”; “Pranzo al ristorante o trattoria”; “Pranzo in un bar”; “Pranzo sul posto di lavoro”; “Pasto principale pranzo”; “Pasto principale cena”.

Per quanto riguarda i gruppi di alimenti, il coefficiente di correlazione r è risultato superiore a 0,5 in valore assoluto solo in due casi (consumo di verdure almeno una volta al giorno e consumo di ortaggi almeno una volta al giorno), situazione piuttosto frequente nell’analisi di un fenomeno multi-dimensionale quale è l’alimentazione. Al fine di verificare se e quali fossero eventuali profili regionali che includessero un insieme più ampio di gruppi alimentari, la tabella 1 è stata costruita considerando la concordanza, il segno della covarianza e, dunque, del coefficiente di correlazione r del quale essa costituisce il numeratore.

Osservando la tabella 1, in relazione al primo aspetto si possono individuare 5 sottoinsiemi: indicatore obiettivo [$> 6,6\%$], [$5,5\% - 6,6\%$], [$5,3\% - 5,5\%$]; [$4,0\% - 5,0\%$], [$< 4,0\%$]. Gli intervalli sono stati costruiti considerando gli estremi dell’intervallo di confidenza [$5,0\%$; $5,5\%$] e le soglie calcolate in base al coefficiente di variazione [$4,0\%$; $6,6\%$] per affinare la partizione.

Si conferma il maggiore consumo di frutta e ortaggi 5+ volte al di nelle regioni settentrionali e particolarmente del Nord-Est. Il Centro presenta in generale un andamento intermedio, insieme al Nord-Ovest, mentre tre regioni del Sud (Puglia, Basilicata e Calabria), sembrano consumare quantità inferiori.

Considerando il profilo alimentare regionale nel suo complesso, sembra esserci un andamento concorde tra

il “consumo giornaliero di 5+ porzioni di ortaggi e frutta” con i “formaggi assunti almeno una volta al giorno”, risulta invece discorde con “pane, pasta o riso (almeno 1 volta al giorno)”, “legumi in scatola” e “uova” (entrambi almeno qualche volta a settimana) più debole in senso positivo con i “dolci” almeno qualche volta a settimana e in senso negativo con salumi, pesce e snack qualche volta a settimana e frutta almeno una volta al giorno.

Un numero più elevato di correlazioni si è invece ottenuto considerando l’indicatore obiettivo e fattori che descrivono le modalità di consumo in termini di occasioni (pasti) e luoghi. Nel grafico 1 sono riportate le regioni in cui il valore relativo alla frequenza di consumo di “5+ porzioni di verdura, ortaggi o frutta al di” fosse molto differente dalla media nazionale, prendendo come soglie di riferimento il 1° e il 4° quinto della distribuzione dei valori regionali dell’indicatore obiettivo. Il grafico evidenzia un gradiente territoriale, nella relazione tra indicatore obiettivo e 4 indicatori rilevanti per valore della percentuale (pranzo in casa, pasto principale pranzo, pasto principale cena) o per la correlazione con l’indicatore obiettivo (pranzo in mensa).

Dove più si pranza in casa meno elevata è la percentuale di persone che consuma 5+ porzioni al di degli alimenti vegetali. Si potrebbe ipotizzare che l’obiettivo delle 5 porzioni di ortaggi e frutta è più facilmente raggiunto da coloro che mangiano fuori a pranzo per motivi di lavoro. Se questo sia dovuto alla maggiore facilità di ricordare le porzioni e/o, semplicemente, al fatto che ci si faciliti la vita consumando gli alimenti di più lunga preparazione fuori casa, dove si trovano già pronti, dovrebbe essere indagato a livello motivazionale.

Il fatto che le regioni in cui il legame (negativo) con il pranzo in casa sono pressoché le stesse (a parte il Veneto e la Sicilia) che si addensano negli estremi della distribuzione dell’indicatore obiettivo, rafforza l’idea che a livello macro ci sia un legame sia pure inverso.

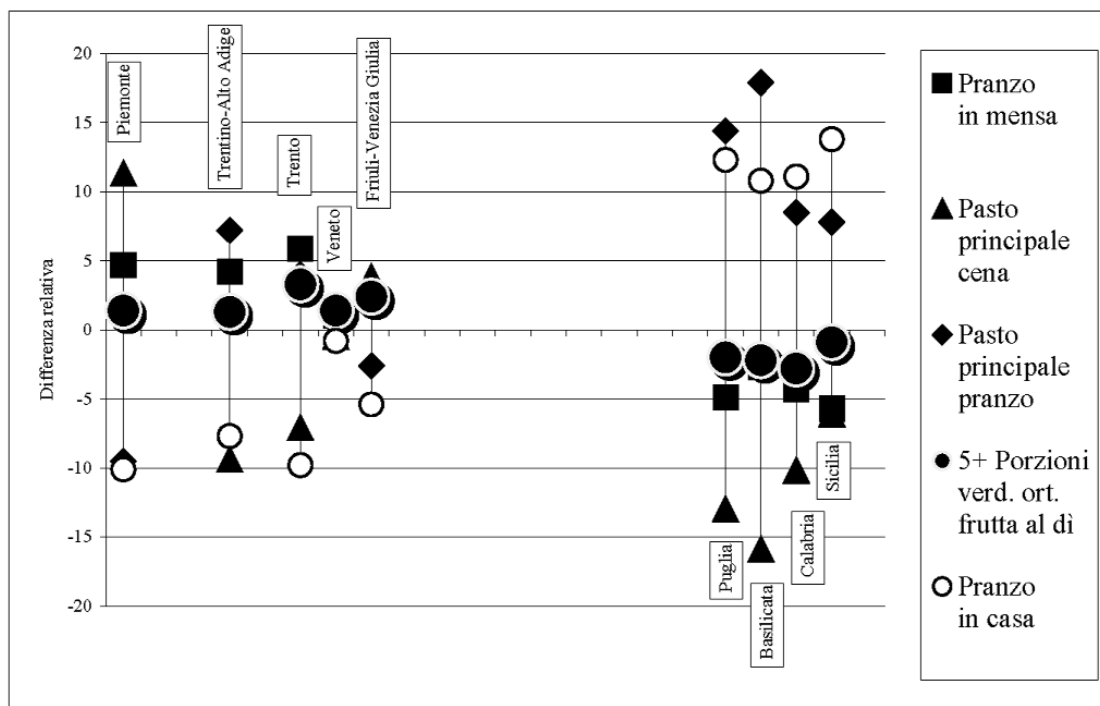
Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni e oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2005

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)				Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)								
	Indicatore obiettivo				Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno 5 e più porzioni	Salumi almeno qualche volta alla settimana	Pesce almeno qualche volta alla settimana	Frutta almeno una volta al giorno	Snack almeno qualche volta alla settimana	Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana	Uova almeno qualche volta alla settimana	Porzioni di verdura ortaggi o frutta consumate al giorno 1 porzione
	Verdure almeno una volta al giorno	Ortaggi almeno una volta al giorno	Formaggio almeno una volta al giorno	Formaggio almeno una volta al giorno									
Trento	61,7	49,7	41,3	8,6	62,7	44,3	73,1	16,4	84,9	45,1	51,3	18,0	
Friuli-Venezia Giulia	65,9	50,0	33,6	7,7	56,6	54,6	75,6	18,9	79,4	33,6	54,8	14,7	
Piemonte	60,5	51,2	32,2	6,7	52,3	50,3	77,7	19,0	85,1	30,6	57,5	13,8	
Veneto	58,9	48,0	31,7	6,7	57,6	51,6	72,4	24,1	86,9	32,7	49,1	18,2	
Trentino-Alto Adige	59,6	45,2	43,0	6,6	61,9	34,6	70,4	14,8	79,5	33,3	49,2	20,4	
Sardegna	46,5	42,8	36,4	6,4	58,1	56,9	78,3	24,6	82,1	43,3	54,3	15,9	
Campania	37,8	29,3	15,1	6,0	65,5	69,2	80,8	32,0	88,1	74,4	64,5	22,5	
Toscana	55,0	47,2	24,0	5,7	59,4	58,1	76,7	16,5	89,5	50,1	54,9	15,4	
Liguria	52,1	43,9	22,0	5,6	57,4	62,5	76,9	19,3	85,3	33,0	58,5	16,1	
Lazio	52,3	39,8	17,5	5,5	53,5	58,4	73,9	20,3	83,6	46,6	59,9	17,9	
Italia	48,9	40,8	25,5	5,3	61,7	58,8	77,3	23,8	87,1	46,9	57,6	18,8	
Emilia-Romagna	60,5	51,9	22,8	5,1	63,8	53,7	79,0	19,7	90,4	37,2	50,2	16,5	
Umbria	53,2	43,6	16,6	5,1	70,3	59,1	79,6	20,7	92,6	58,3	61,3	14,4	
Valle d'Aosta	48,9	42,9	41,6	4,9	57,6	48,1	69,6	21,1	84,6	33,1	54,7	17,4	
Lombardia	50,2	45,4	34,0	4,9	69,7	54,9	74,9	28,1	84,4	37,3	51,7	19,2	
Molise	34,8	33,1	20,9	4,7	63,1	64,3	83,9	29,4	92,6	58,9	64,4	19,8	
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>57,4</i>	<i>40,4</i>	<i>44,6</i>	<i>4,5</i>	<i>61,1</i>	<i>24,5</i>	<i>67,6</i>	<i>13,1</i>	<i>73,8</i>	<i>20,9</i>	<i>47,1</i>	<i>23,1</i>	
Marche	52,1	42,2	15,3	4,5	67,8	63,4	78,4	20,4	91,3	37,0	55,8	18,2	
Sicilia	35,5	24,7	23,1	4,4	63,7	68,1	78,4	25,1	93,9	53,9	70,6	22,9	
Abruzzo	39,3	39,5	18,6	4,3	62,2	60,3	81,5	23,4	91,4	55,5	64,7	21,8	
Puglia	35,7	33,1	24,1	3,3	59,0	64,7	82,5	25,9	84,2	62,6	59,5	20,3	
Basilicata	31,9	25,2	19,4	3,1	63,9	63,5	82,5	25,4	93,0	69,2	62,2	21,9	
Calabria	35,0	28,7	23,8	2,5	65,1	66,6	78,2	26,5	91,0	65,6	64,6	24,2	

*Calcolato in base al coefficiente di variazione che espresso in percentuale è pari al 25%.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo. "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005 (2).

Grafico 1 - Differenza relativa tra valore osservato nelle regioni e per l'Italia della proporzione di persone di 3 anni e oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di "5+ porzioni di ortaggi, verdura e frutta al dì" (Indicatore obiettivo" e 4 indicatori di stile alimentare. Le regioni sono state selezionate in base all'ordine di grandezza della differenza relativa, considerando le regioni per le quali il valore osservato risultava al di sotto del 1° quintile o al di sopra del 4° quintile - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo, "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005 (2).

Raccomandazioni di Osservasalute

La promozione del consumo di ortaggi, verdura e frutta resta ancora un importante obiettivo da raggiungere. La direzione dei dati è verso un aumento della percentuale di persone che consuma 5 e più porzioni al giorno, ma ancora estremamente bassa considerando che rappresenta un obiettivo di educazione alimentare.

L'approfondimento delle motivazioni e delle modalità di consumo è un altro punto che varrebbe la pena di approfondire per dettagliare meglio l'interpretazione dei risultati. La tipologia di dati qui trattata consente di tracciare i profili regionali, ma non permette di risalire alle motivazioni e alle modalità specifiche di consumo. Potrebbe, dunque, essere interessante studiare il fenomeno in questa direzione, analizzando tra l'altro le barriere sociali e personali che agiscono da ostacolo ad una sana alimentazione.

Ma tutto questo risulterà possibile quando sarà completamente realizzata la messa in rete dei diversi sistemi di sorveglianza. Infatti un punto importante per la promozione di salutari stili alimentari è quello del monitoraggio regolare, attitudine che le regioni italiane hanno acquisito da tempo (5), ma che per dare vita ad un sistema di sorveglianza nutrizionale richiede

tempo e investimenti. La messa in rete di risorse, ma soprattutto competenze e buone pratiche, sarà il contesto ideale per realizzare questi obiettivi. In questo contesto, il consumo fuori casa costituirà un punto centrale, visto che apparentemente è chi pranza fuori casa che più facilmente supera le 5+ porzioni di frutta e ortaggi. Sono già in atto progetti europei che studiano il settore e dai quali potranno emergere utili indicazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET (2001): Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat (2007): "La vita quotidiana nel 2005". Indagine MULTISCOPO "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005. Informazioni, n. 4. Roma: Istat. pp. 58-61.
- (3) SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana (1996): Livelli di Assunzione Raccomandata in energia e nutrienti (LARN), Istituto Nazionale della Nutrizione (attualmente INRAN - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), Roma.
- (4) INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
- (5) Turrini A (2006): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2006, p. 30-31.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. Le vaccinazioni costituiscono un potente strumento di prevenzione nel campo della Sanità Pubblica. Raggiungere una copertura soddisfacente e riuscire ad eliminare alcune delle malattie prevenibili, come il morbillo o la rosolia, è uno degli obiettivi prioritari dei piani di prevenzione nazionale e regionali. La copertura vaccinale e la valutazione degli scostamenti dal raggiungimento degli obiettivi previsti è molto importante per fornire informazioni essenziali riguardo i programmi di immunizzazione intrapresi, sia in termini di adeguatezza sia di efficienza ed efficacia.

Nonostante l'evidenza sugli esiti importanti ottenuti con le vaccinazioni di massa (eradicazione del vaiolo) e la drastica riduzione, nel nostro paese, di malattie come la difterite e il tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi disomogenee sul territorio.

In Italia le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B, Polio, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale di bambini

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

Numeratore Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi

Denominatore Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati routinariamente dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per Morbillo, Parotite e Rosolia, si riferiscono ad una dose di MPR; questi tuttavia potrebbero risultare sotto-stimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000, nell'Obiettivo II "Contrastare le principali patologie", prevedeva il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Tali obiettivi vengono riconfermati nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

Descrizione dei risultati

Le coperture che riguardano la vaccinazione contro la

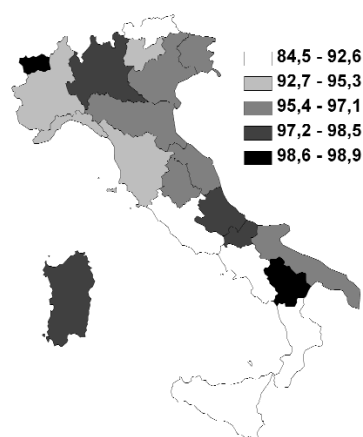
Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore ai 24 mesi per regione e tipologia di vaccino - Anno 2005

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,0	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle d'Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	98,3	98,2	98,1	93,0	97,4
Bolzano-Bozen	89,1	88,1	88,4	58,4	87,3
Trento	96,7	96,8	96,0	84,7	94,1
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli-Venezia Giulia	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
Marche	98,1	98,1	97,9	87,5	97,1
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	94,5	97,3	93,5	86,8	89,3
Puglia*	99,0	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna*	98,4	98,4	98,5	92,5	98,5
Italia	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7

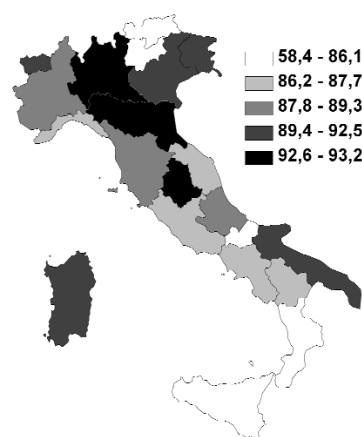
*Copertura indicata dalla regione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive. Aggiornamento al 5 dicembre 2006.

Tassi di copertura vaccinale (per 100) per Hib e per regione. Anno 2005



Tassi di copertura vaccinale (per 100) per MPR e per regione. Anno 2005



Poliomielite, DT-DTP e HBV sono uniformemente distribuite su tutto il territorio italiano, con una media nazionale superiore al 95%, che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Rapporto Osservasalute 2006 pagg. 41-42); ci sono, però, regioni i cui valori sono ancora al di sotto degli obiettivi previsti (Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Campania e Sicilia). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non sono ancora ottimali (media nazionale 87,3%) e in confronto ai dati del 2003 si osserva una leggera riduzione della copertura (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 41-42); nessuna regione ha raggiunto il 95%, obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Per quanto concerne l'Hib, negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura (anche se il valore risulta ancora sub-ottimale, con una media nazionale del 94,7%), probabil-

mente legato, come già osservato per la Pertosse, all'effetto trascinarsi che si è verificato con l'utilizzo di preparati vaccinali combinati con gli altri previsti nel primo anno di vita.

Confronto internazionale

Dai dati del Rapporto Unicef 2007, risulta che la copertura vaccinale per Polio e DT-DTP nei paesi industrializzati presenta valori non omogenei e spesso al di sotto del 95% (per esempio Stati Uniti, Regno Unito, Germania e Australia); l'Italia mostra valori sovrapponibili a quelli della Spagna (96%), mentre Francia e Paesi Bassi raggiungono una copertura vaccinale pari al 98%, valore più alto fra quelli osservati (tabelle 1 e 2).

Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore a 12 mesi in alcuni paesi industrializzati per antigene - Anno 2005

Paesi	Poliomielite	DT - DTP	HBV
Australia	92	92	94
Canada	89	94	n.d.
Danimarca	93	93	n.d.
Francia	98	98	29
Germania	94	90	84
Grecia	87	88	88
Paesi Bassi	98	98	n.d.
Portogallo	93	93	94
Regno Unito	91	91	n.d.
Spagna	96	96	96
Stati Uniti d'America	92	96	92

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto UNICEF 2007. The United Nations Children's Fund (UNICEF). Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica. Attualmente in Italia la normativa vigente prevede un calendario vaccinale misto, comprendente vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tale normativa rappresenta uno specchio di esigenze sanitarie globali individuate da un organo sovranazionale, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 vengono confermati nel PSN 2006-2008 e prevedono il mantenimento di elevate coperture vaccinali e la promozione di interventi di recupero per le vaccinazioni per le quali non siano ancora stati raggiunti livelli di

copertura soddisfacenti. Contestualmente è opportuno che i genitori vengano informati correttamente sui rischi ed i benefici della vaccinazione, per favorire un'adesione consapevole al programma vaccinale, di cui spesso ne ignorano l'importanza in termini di tutela della salute sia dei loro bambini sia della collettività. Inoltre è necessario uniformare su tutto il territorio nazionale l'assetto organizzativo dell'offerta vaccinale alla popolazione, incentivando la collaborazione tra gli operatori delle ASL e i pediatri di famiglia e mettendo a disposizione un sistema informatico (anagrafi vaccinali) per la registrazione delle dosi somministrate e la tempestiva chiamata degli inadempienti.

Fumo

Significato. Il fumo rappresenta la “prima causa di morte facilmente evitabile”; secondo i dati diffusi dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i decessi ad esso attribuibili sono circa 1,2 milioni ogni anno di cui il 35% è dovuto a tumori, il 56% a malattie cardiovascolari e respiratorie e il 9% ad altre cause. Sempre secondo l’OMS, se non saranno adottate misure efficaci, le morti attribuibili al fumo potranno divenire 8,3 milioni nel 2030 e l’80% delle vittime si registrerà nei Paesi a reddito medio e basso.

Nel nostro Paese i fumatori sono circa 11,8 milioni (23,5%) e l’età media alla quale le persone iniziano il consumo di tabacco è di 15,8 anni, in particolare il

26,6% prima dei 15 anni e il 58,2% tra i 15 e i 17 anni (1). Numerose sono le motivazioni che spingono verso l’iniziazione al fumo. Per i giovani significa entrare nell’età adulta e potersi esprimere di conseguenza, per gli adulti il fumare esprime un’immagine personale di prestigio e di disinvoltata sicurezza, mentre per le donne c’è il desiderio di apparire emancipate.

La valutazione dei dati riguardanti la prevalenza del consumo di tabacco consente di misurare il fenomeno tra la popolazione e di individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano attività di prevenzione e di controllo.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. L’indagine Multiscopo dell’Istat “Aspetti della vita quotidiana” rileva ogni anno molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. A partire dal 1993 l’indagine è stata condotta tutti gli anni e nel 2006 è stata effettuata a febbraio su un campione di circa 19 mila famiglie (per un totale di circa 49 mila individui) distribuite in 849 comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di fumatori può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso, ossia intorno al 18/19% (Calabria, Trento, Molise).

Descrizione dei risultati

I fumatori, in Italia, risultano più numerosi al Centro-Sud (Lazio 25,7%, Sicilia 25,5%, Campania 26,9%) rispetto alle regioni settentrionali e, in particolare, al Nord-Est (PA di Trento 19,2%, PA di Bolzano 19,8%); gli ex-fumatori, invece, si distribuiscono prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord (Emilia-Romagna 25,5%, Veneto 25,3%) rispetto al Meridione (Sicilia 18,5%, Calabria 19,3%) (Tabella 1). Confrontando i dati del 2006 con quelli dell’anno 2005 (Rapporto Osservasalute 2007, pag. 42), non si osservano variazioni rilevanti per tutte e tre le categorie descritte nella Tabella 1. I dati stratificati per sesso ed età mostrano che l’abitudine al fumo è più diffusa fra gli uomini (28,8%) rispetto alle donne (17,0%) e con un maggior interessamento delle fasce di età comprese fra i 20 e i 54 anni, mentre i dati riguardanti i non fumatori mostrano una netta prevalenza nelle donne (65,5%) rispetto agli uomini (38,7%) (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per regione - Anno 2006

Regioni	Fumatori %	Ex Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	Numero medio sigarette al giorno
Piemonte	22,2	23,2	52,8	96,9*	13,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,4	21,8	56,4	97,1	14,3
Lombardia	22,3	25,1*	51,0*	98,0	12,1
Trentino-Alto Adige	19,5*	23,1	54,0	96,7	12,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19,8</i>	<i>24,0</i>	<i>54,1</i>	<i>96,5</i>	<i>12,4</i>
<i>Trento</i>	<i>19,2</i>	<i>22,3</i>	<i>53,8</i>	<i>96,9</i>	<i>11,6</i>
Veneto	20,0*	25,3*	53,0	97,6	11,3
Friuli-Venezia Giulia	21,2	24,2	49,8	99,1*	13,2
Liguria	19,5*	23,8	55,9*	98,0	13,8
Emilia-Romagna	23,9	25,5*	49,5*	97,5	12,6
Toscana	22,6	25,2*	50,8	97,3	13,8
Umbria	22,9	25,7	49,8	97,6	13,2
Marche	20,9	26,2*	52,2	96,0*	13,1
Lazio	25,7*	22,3	48,0*	97,7	14,2
Abruzzo	20,7	20,6	57,2*	96,1*	13,6
Molise	19,1	20,1	59,8*	96,6	13,8
Campania	26,9*	19,3*	52,9	98,4*	14,9
Puglia	20,0*	19,6*	58,4*	98,6*	13,5
Basilicata	21,8	19,4	57,1*	99,3*	13,3
Calabria	18,7*	19,3*	59,5*	98,3	13,7
Sicilia	25,5*	18,5*	54,7*	98,5*	15,0
Sardegna	21,6	25,5*	50,0	99,1*	14,6
Italia	22,7	22,8	52,6	97,9	13,3

*Valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo per regione. Anno 2006

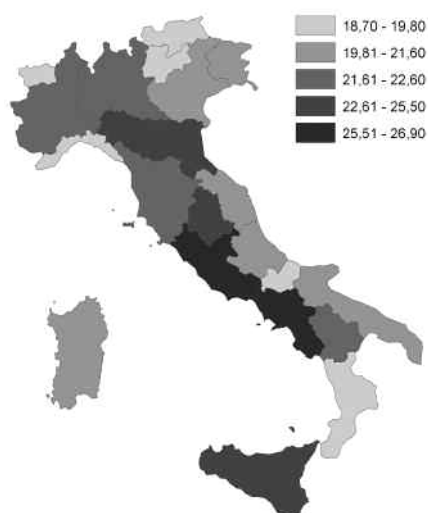


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per classe d'età, sesso e abitudine al fumo - Anno 2006

Classi di età	Maschi			Femmine		
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
14-17	9,1	4,0	84,8	5,9	4,7	88,0
18-19	25,8	7,0	64,9	13,8	7,8	75,4
20-24	33,8	8,9	54,2	23,5	7,2	67,6
25-34	36,9	16,6	43,7	21,9	14,7	61,7
35-44	36,6	24,0	37,6	22,7	20,4	55,4
45-54	33,4	32,3	32,7	24,3	21,1	53,1
55-59	30,9	40,4	26,9	21,1	17,6	59,6
60-64	25,5	45,5	27,4	14,9	17,8	65,2
65-74	18,2	52,7	27,6	7,9	15,7	74,5
75 ed oltre	9,2	59,0	30,1	3,4	10,7	84,3
Totale	28,8	30,5	38,7	17,0	15,7	65,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

In accordo con le indicazioni fornite da tempo dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui si possono ottenere risultati positivi nella lotta al tabagismo sviluppando strategie multisettoriali ed integrate, in Italia, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), prevede quali obiettivi prioritari della politica sanitaria la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione dei danni provocati dal fumo, soprattutto tramite la sensibilizzazione dei giovani e delle donne.

In questo contesto, per poter ottenere risultati tangibili valutabili tramite la riduzione nel tempo dell'incidenza e della prevalenza dei fumatori e di una diminuzione delle patologie legate al fumo, appare fondamentale la necessità di interventi non solo del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), ma anche delle strutture che risultano più vicine all'utenza, quali i distretti socio-sanitari, i consultori, i Medici di Medicina Generale, i pediatri, gli istituti scolastici, etc.. Naturalmente, ogni intervento di promozione ed educazione dovrà tenere conto delle diverse realtà sociali, culturali, geografiche ed economiche ed individuare correttamente il target della popolazione più a rischio da raggiungere, in questo caso le don-

ne e soprattutto le adolescenti che potrebbero diventare nuove fumatrici, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e coordinare le iniziative contro il fumo già presenti sul territorio nazionale.

In tale ambito, si inserisce il programma sostenuto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento multisettoriale con azioni rivolte a favorire stili di vita salutari fra cui la riduzione non solo del fumo fra i fumatori, ma anche la prevenzione dell'iniziazione a tale abitudine. Fra i punti fondamentali del programma sono previste campagne educazionali rivolte alla popolazione generale, mirate per età, sesso e contesti familiari e lavorativi, sviluppo di programmi rivolti alle scuole, interventi di regolamentazione della vendita del prodotto, di informazione ai consumatori, promozione di insegnamenti specifici sul tabagismo ai medici e al personale sanitario e delle associazioni di volontariato, potenziamento dei Centri antitabacco e sviluppo di iniziative, in particolare, per le mamme e in generale per le donne in età fertile e/o in gravidanza.

Riferimenti bibliografici

(1) OSSFAD - Indagine Doxa-ISS 2007.

Consumo di alcol

Significato. Secondo le Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (1) riguardo al consumo di alcolici sono da considerarsi a maggior rischio: le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA¹); gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 15 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni, che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi parimen-

ti a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2). In coerenza con tali definizioni e attraverso opportuni indicatori di sintesi, specifici per target di età, l'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) identifica i "consumatori a rischio" come quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore degli indicatori che seguono.

Prevalenza di consumatori (uomini) giovani a rischio (criterio ISS)

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 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 11-18 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) giovani a rischio (criterio ISS)

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 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 11-18 anni	

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio (criterio ISS)

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 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 19-64 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) adulte a rischio (criterio ISS)

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 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 19-64 anni	

¹Una unità alcolica contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde a 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 dei consumatori (uomini) anziani a rischio (criterio ISS)

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

Prevalenza di consumatrici (donne) anziane a rischio (criterio ISS)

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

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo Istat, "Aspetti della vita quotidiana" (3), rileva solo per vino e birra il numero di bicchieri consumati giornalmente; per aperitivi alcolici, amari e super alcolici la quantificazione giornaliera in bicchieri è stata ottenuta attraverso conversioni specifiche applicate alle modalità di risposta "Più di 2 bicchierini al giorno" e "1-2 bicchierini al giorno" delle domande previste dall'indagine.

Le prevalenze dei consumatori a rischio (*hazardous* secondo la classificazione internazionale della Organizzazione Mondiale della Sanità (4)) e dei *binge drinkers* identificano due diverse modalità di consumo a rischio: la prima più diffusa tra gli anziani e la seconda tra i giovani. La disaggregazione del campione per sesso, ripartizione territoriale e classi di età, proposte nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute determinava, per alcune zone, una riduzione drastica del campione e una conseguente perdita della capacità informativa degli indicatori stessi. Il criterio proposto dall'Istituto Superiore di Sanità in questa edizione fornisce una soluzione ottimale attraverso un originale indicatore di sintesi delle due tipologie di consumo a rischio, utile nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è la media dei valori regionali relativa agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori (uomini) giovani a rischio: 20,7%;
- prevalenza di consumatori (donne) giovani a rischio: 13,1%;
- prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio: 21,4%;
- prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio: 5,3%;
- prevalenza dei consumatori (uomini) anziani a rischio: 47,7%;
- prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio: 11,5%.

Descrizione dei risultati

I non consumatori (Tabella 1). La quota di coloro che tra il 2005 ed il 2006 non risultano esposti al rischio alcolcorrelato (astemi e astinenti) è aumentata a livello nazionale (27,9% IC 95% [27,5;28,4] vs 29,6% IC 95% [29,14;30,10]).

I consumatori a rischio (Grafico 1). Il 26,3% degli uomini e il 7,5% delle donne di età superiore a 11 anni consuma bevande alcoliche secondo modalità a maggior rischio. Rilevanti differenze si riscontrano a livello regionale con oscillazioni che vanno dal 15,9% (Sicilia) al 39,4% (Molise) tra gli uomini e dal 3,5% (Sicilia) al 13,0% (Friuli-Venezia Giulia) tra le donne.

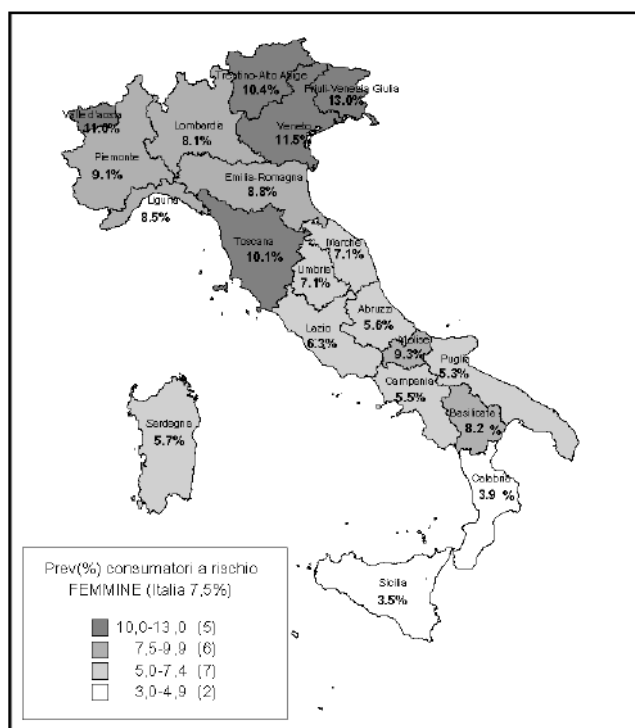
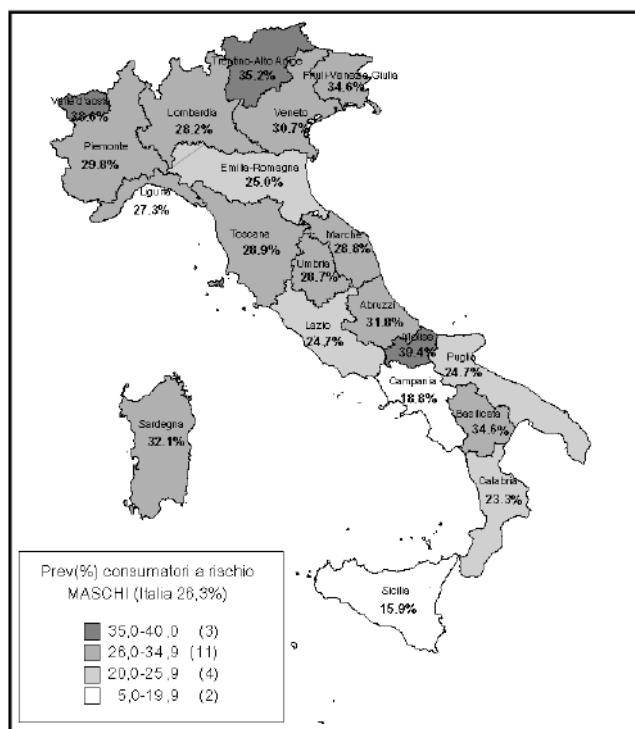
I giovani (Tabella 2). Il consumo a rischio in Italia nella classe 11-18 anni risulta più elevato della media nazionale in 9 regioni per i ragazzi ed in 11 per le ragazze con il valore di prevalenza più elevato registrato per entrambe i sessi nella Provincia Autonoma di Bolzano (M = 39,3%; F = 27,1%). Per i ragazzi si registrano, inoltre, valori molto elevati in Veneto (33,1%), Molise (30,6%) e Valle d'Aosta (29,1%). Le regioni con le prevalenze più basse risultano essere Sicilia, Marche ed Emilia-Romagna per i ragazzi, Abruzzo e Calabria per le ragazze.

Gli adulti (Tabelle 3 e 4). Nella fascia 19-64 anni per entrambi i sessi le realtà a maggior rischio risultano essere: la PA di Bolzano (M = 38,6%; F = 10,6%), la Valle d'Aosta (M = 34,0%; F = 8,3%), il Friuli-Venezia Giulia (M = 31,2%; F = 10,2%) ed il Molise (M = 33,9%; F = 7,6%), a cui si aggiunge la Basilicata (30,8%) per gli uomini, e il Veneto (7,7%) per le donne. La Provincia Autonoma di Trento presenta elevate concentrazioni di *binge drinkers* pur non risultando tra le regioni con valore di rischio complessivo elevato. Le regioni con valori di prevalenza più bassi per entrambe i sessi sono Campania e Sicilia (per le donne anche la Calabria).

Gli anziani (Tabella 5). I più elevati valori di prevalenza di anziani a rischio si registrano tra gli uomini in Valle d'Aosta (56,5%), Molise (61,6%), Veneto (58,6%) e Liguria (M=38,6%); tra le donne in Veneto

(20,5%), Friuli Venezia Giulia (17,5%), Liguria (16,6%) e Toscana (16,5%). Le regioni con i valori più bassi risultano essere Sicilia, Calabria per entrambe i sessi oltre alla Sardegna per le donne.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e regione - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 1 - Distribuzione dei non consumatori e dei consumatori (per 100) per regione - Anni 2005-2006

Regioni	2005				2006			
	Consumavano	Mai	Tot. non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Tot non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,6*	23,4*	25,0*	72,5*	1,8	25,6	27,4	70,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,5	23,0	24,5	73,6
Lombardia	1,4	23,5	24,9	72,6	1,9	25,9	27,8	70,3
Trentino-Alto Adige	1,9	19,0	20,9	75,4	2,4	19,2	21,6	75,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	2,3	14,8	17,2	80,8
<i>Trento</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	2,5	23,3	25,8	69,7
Veneto	1,7	20,8	22,5	76,2	1,6	21,4	23,0	75,2
Friuli-Venezia Giulia	1,9	20,8	22,7	73,7	1,9	22,6	24,6	70,2
Liguria	2,1	26,9	29,0	69,8	1,3	28,3	29,5	69,4
Emilia-Romagna	1,6	22,9	24,5	74,2	1,8	20,7	22,4	76,1
Toscana	2,0	21,9	23,9	72,4	2,0	23,1	25,1	73,3
Umbria	1,1	27,5	28,6	70,3	1,2	25,6	26,8	71,7
Marche	1,3	24,3	25,6	72,3	1,0	24,7	25,7	73,5
Lazio	1,6	27,6	29,2	66,6	1,8	27,3	29,2	66,6
Abruzzo	1,5	29,2	30,7	68,1	1,1	33,2	34,4	64,2
Molise	1,5	32,3	33,8	64,7	2,0	31,7	33,7	64,9
Campania	1,8	31,3	33,1	65,3	2,0	34,4	36,4	62,1
Puglia	1,6	28,6	30,2	66,8	1,5	30,6	32,1	65,7
Basilicata	1,5	29,1	30,6	67,0	1,3	32,8	34,1	64,3
Calabria	1,5	29,1	30,6	66,6	2,4	30,9	33,2	64,2
Sicilia	1,4	35,8	37,2	61,2	1,9	39,8	41,6	56,9
Sardegna	2,0	30,5	32,5	64,0	1,8	30,4	32,1	64,4
Italia	1,6	26,3	27,9	69,7	1,8	27,8	29,6	68,3

n.d. = non disponibile.

*Dato fornito per Piemonte e Valle d'Aosta accorpate.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC *Research on Alcohol* sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 2 - Prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) (per 100) di 11-18 anni per regione e sesso - Anno 2006

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	18,1	13,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,1	18,8
Lombardia	18,9	13,6
Trentino-Alto Adige	32,1	19,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>39,3</i>	<i>27,1</i>
<i>Trento</i>	<i>24,9</i>	<i>8,0*</i>
Veneto	33,1	17,6
Friuli-Venezia Giulia	23,7	19,9
Liguria	17,7	11,2
Emilia-Romagna	16,9	16,2
Toscana	26,4	14,6
Umbria	27,3	4,1*
Marche	16,0	17,6
Lazio	20,3	12,7
Abruzzo	19,9	7,0
Molise	30,6	10,8
Campania	17,8	11,3
Puglia	23,4	13,9
Basilicata	28,4	16,9
Calabria	17,1	7,5
Sicilia	16,8	9,9
Sardegna	18,9	13,7
Italia	20,7	13,1

*Dato non significativo.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC *Research on Alcohol* sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 3 - Prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) (per 100) di 19-64 anni per regione e sesso - Anno 2006

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	23,0	6,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,0	8,3
Lombardia	23,9	6,5
Trentino-Alto Adige	33,1	9,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>38,6</i>	<i>10,6</i>
<i>Trento</i>	<i>27,8</i>	<i>7,4</i>
Veneto	23,8	7,7
Friuli-Venezia Giulia	31,2	10,2
Liguria	17,7	4,1
Emilia-Romagna	18,8	5,8
Toscana	23,4	6,9
Umbria	22,1	5,4
Marche	22,6	5,4
Lazio	20,0	5,2
Abruzzo	28,4	3,7
Molise	33,9	7,6
Campania	14,2	3,6
Puglia	20,2	2,9
Basilicata	30,8	6,3
Calabria	20,4	3,2
Sicilia	12,3	2,6
Sardegna	31,0	5,3
Italia	21,4	5,3

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC *Research on Alcohol* sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 4 - Prevalenza di consumatori eccedenti i limiti indicati dalle Linee Guida INRAN e binge drinkers (per 100) di 19-64 anni per regione e sesso - Anno 2006

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte	10,5	17,9	1,9	5,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,9	27,3	2,7	6,4
Lombardia	8,4	19,4	1,9	5,1
Trentino-Alto Adige	6,1	31,3	1,0	8,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,0</i>	<i>36,7</i>	<i>0,2</i>	<i>10,4</i>
<i>Trento</i>	<i>6,2</i>	<i>26,1</i>	<i>1,7</i>	<i>6,1</i>
Veneto	8,8	18,9	2,7	6,3
Friuli-Venezia Giulia	10,4	26,2	3,8	7,2
Liguria	7,9	12,5	1,7	2,7
Emilia-Romagna	8,0	13,7	1,5	4,8
Toscana	12,4	15,4	3,3	3,9
Umbria	9,5	14,7	1,0	4,7
Marche	10,0	15,9	2,0	3,4
Lazio	6,9	16,3	0,8	4,5
Abruzzo	11,1	22,0	1,6	2,3
Molise	12,8	30,0	3,1	6,0
Campania	5,8	11,1	1,4	2,4
Puglia	10,8	12,5	1,1	1,8
Basilicata	10,7	25,7	0,6	5,9
Calabria	8,1	16,3	1,3	2,2
Sicilia	3,6	10,2	0,6	2,1
Sardegna	9,4	25,4	0,7	4,8
Italia	8,4	16,6	1,6	4,1

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC *Research on Alcohol* sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 5 - Prevalenza consumatori a rischio (criterio ISS) (per 100) di >65 anni per regione e sesso - Anno 2006

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	56,5	15,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,9	15,8
Lombardia	50,1	10,8
Trentino-Alto Adige	46,7	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>48,1</i>	<i>15,1</i>
<i>Trento</i>	<i>45,5</i>	<i>8,6</i>
Veneto	58,6	20,6
Friuli-Venezia Giulia	50,1	17,5
Liguria	56,8	16,6
Emilia-Romagna	48,3	14,1
Toscana	47,0	16,5
Umbria	49,7	11,5
Marche	53,5	8,2
Lazio	45,3	7,4
Abruzzo	48,9	10,3
Molise	61,6	13,1
Campania	42,1	8,6
Puglia	43,9	9,4
Basilicata	51,2	9,4
Calabria	38,6	4,3
Sicilia	29,4	3,5
Sardegna	44,4	4,0
Italia	47,7	11,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC *Research on Alcohol* sui dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Un numero consistente di individui consuma, in Italia, bevande alcoliche secondo modalità e in quantità tali da risultare a maggior rischio. L'individuazione precoce dei cosiddetti bevitori "problematici" e le relative strategie di prevenzione rappresentano gli obiettivi prioritari per prevenire le problematiche alcol correlate (5) insieme all'imperativo categorico di ridurre a zero la prevalenza ed i consumi dei ragazzi al di sotto dei 15 anni (Obiettivo Health For All (6)). In particolare, nelle realtà in cui le modifiche registrate negli stili di vita e di consumo alcolico hanno determinato un incremento tangibile del rischio specifico con ripercussioni sulla salute e sulla sicurezza (incidenti stradali, atti di violenza o criminosi alcol correlati), la prevenzione è la strategia chiave per assicurare il risparmio degli elevati costi (evitabili) sanitari e sociali ed un concreto investimento per la collettività. Nell'ambito delle esperienze del Progetto EIBI (*Early Identification and Brief Intervention*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (7), l'ISS, attraverso il gruppo di lavoro IPIB-PHEPA (Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in *Primary Health Care Project on Alcohol*), ha attivato corsi accreditati ECM (8) per la formazione degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria atta a favorire e supportare le motivazioni al cambiamento del bevitore problematico. Molto dovrà essere fatto per ridurre la pressione mediatica, sociale, pubblicitaria e spesso familiare che incide, più di altri fat-

tori, sulla cultura del bere. Bisogna, inoltre, rafforzare le politiche che perseguano con maggiore convinzione la tutela soprattutto dei minori, dei giovani e degli anziani.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione e 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) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (2) E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin, S. Martire, E. Chessa, R. Scipione, R. Russo e G. Farchi. Alcol e giovani, alcol e anziani. Il confronto generazionale di un rischio condiviso: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/apd_2008/dati/Apd08-rapporto_scafato.pdf.
- (3) Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2006. Roma: Istat.
- (4) Anderson, P. (1996) Alcohol and Primary Health Care. World Health Organization Regional Publications: European Series No. 64. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- (5) E. Scafato, A. Allamani, T. Codenotti, F. Marcomini, V. Patussi, A. Rossi, P. Struzzo, R. Russo e il Gruppo nazionale italiano PHEPA. L'implementazione e l'integrazione di

diagnosi precoce e intervento breve nell'attività quotidiana dei medici generici. Salute e Territorio, N. 155 - 2006 pag. 85: <http://www.salute.toscana.it/saluter/docs/2006/art155.pdf>.

(6) Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region: <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>.

(7) WHO Collaborative Project on Identification and management of alcohol-related problems in primary health

care. Report on Phase I:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf.

(8) Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico:

<http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20PIB%20a%20edizione.1208857286.pdf>.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2006 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone di 3 anni ed oltre dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia da gruppo a gruppo di alimenti a seconda dell'uso abituale e anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3).

L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti riferito a 100 persone selezionato per il legume, positivo o negativo,

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. La percentuale di popolazione che indica una determinata frequenza di consumo rispetto ad una tipologia di alimento, esprime la diffusione di un dato comportamento alimentare nella popolazione di riferimento. L'insieme di queste percentuali fornisce un profilo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica. Il riferimento ad un indicatore obiettivo aiuta a sintetizzare la complessità, a patto che l'indicatore sia connesso anche ad altre variabili che concorrono a definire lo stile alimentare.

In un contesto, inoltre, in cui il tipo di rilevazione non consente di quantificare l'assunzione giornaliera in grammi di alimenti né, quindi, il confronto con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1) di calorie e nutrienti, né la valutazione in termini di energia e nutrienti, la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette almeno la valutazione rispetto ad una raccomandazione diffusa a livello internazionale. Resta sempre valida la considerazione che in una dieta ricca di alimenti multi-ingrediente, il consumo espresso in termini di singoli alimenti può portare a sottostimare il numero di porzioni, perché il compilatore può più facilmente "dimenticare" le porzioni assunte in associazione ad altri cibi (es. i pomodori come sugo, il formaggio come guarnizione, etc.), che magari non costituiscono una quantità da porzione

con l'indicatore obiettivo delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta (4).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (3) assegnano, infatti, un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i gruppi alimentari, proprio a "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di un'associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per le sostanze antiossidanti che veicolano nell'organismo umano. Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (4), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi e occasioni di assunzione dei pasti.

intera in una singola occasione, ma dovrebbero essere considerati se ripetutamente consumati nella giornata o se la quantità nel piatto fosse ragguardevole.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è la soglia delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta, come variabile in sé e in rapporto alle altre componenti della dieta rilevate con l'Indagine Multiscopo (2). Gli indicatori dello stile alimentare associati sono usati in modo descrittivo per verificare se i valori dell'indicatore siano o meno associati a profili di consumo regionali diversificati. Il profilo delle frequenze a livello nazionale è stato utilizzato per identificare la posizione relativa di ciascuna regione e l'associazione con l'indicatore relativo alle porzioni giornaliere di ortaggi e verdura.

Descrizione dei risultati

Nel 2006, in Italia, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è uguale a 5,3%, ossia esattamente la stessa che si riscontrava per l'anno precedente.

Analogamente a quanto riportato nel Rapporto Osservasalute 2007 (pagg. 58-61) (4), l'indicatore obiettivo è usato come variabile guida per l'analisi delle frequenze di consumo dei diversi gruppi alimentari e degli altri indicatori dello stile alimentare della popolazione disponibili per il 2006 (2). I gruppi di alimenti e le frequenze selezionate in base alle tavole pubblicate sono: "Verdure almeno una volta al giorno"; "Ortaggi almeno una volta al giorno"; "Formaggio almeno una volta al giorno"; "Salumi

almeno qualche volta alla settimana”; “Pesce almeno qualche volta alla settimana”; “Frutta almeno una volta al giorno”; “Snack almeno qualche volta alla settimana”; “Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno”; “Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana”; “Uova almeno qualche volta alla settimana”. Gli indicatori di stile alimentare sono: “Pranzo in casa”; “Pranzo in mensa”; “Pranzo al ristorante o trattoria”; “Pranzo in un bar”; “Pranzo sul posto di lavoro”; “Pasto principale pranzo”; “Pasto principale cena”.

L’analisi ha messo in evidenza che l’apparente stabilità dei valori medi tra i due anni sottende in realtà una struttura del fenomeno in mutamento.

Nella Tabella 1 le regioni (righe) sono ordinate in base a valori decrescenti dell’indicatore obiettivo, mentre le colonne sono ordinate in base alla concordanza/discordanza della distribuzione della variabile gruppo alimentare con l’indicatore obiettivo.

I gruppi di alimenti per i quali il coefficiente di correlazione r calcolato rispetto all’indicatore obiettivo è risultato superiore a 0,5 sono il consumo di ortaggi, verdure e formaggi almeno una volta al giorno. Il gruppo per il quale si osserva un coefficiente di correlazione inferiore a -0,5 è quello dei legumi in scatola consumati almeno qualche volta a settimana.

Nella Tabella sono riportati tutti i gruppi alimentari per i quali si ha comunque r diverso da 0, indicando concordanza (+) o discordanza (-). Si può, quindi, osservare la percentuale di popolazione che consuma i dolci almeno qualche volta a settimana concorda con l’indicatore obiettivo, mentre la percentuale che consuma qualche volta a settimana “salumi”, “pesce”, “uova” e “snack” e quella che consuma almeno una volta al giorno “pane, pasta o riso”, “frutta”, presentano discordanza.

Tra i dati non mostrati, presenta una relazione inversa l’uso degli oli vegetali per cuocere o per condire. Al contrario, l’attenzione all’aggiunta di sale e all’uso di sale iodato presenta una relazione positiva.

Nel 2006, il gradiente Nord-Sud, decrescente in base alla percentuale di persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta, risulta più marcato: tutte le regioni settentrionali presentano valori al di sopra della media nazionale, mentre tutte le regioni meridionali si collocano al di sotto. Le regioni centrali si distribuiscono intorno alla media.

È stata, poi, analizzata la relazione tra l’indicatore obiettivo e alcuni fattori che descrivono le modalità di consumo in termini di occasioni (pasti) e luoghi. Le regioni sono state selezionate in base all’ordine di grandezza della differenza relativa, considerando le regioni per le quali la percentuale di popolazione che consumava 5+ porzioni al giorno di “verdura ortaggi e frutta” era maggiore o uguale a 6,2 (ultimo quintile) o minore o uguale a 4,54 (primo quintile) (Grafico 1). Il Grafico evidenzia un gradiente territoriale nella relazione positiva tra indicatore obiettivo sia al pranzo fuori casa (in generale e a mensa o al bar) che ad un pasto principale serale (cena). Rispetto all’anno 2005, nel 2006 il pranzo in mensa o al bar sembrano assumere un ruolo più marcato (4).

I dati confermano un’associazione tra consumo di porzioni di piatti vegetali (almeno 5 porzioni al giorno) e consumo fuori casa nei giorni lavorativi. Fatto che porta con sé una ridotta importanza del pranzo (leggero e veloce) a favore della cena. Questo si verifica soprattutto nelle regioni dove la spesa per consumo di pasti fuori casa è più elevata (5).

Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi, per regione - Anno 2006

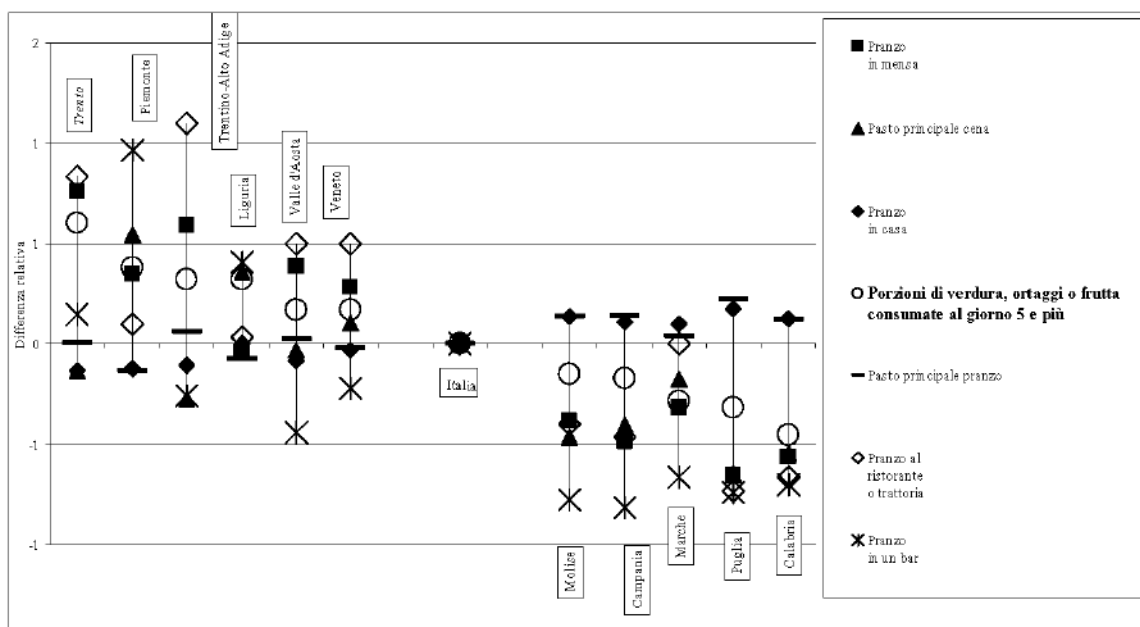
Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concordante rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)				Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)												
	Ortaggi* Verdure* Formaggio* ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4		Dolci* ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più		Carni di pesce* ortaggi o frutta consumate al giorno: 1		Carni bovine bianche* ortaggi o frutta consumate al giorno: 1										
	54,3	39,3	76,4	46,6	8,5	40,2	82,8	50,8	41,9	18,1	15,0	46,0	74,0	65,6	63,6	69,0	58,5
Trentino-Alto Adige	52,9	33,4	79,3	49,2	7,3	35,1	84,9	37,3	52,5	20,7	13,4	58,2	80,5	56,5	75,4	75,4	57,9
Liguria	46,4	41,5	74,1	46,4	7,0	31,7	77,8	40,3	36,2	15,2	18,9	47,7	68,7	64,0	54,7	57,0	60,9
Valle d'Aosta	45,9	25,2	79,6	46,7	7,0	32,7	84,9	36,6	66,9	16,5	13,4	60,7	80,1	55,7	76,5	68,4	55,1
Veneto	46,6	46,3	75,7	47,6	6,2	34,1	85,2	35,6	50,0	18,4	18,1	53,9	72,2	60,9	76,5	75,9	58,1
Emilia-Romagna	47,3	31,1	76,5	55,1	6,2	34,1	86,6	47,4	49,4	25,3	17,4	45,9	73,4	62,0	74,3	77,0	58,1
Lombardia	45,2	21,5	75,7	54,3	6,0	32,9	89,1	47,7	51,9	19,1	18,2	45,6	77,3	66,0	66,6	76,1	55,3
Lazio	45,4	34,9	77,6	56,3	5,8	38,1	84,0	42,8	53,9	28,5	16,7	50,4	76,8	70,2	73,8	77,3	57,4
Friuli-Venezia Giulia	45,5	21,7	78,8	42,4	5,6	46,7	81,8	45,0	61,7	22,8	15,6	58,2	76,1	51,0	76,5	74,0	65,9
Bolzano-Bozen	46,4	33,1	79,0	49,1	5,5	31,6	84,1	48,5	46,6	20,0	15,5	47,8	71,9	61,3	68,1	73,3	58,9
Italia	41,3	25,4	77,1	49,4	5,3	22,9	72,6	29,2	30,2	12,2	23,2	49,6	63,0	62,4	45,4	44,4	63,5
Abruzzo	44,8	18,2	81,2	53,7	5,1	53,8	93,5	55,4	64,8	25,6	13,7	66,7	85,6	64,0	78,2	80,8	59,4
Toscana	46,8	21,9	81,5	49,9	4,9	47,0	89,8	55,8	61,3	18,0	13,6	52,8	79,6	62,6	78,4	80,7	65,8
Sardegna	40,1	31,7	80,6	48,0	4,9	42,9	85,5	59,0	53,7	25,3	14,6	50,9	77,2	55,9	69,4	73,4	61,0
Umbria	44,2	18,1	79,5	50,6	4,8	58,1	89,5	64,0	59,7	18,7	15,7	55,8	79,3	67,0	80,1	83,4	64,5
Basilicata	32,3	22,4	70,7	43,5	4,7	69,8	90,8	49,5	61,9	26,9	24,6	58,1	78,4	64,2	64,8	71,3	60,9
Sicilia	31,2	23,3	75,6	42,1	4,6	50,5	92,3	48,8	64,4	25,7	19,7	62,4	78,8	62,3	75,6	68,2	55,8
Molise	30,1	22,1	74,4	51,8	4,5	59,9	90,2	59,9	64,0	31,2	21,2	67,5	81,3	69,0	74,5	79,1	60,3
Campania	29,9	13,0	72,6	48,4	4,4	72,6	86,8	59,2	70,9	34,4	23,1	63,6	76,0	66,7	81,2	75,7	56,4
Marche	45,3	14,5	78,6	52,2	3,8	38,7	91,2	59,2	63,4	20,9	17,6	52,5	79,9	68,2	78,7	82,2	58,4
Puglia	28,5	34,0	76,2	43,7	3,6	60,3	86,5	48,0	63,0	25,6	20,2	50,4	82,1	58,8	69,2	64,6	66,3
Calabria	27,8	26,4	73,9	45,3	2,9	62,4	91,2	48,8	60,3	30,8	23,2	61,1	79,1	62,2	69,7	68,1	53,8

* Almeno una volta al giorno.

° Almeno qualche volta alla settimana.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Grafico 1 - Differenza relativa tra valore osservato nelle regioni e in Italia della proporzione di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di “almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta - Indicatore obiettivo” e 6 indicatori di stile alimentare - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Continuare a promuovere il consumo di ortaggi e frutta, insieme ad un invito esplicito a condire con olio extravergine di oliva (invito meno accolto) e a fare attenzione al tipo di sale da usare (invito un pò più accolto), è importante.

Il consumo di ortaggi e frutta è un indicatore dello stile alimentare, in particolare il consumo di piatti a base di ortaggi nel consumo fuori casa. Il consumo in casa può risultare parzialmente nascosto dall'uso dei vegetali come ingrediente di piatti composti o come condimento, mentre fuori casa il classico “contorno” è facilmente riconoscibile come porzione.

L'accresciuta importanza di luoghi di consumo come le mense e i bar fa riflettere sulle sinergie da realizzare con il settore della ristorazione collettiva, sia al fine di assicurare che l'offerta sia confacente a soddisfare

una domanda di cibo di qualità, che mangiare fuori casa sia un'occasione in più per mantenere una dieta equilibrata e salutare.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET (2001): Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat (2008): “La vita quotidiana nel 2006”. Indagine MULTISCOPO “Aspetti della vita quotidiana” Anno 2006. Informazioni, n. 4. Roma: Istat. pp. 58-61.
- (3) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
- (4) Turrini A. (2008): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2007, pp. 58-61.
- (5) Istat (2008): “I consumi delle famiglie. Anno 2006”. Roma: Istat pp. 9-10. http://www.istat.it/dati/catalogo/20080717_00/ann_0813_consumi_delle_famiglie_2006.pdf.

Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande tra la popolazione e nei giovani

Significato. L'andamento delle frequenze di consumo di alimenti e bevande rappresenta un indicatore degli stili di vita della popolazione. Queste possono essere stimate tramite un'analisi sui dati dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferita agli

anni 2001-2007. L'indicatore proposto è costituito dalla variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti e bevande. Applicando questa costante al dato di ciascun anno si ottiene la variazione relativa complessiva del periodo (1).

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } t) - (\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } 0)}{(t-1) \times (\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } 0)}$
Denominatore	

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di bevande

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } t) - (\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } 0)}{(t-1) \times (\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } 0)}$
Denominatore	

Variazione media annuale di consumatori di alimenti

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } t) - (\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } 0)}{(t-1) \times (\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } 0)}$
Denominatore	

Variazione media annuale di consumatori di bevande

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } t) - (\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } 0)}{(t-1) \times (\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } 0)}$
Denominatore	

Validità e limiti. La stima del trend evolutivo in presenza di variabili qualitative è stata costruita a partire dalle distribuzioni delle risposte alle diverse modalità in fasi di sintesi successive. La prima fase ha riguardato l'accorpamento delle classi in funzione del tipo di alimento al fine di evitare l'influenza delle modalità meno rilevanti, considerando l'uso abituale e la quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Ad esempio, mentre per il gruppo pane, pasta, riso è stata mantenuta la modalità di consumo "più di una volta al giorno" e sono state accorpate "qualche volta a settimana" e "meno di una volta a settimana" (a formare "meno di una volta al giorno"), per altri alimenti per i quali il consumo, abitualmente, non avviene su base giornaliera "più di una volta al giorno" e "una volta al giorno" sono state accorpate a formare "almeno una volta al giorno". Come secondo passo si è proceduto a classificare le variazioni medie annuali delle singole classi di frequenza e del totale dei consumatori per ogni gruppo

alimentare e di bevande secondo l'andamento decremento/aumento. La successiva fase di classificazione è consistita nella sintesi congiunta dell'andamento decremento/aumento dei consumatori e all'intensificarsi o meno dell'insieme delle frequenze per ogni gruppo. In questo caso il trend del singolo gruppo viene classificato in 5 modalità:

- 1) Fortemente crescente (FC): aumento dei consumatori e intensificazione di tutte le frequenze;
- 2) Crescente (C): aumento dei consumatori e intensificazione delle frequenze più elevate;
- 3) Diffusione del consumo moderato (DCM): aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze;
- 4) Polarizzazione (P): diminuzione dei consumatori e intensificazione delle frequenze;
- 5) Decrescente (D): diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

L'insieme di queste etichette fornisce un profilo dell'andamento nel periodo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici

classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica.

Valore di riferimento/Benchmark. Essendo l'analisi prevalentemente di tipo qualitativo il riferimento non risulta di immediata individuazione. Si può assumere come riferimento un andamento tendenziale con alcune caratteristiche considerate auspicabili perché la popolazione assuma stili alimentari coerenti ad una dieta equilibrata. Queste tendenze per così dire ideali, risulterebbero da un andamento rivolto da un lato al recupero di alimenti fonte di carboidrati, dall'incremento del consumo di ortaggi, frutta e legumi e del consumo di olio d'oliva, mentre dall'altro dalla riduzione delle fonti di grassi come formaggi e salumi, di zuccheri semplici e delle bevande alcoliche.

Descrizione dei risultati

Negli anni 2001-2007, le tendenze evolutive nella frequenza di consumo in Italia risultano molto lontane dal quadro di riferimento delineato come auspicabile (Tabella 1). Se da un lato si può valutare positivamente l'andamento decrescente (diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze) delle fonti di grassi (salumi, formaggi) la stessa tendenza, non certo positiva in questo caso, si osserva per il consumo di alimenti proteici (alcune carni e uova) e di cereali e patate. Cosa che non fa ben sperare per il recupero dei carboidrati che dovrebbero essere assunti in una dieta equilibrata (circa 84% del fabbisogno medio giornaliero). Inoltre, si assiste alla polarizzazione (diminuzione dei consumatori e intensificazione delle frequenze) nel consumo di vegetali e frutta e di pesce e latte. Crescente (aumento delle frequenze e intensificazione delle frequenze più elevate) risulta il

consumo di dolci e legumi e fortemente crescente (aumento delle frequenze e intensificazione di tutte le frequenze) il consumo di snack salati (ma il dato per questi gruppi è rilevato solo a partire dal 2003).

Positivo l'andamento riguardante i grassi per cottura e condimento; risulta crescente l'uso di olio d'oliva e decrescente quello dell'olio di semi e burro.

Per il consumo di bevande analcoliche si osserva la diminuzione delle bevande gassate, la diffusione del consumo moderato (aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze) di aperitivi analcolici e la crescita del consumo di acqua minerale. Per le bevande alcoliche risulta positivo l'andamento decrescente per birra, vino, amari e super alcolici e la diffusione del consumo moderato per gli alcolici fuori pasto, mentre risulta fortemente crescente quello di aperitivi alcolici.

Nella Tabella 2 sono riportate nel dettaglio le tendenze evolutive per le regioni. La regione con andamento più vicino a quello auspicabile risulta la Valle d'Aosta. In genere le regioni settentrionali risultano avere un trend più positivo ad eccezione della Liguria dove la crescita del consumo di fonti di grassi e bevande alcoliche non è affatto un buon segnale. Le regioni dell'Italia centrale, meridionale e insulare risultano avere un andamento più simile a quello medio anche se va segnalato il trend crescente per frutta e verdura in Toscana.

Per i più giovani si osserva uno scostamento prevalentemente in senso negativo dal profilo medio, soprattutto nella fascia dei più piccoli di 3-5 anni e degli adolescenti di 14-17 anni. Per i bambini di 3-5 anni è significativo il trend crescente del gruppo delle carni, pesce e uova inclusi i salumi, mentre per i ragazzi di 14-17 anni il trend fortemente crescente per il consumo di alcolici fuori pasto, aperitivi alcolici e super alcolici, nonché la diffusione del consumo moderato degli amari.

Tabella 1 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande - Anni 2001-2007

Fortemente crescente	Crescente	Diffusione consumo moderato	Polarizzazione	Decrescente
CEREALI, TUBERI				
				<i>pane, pasta, riso patate</i>
CARNE, PESCE, UOVA				
			<i>pesce</i>	<i>salumi carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello carne bovine carne di maiale uova</i>
LATTE E DERIVATI				
			<i>latte</i>	<i>formaggi, latticini</i>
ORTAGGI, FRUTTA, LEGUMI				
	<i>legumi</i>		<i>verdure in foglie cotte e crude pomodori, melanzane, zucchine, etc. frutta</i>	
SNACK, DOLCI				
<i>snack</i>	<i>dolci</i>			
GRASSI PER COTTURA				
	<i>olio di oliva</i>			<i>olio di semi</i>
GRASSI PER CONDIMENTO				
	<i>olio di oliva</i>			<i>olio di semi burro</i>
BEVANDE ANALCOLICHE				
	<i>acqua minerale</i>		<i>aperitivi analcolici</i>	<i>bevande gassate</i>
BEVANDE ALCOLICHE				
<i>aperitivi alcolici</i>		<i>alcolici fuori pasto</i>		<i>birra vino</i>
				<i>amari super alcolici</i>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 2 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2007

Alimenti	PIE	VDA	LOM	TAA	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA		
CEREALI, TUBERI																									
pane, pasta, riso	DCM	C	DCM	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	P	C	DCM	D	
patate	D	D	D	D	P	D	D	DCM	DCM	D	D	P	D	DCM	P	D	D	P	D	D	D	P	D	D	
CARNE, PESCE, UOVA																									
salumi	P	D	D	D	D	D	P	DCM	C	D	P	D	D	D	P	D	DCM	C	C	DCM	C	P	D	D	
carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	P	D	D	D	D	D	P	DCM	C	D	P	D	D	D	P	D	DCM	C	C	DCM	C	P	D	D	
carne bovina	P	D	D	D	D	D	D	DCM	C	D	D	D	D	P	P	P	FC	C	C	C	DCM	D	D	D	
carne di maiale	P	P	P	D	P	D	P	D	DCM	D	P	D	D	P	P	C	C	P	C	C	D	P	P	D	
uova	DCM	D	D	D	DCM	P	D	P	D	DCM	P	D	D	P	D	DCM	C	C	D	D	DCM	DCM	D	D	
pesce	P	DCM	C	C	C	P	D	C	D	D	P	D	DCM	P	C	D	P	P	P	C	D	D	D	P	
LATTE E DERIVATI																									
latte	P	P	D	D	D	D	P	DCM	D	P	P	P	D	D	P	D	FC	C	D	P	P	P	D	P	
formaggi, latticini	P	D	P	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	P	D	DCM	P	C	D	D	D	C	D	
ORTAGGI, FRUTTA, LEGUMI																									
verdure in foglie cotte e crude	P	P	P	P	P	P	P	D	P	D	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	C	P	P	
pomodori, melanzane, zucchine, etc.	P	C	P	P	P	D	P	C	P	C	P	P	D	P	P	P	P	P	P	P	C	P	P	P	
frutta	P	P	C	P	P	P	FC	P	P	P	C	P	P	P	P	D	P	P	P	P	P	P	P	P	
legumi	DCM	C	C	DCM	DCM	D	D	DCM	C	D	C	D	P	DCM	P	DCM	DCM	P	D	P	D	D	D	C	
SNACK, DOLCI																									
snack	DCM	P	FC	FC	FC	DCM	D	FC	FC	FC	DCM	P	D	DCM	D	FC	DCM	C	FC	FC	DCM	D	FC	FC	
dolci	C	D	DCM	D	C	D	P	D	P	C	DCM	D	D	DCM	P	C	D	P	C	C	C	C	D	C	
GRASSI PER COTTURA																									
olio di oliva	D	D	C	C	C	C	C	C	D	D	D	C	D	C	D	D	C	D	C	C	C	C	C	C	C
olio di semi	C	D	D	D	D	D	D	D	C	D	C	C	C	D	C	C	D	D	D	D	D	D	D	D	
burro	D	C	C	D	D	D	-	C	C	C	C	D	-	D	D	-	D	C	-	D	D	D	D	-	
GRASSI PER CONDIMENTO																									
olio di oliva	D	C	D	C	C	C	C	D	D	C	D	C	D	C	D	D	C	D	C	C	C	D	C	C	C
olio di semi	C	D	D	D	D	D	D	D	C	-	C	C	C	D	C	C	D	D	C	D	C	D	C	D	
burro	D	D	-	D	D	D	D	C	D	D	C	C	-	D	-	C	D	C	-	D	C	C	C	C	

Tabella 2 - (segue) Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2007

Alimenti	PIE	VDA	LOM	TAA	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA	
BEVANDE ANALCOLICHE																								
acqua minerale	P	P	P	P	D	C	P	C	D	C	P	C	C	C	C	P	C	C	C	C	C	C	C	C
bevande gassate	P	P	D	P	C	D	P	P	FC	FC	P	DCM	D	P	FC	C	C	C	P	P	P	P	P	D
aperitivi analcolici	DCM	D	D	D	DCM	P	D	D	DCM	DCM	P	C	D	DCM	DCM	D	DCM	DCM	C	DCM	DCM	DCM	D	DCM
BEVANDE ALCOLICHE																								
birra	D	DCM	D	D	DCM	D	C	P	P	D	D	D	D	D	P	D	P	D	C	D	D	P	D	D
vino	D	D	D	DCM	DCM	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
consumo di alcolici fuori i pasti	DCM	C	C	C	C	DCM	DCM	DCM	FC	DCM	FC	DCM	DCM	C	FC	DCM	D	FC	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM
DCM																								
aperitivi alcolici	C	D	DCM	P	C	P	C	P	C	FC	C	C	P	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	P	P	P	FC	D	FC
amari	D	D	D	DCM	FC	D	D	D	P	D	D	D	D	DCM	D	DCM	D	D	D	D	D	D	D	D
super alcolici	DCM	D	D	P	C	P	D	D	FC	P	P	P	D	C	D	C	D	DCM	D	D	D	D	D	D

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Promuovere il ritorno ad una dieta legata alla tradizione alimentare italiana caratterizzata dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e consumo moderato di bevande alcoliche essenzialmente in occasione dei pasti. In concomitanza scoraggiare l'abitudine sempre più frequente al consumo di alimenti fonte di grassi, zuccheri e l'adozione di modelli Nord europei per il consumo di bevande alcoliche.

In questo quadro è opportuno identificare target specifici per la comunicazione finalizzata all'informazione ed educazione alimentare sia in merito al territorio considerando le regioni dove l'andamento risulta più negativo per specifici gruppi alimentari, sia a gruppi di popolazione considerando i più giovani. In particolare, il messaggio che emerge per i giovani (e le loro

famiglie) è di ridurre la frequenza di consumo delle carni e dei salumi a favore di un maggiore consumo di ortaggi e frutta, limitando anche le bevande alcoliche. Queste ultime, infatti, soprattutto tra gli adolescenti di 14-17 anni si delineano come l'adozione di comportamenti a rilevante rischio per la salute.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (2002): "Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani" A. Turrini, A. De Carli, A. D'Amicis, S. Martines, S. Orsini; Roma, Istat 2002, "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute".
- (2) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
- (3) Turrini A. (2008): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2007, pp. 58-61.

Sovrappeso e obesità

Significato. Fino a qualche anno fa, l'obesità era considerata una condizione associata ad un benessere economico elevato. I Paesi maggiormente coinvolti e nei quali l'obesità rappresentava un importante problema di Sanità Pubblica, infatti, erano i Paesi industrializzati e, in particolar modo, Stati Uniti ed Europa. Purtroppo, negli ultimi decenni, i dati a nostra disposizione mostrano che l'aumento drammatico della prevalenza di persone obese si è manifestato anche in Paesi in via di sviluppo quali Messico, Cina e Thailandia (1).

Nel 2005, secondo i dati raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Global Infobase*), in tutto il mondo erano in sovrappeso più di 1 miliardo di individui e obesi circa 300 milioni; il dato allarmante è che

la stima di ragazzi di età inferiore ai 15 anni che risulta obesa è di 22 milioni, con tendenza all'aumento.

Alla luce di tali prospettive emerge come l'obesità non sia da considerarsi come una malattia del singolo individuo, ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita, determinando una diffusione epidemica dell'obesità stessa (1).

È per tale motivo che il trattamento e la prevenzione di tale fenomeno rappresentano una delle sfide più grandi del nostro secolo e che le strategie di intervento dovrebbero essere caratterizzate da un approccio multisettoriale con interventi sia di tipo comportamentale (mirati a modificare lo stile di vita individuale), sia di tipo sociale.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 18 anni ed oltre con IMC 25-30 e >30}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre}} \times 100$$

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 e il quadrato dell'altezza. Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta. I dati, raccolti nell'ambito dell'Indagine Multiscopo, sono stati ottenuti mediante intervista diretta o autocompilazione. Pertanto, le informazioni raccolte, sono autoriferite.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone obese e in sovrappeso può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso (Piemonte e Sardegna intorno all'8-9%).

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di persone che risultano in sovrappeso (Basilicata 40,4%, Campania 39,8%, Sicilia 38,2%, Calabria 37,9%) ed obese (Sicilia 10,9%, Basilicata 12%, Puglia 11,7% e Campania 11,2%) rispetto alle regioni settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta e Lombardia); anche se rispetto ai dati ripor-

tati nel Rapporto Osservasalute 2007 (pag. 47), si osserva una tendenza in leggero aumento anche per le regioni del Nord, sia per quanto riguarda le persone in sovrappeso che per quelle obese (Tabella 1).

Dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti indagini (anni 2002, 2003 e 2005, Rapporto Osservasalute 2005 pagg. 260-270, Rapporto Osservasalute 2006 pagg. 19-20, Rapporto Osservasalute 2007 pagg. 47-48), il dato relativo all'obesità mostra un trend in costante e progressivo aumento (8,5%, 9%, 9,9% e 10,2% rilevazione dell'ultima Indagine Multiscopo Istat).

I dati stratificati per sesso ed età, mostrano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità aumenta progressivamente all'avanzare dell'età, con un interessamento soprattutto delle fasce dai 45 ai 74 anni. La percentuale di uomini in sovrappeso (43,8%) è quasi il doppio di quella del sesso femminile (26,8%), differenza valutabile anche in ogni classe di età. I valori che riguardano la popolazione obesa, invece, sono più elevati negli uomini rispetto alle donne per gli anni compresi fra i 18 e i 54 e maggiori per quest'ultime per la classe 55-74 anni (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2006

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,3	8,3*
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,1	9,5
Lombardia	30,9*	9,3*
Trentino-Alto Adige	30,6*	9,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,3*</i>	<i>8,5</i>
<i>Trento</i>	<i>30,9</i>	<i>9,7</i>
Veneto	34,0	11,0
Friuli-Venezia Giulia	34,6	10,6
Liguria	33,5	7,3*
Emilia-Romagna	35,7	11,2
Toscana	33,4	10,4
Umbria	35,7	10,0
Marche	35,6	10,2
Lazio	34,6	9,8
Abruzzo	39,3*	10,4
Molise	37,8	11,4
Campania	39,8*	11,2
Puglia	37,7*	11,7*
Basilicata	40,4*	12,0
Calabria	37,9*	10,2
Sicilia	38,2*	10,9
Sardegna	30,5*	8,4*
Italia	35,0	10,2

*Valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone in sovrappeso di 18 anni ed oltre (per 100) per regione. Anno 2006

Prevalenza di persone obese di 18 anni ed oltre (per 100) per regione. Anno 2006

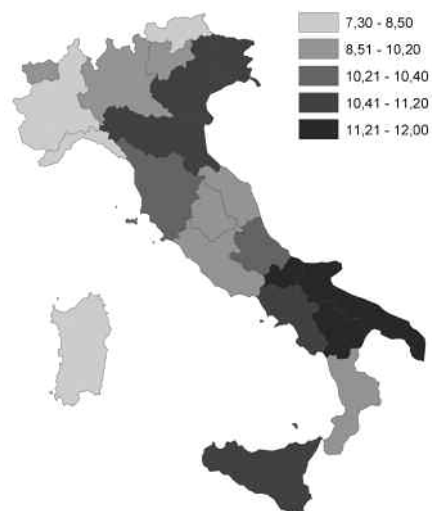
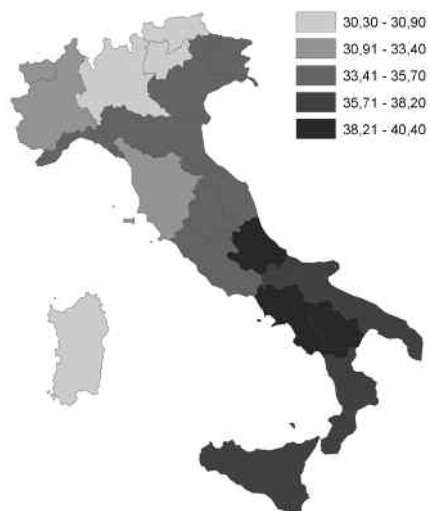


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classi di età e sesso - Anno 2006

Classi di età	Persone in sovrappeso		Persone obese	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	18,6	8,1	2,3	1,9
25-34	32,6	14,0	5,6	2,9
35-44	45,8	20,2	8,9	5,1
45-54	50,9	27,7	13,4	12,0
55-64	52,6	36,5	15,8	17,9
65-74	53,6	40,1	14,9	17,6
75+	46,7	38,2	11,6	11,7
Totale	43,8	26,8	10,4	9,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), in collaborazione, con la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha individuato i punti fondamentali per attuare una strategia di contrasto alle malattie croniche, in particolare nei confronti dell'obesità, che sono stati approvati il 15 novembre 2006 ad Istanbul nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa. Sulla base di questo documento, in Italia, è stato avviato il progetto "Guadagnare salute, rendere facili le scelte salutari", il cui obiettivo è quello di promuovere campagne informative in cui la comunicazione risulta essere lo strumento fondamentale per creare condizioni più favorevoli alle scelte che le persone possono fare per la propria salute. Un intervento di questo tipo, dovrà considerare i problemi correlati alle differenze

di tipo geografico, economico, sociale e culturale della popolazione a cui si rivolge, coinvolgendo oltre al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), la scuola, la famiglia, i servizi sociali, i Medici di Medicina Generale, i pediatri, etc.. In particolare, appare di importanza rilevante promuovere una stretta collaborazione con la scuola, tramite campagne di educazione alla salute, che prevedano la partecipazione attiva degli studenti, in modo che le strutture educative diventino gli ambienti principali in cui poter sviluppare salutari stili di vita che privilegino lo sviluppo di una corretta alimentazione e adeguata attività sportiva, fondamentali per raggiungere un ottimale benessere fisico.

Riferimenti bibliografici

(1) Caballero B., "The global epidemic of obesity: an overview", *EpidemiologicReviews*, 2007, 29: 1-5.

Attività fisica

Significato. Svolgere una moderata ma costante attività fisica favorisce uno stile di vita salutare, con benefici sulla salute generale dell'individuo. La sedentarietà, associata ad altri fattori di rischio, concorre allo sviluppo di diverse malattie croniche quali l'obesità, i disturbi cardiocircolatori, il diabete, l'aumento della pressione sanguigna. Svolgendo anche solo 30 minuti di esercizio fisico al giorno le persone di tutte le età possono godere di molti benefici.

Secondo i dati raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza di inattività fisica al

di sotto della soglia minima raccomandata per ricevere benefici per la salute è, purtroppo, elevata: nei Paesi in via di sviluppo oscilla fra il 17% e il 91% e nei Paesi industrializzati dal 4% all'84%. Inoltre, nei Paesi sviluppati, la sedentarietà è correlata in maniera considerevole ad una spesa ingente, con l'1,5-3% di tutti i costi sanitari diretti (1).

A fronte di tali considerazioni si ritiene necessario spostare l'attenzione e il campo di intervento dalla malattia alla promozione della salute, enfatizzando la possibilità di modificare i fattori di rischio comportamentali quali fumo, dieta e attività fisica.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre	

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (Anno 2006) coinvolge circa 19.000 famiglie, per un totale di circa 49.000 individui e i dati sono raccolti per intervista diretta. Aree tematiche variegata si susseguono nei questionari consentendo di cogliere come vive la popolazione: scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, salute, stili di vita e impiego del tempo libero (attività fisica e sportiva). Si tratta, pertanto, di informazioni soggettive riportate direttamente dagli intervistati.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone che praticano attività fisica può essere considerata in riferimento alle regioni con i valori più elevati, Provincia Autonoma di Bolzano (circa il 40%), Valle d'Aosta (circa il 28%) e Veneto (26%).

Descrizione dei risultati

In Italia, come già rilevato nel Rapporto Osservasalute 2007 (pagg. 50-51), è confermata una importante dicotomia geografica con le regioni meridionali in cui la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore (Campania 15,1%, Puglia 15,2%, Calabria 12,9%, Sicilia 14,3%) rispetto al Nord (PA di Bolzano 39,9%, Valle d'Aosta 27,7%, Veneto 25,8% e Lombardia 24,3%). Nel 2006, coloro che hanno dichiarato di svolgere sport in modo continuativo sono stati il 20,5%, coloro che svolgono attività fisica saltuariamente sono stati il 10,3%, mentre gli individui che non svolgono alcuna attività sportiva sono stati il 41,1% (Tabella 1). I dati stratificati per classe di età, mostrano, inoltre, che sono i giovani a svolgere attività sportiva in maniera costante, in particolare tra i 6 e i 24 anni. Al contrario, aumentando l'età, la quota di coloro che riferiscono di non svolgere alcuno sport o attività fisica, tende ad innalzarsi (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2006

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	20,8	12,1*	33,1*	33,7*	0,3*
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	27,7	16,4	25,1	30,7*	0,1
Lombardia	24,3*	12,9*	29,9*	31,9*	1,1
Trentino-Alto Adige	32,3*	21,2*	30,1	16,2*	0,1*
Bolzano-Bozen	39,9*	21,4*	24,0	14,5*	0,2*
Trento	25,0*	21,1*	36,1*	17,9*	0,0
Veneto	25,8*	11,6*	33,5*	28,8*	0,4*
Friuli-Venezia Giulia	21,6	14,2*	32,8*	31,0*	0,3*
Liguria	20,8	8,0*	34,8*	34,9*	1,4
Emilia-Romagna	24,8*	9,7	33,2*	31,8*	0,5
Toscana	22,9*	10,3	29,0	37,4*	0,6
Umbria	21,5	9,6	24,0*	44,8	0,1*
Marche	20,6	8,8	29,4	40,7	0,5
Lazio	20,6	10,9	23,3*	44,4*	0,7
Abruzzo	19,2	9,5	24,8	45,2*	1,3
Molise	15,7*	7,4	24,2	51,9*	0,8
Campania	15,1*	6,7*	22,9*	54,0*	1,2
Puglia	15,2*	8,9*	24,4*	50,1*	1,3*
Basilicata	18,0	6,0*	23,9	51,2*	0,9
Calabria	12,9*	9,7	17,8*	58,0*	1,5*
Sicilia	14,3*	7,8*	18,7*	58,5*	0,7
Sardegna	19,7	8,4*	23,4*	47,5*	1,0
Italia	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8

*Valori significativamente differenti rispetto alla media nazionale.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2006

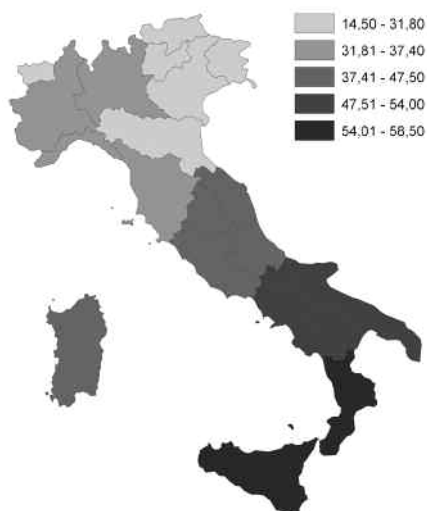


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classe di età - Anno 2006

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
3-5	17,6	4,0	21,5	51,2	5,7
6-10	50,7	7,9	16,3	23,2	2,0
11-14	52,6	10,3	17,0	18,6	1,4
15-17	46,6	13,5	18,9	20,4	0,6
18-19	37,3	19,3	20,1	22,3	1,0
20-24	33,4	17,6	23,8	24,6	0,6
25-34	26,7	16,6	23,3	32,7	0,8
35-44	19,1	13,5	28,6	38,4	0,4
45-54	14,9	10,5	31,8	42,3	0,5
55-59	12,9	7,6	36,6	42,5	0,5
60-64	9,7	6,5	37,9	45,5	0,4
65-74	6,3	4,5	32,7	56,2	0,3
75+	1,8	1,6	22,9	72,8	1,0
Totale	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Un obiettivo rilevante delle politiche sanitarie è senz'altro rappresentato dallo sviluppo di interventi che portano ad un aumento della diffusione dell'esercizio fisico, con conseguenze positive sulla riduzione dei costi di Sanità Pubblica e sul miglioramento della salute del singolo individuo. In questo ambito sono fondamentali tutte le azioni che consentono da un lato di monitorare la situazione nazionale e dall'altro di promuovere sul territorio iniziative per favorire lo svolgimento dell'attività fisica. A questo proposito, molteplici potrebbero essere le linee di intervento: sviluppare programmi educativi sull'esercizio fisico per i bambini, accrescendo il tempo dedicato a tale attività sia all'interno che all'esterno degli istituti scolastici, magari incentivando anche l'accesso a strutture sportive; sostenere lo sviluppo di aree urbane che possano favorire l'attività fisica, quali piste ciclabili e pedonali e/o percorsi panoramici-storici-artistici; favorire la pratica sportiva individuale o di squadra incentivando manifestazioni ad hoc; incoraggiare la popolazione a svolgere almeno 30 minuti di movimento al giorno, suggerendo l'utilizzo delle scale al posto dell'ascensore o di utilizzare meno l'auto preferendo spostamenti a piedi. Nel nostro Paese, già il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, aveva sottolineato l'importanza di svolgere una costante attività fisica, raccomandazione ripresa anche nel

PSN 2006-2008, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della sedentarietà correlata allo sviluppo o peggioramento delle malattie croniche, in particolare il diabete. Oggi, in tale ambito, si inserisce il programma sostenuto dal Ministero della Salute "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento multisettoriale con azioni rivolte a favorire stili di vita salutari fra cui il forte suggerimento a svolgere attività fisica, che deve divenire un momento di benessere fisico e psicologico che coinvolge persone di tutte le età. L'obiettivo di tale programma è quello di indurre la concezione di attività sportiva vista come aggregazione sociale e attività formativa ed educativa che preveda l'apprendimento di regole sane. I punti su cui si articola "Guadagnare Salute" riguardano, pertanto, la possibilità di favorire l'attività fisica nell'ambiente urbano e domestico, nei bambini e nei giovani, al lavoro e nel tempo libero, per le persone disabili, per persone con disturbi e disagi mentali e per le persone anziane. Il raggiungimento di tale traguardo sarà possibile solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e figure professionali interessate, ma anche e soprattutto della popolazione e della società civile.

Riferimenti bibliografici

(1) Oldridge N.B., "Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease", *Eur Cardiovasc Prev Rehabil*, 2008, 15 (2): 130-9.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. La vaccinazione è un modo sicuro ed efficace per ottenere la protezione da alcune gravi malattie. Il vantaggio dell'immunizzazione riguarda non solo l'individuo vaccinato, ma anche la popolazione: infatti, per le patologie ad esclusiva trasmissione interumana, in presenza di un'adeguata copertura vaccinale, anche i soggetti che non ricevono il vaccino risultano protetti da quella che viene definita una "copertura di gregge" (*herd immunity*).

È chiaro, quindi, come la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento di Sanità Pubblica nel Mondo, che consente, da un lato di

identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente e di prevederne la comparsa e dall'altro di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione, in modo tale da mantenere elevate le coperture vaccinali e controllare lo sviluppo delle malattie infettive.

Nel nostro Paese, le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B, Polio, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale di bambini

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

Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi
Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute) (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per Morbillo, Parotite e Rosolia, si riferiscono ad una dose di MPR. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 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 indica, come obiettivo da raggiungere per le vaccinazioni contro morbillo parotite e rosolia, una copertura del 95%.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in alcuni Paesi industrializzati nel 2006, non si discostano da quelli rilevati nel 2005 (Rapporto Osservasalute 2007, pagg. 71-72) e sono molto simili a

quelli italiani (Tabelle 1 e 2). In Italia le coperture che riguardano le vaccinazioni obbligatorie e la pertosse sono uniformemente distribuite su tutto il territorio, con una media nazionale superiore al 96%. Inoltre, mentre in Calabria e Sicilia i dati raccolti nell'anno 2005 presentavano valori ben al di sotto delle altre regioni, nell'anno 2006 la copertura vaccinale è aumentata sensibilmente (Rapporto Osservasalute 2007 pag. 71); rimangono, tuttavia, ancora alcune zone del nostro territorio in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini (Provincia Autonoma di Bolzano, Lazio, Campania e Calabria). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (media nazionale 88%), ma, a confronto con i dati del 2005 (Rapporto Osservasalute 2007 pag. 71), si osserva una leggera tendenza all'aumento della copertura in quasi tutte le regioni anche se nessuna ha raggiunto l'obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita e cioè il 95%. Per quanto concerne l'Hib, invece, negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura con il raggiungimento, nel 2006, di un valore leggermente superiore a quello ottimale (95,5%). Tale risultato, probabilmente, è da correlare all'uso di preparati vaccinali combinati con gli altri previsti nel primo anno di vita (esavalente).

Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per regione e tipologia - Anno 2006

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,2	97,1	96,8	89,7	95,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	97,4	97,4	97,4	89,0	96,8
Lombardia	97,7	97,7	97,5	93,6	96,5
Bolzano-Bozen	89,9	89,6	89,1	67,0	89,0
Trento	96,7	96,5	96,1	85,9	95,2
Veneto	97,0	97,1	96,8	92,9	96,1
Friuli-Venezia Giulia	96,5	96,6	95,9	90,8	95,2
Liguria	95,5	95,5	95,4	86,5	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,6	97,4	93,7	96,8
Toscana	97,1	97,0	96,9	91,3	96,5
Umbria	97,5	97,3	97,3	93,0	97,1
Marche	98,8	98,8	98,8	84,8	98,2
Lazio	94,1	94,0	95,4	87,1	93,6
Abruzzo	98,1	98,0	98,1	89,3	97,2
Molise	98,5	98,5	98,5	n.c.	98,5
Campania	94,5	97,3	93,5	86,6	89,3
Puglia	96,2	96,3	96,1	88,3	93,7
Basilicata	98,4	98,4	98,4	91,4	98,4
Calabria	94,0	94,0	94,0	82,8	93,9
Sicilia	96,3	96,3	96,3	84,2	95,9
Sardegna	98,1	98,1	98,1	92,5	98,0
Italia	96,5	96,6	96,4	88,0	95,5

n.c. = non calcolabile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Anno 2008.

Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore a 12 mesi in alcuni Paesi industrializzati e per antigene - Anno 2006

Paesi	Poliomielite	DT - DTP	HBV
Australia	92	92	94
Canada	94	94	94
Danimarca	93	93	n.d.
Francia	98	98	29
Germania	96	90	86
Grecia	87	88	88
Paesi Bassi	98	98	n.d.
Portogallo	93	93	94
Regno Unito	92	92	n.d.
Spagna	98	98	81
Stati Uniti d'America	92	96	92

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto UNICEF 2008. "La condizione dell'infanzia nel mondo". Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le vaccinazioni rappresentano uno dei più importanti strumenti di Sanità Pubblica. Per organizzare efficaci programmi vaccinali è necessario che nei Servizi Vaccinali siano create le condizioni necessarie alla loro attuazione quali, per esempio, la disponibilità delle risorse necessarie, il raggiungimento delle famiglie, la capacità di comunicazione con i genitori, la sorveglianza degli eventi avversi, la creazione di Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI). Le conseguenze di una non adeguata campagna informativa possono determinare, infatti, il sorgere di opinioni contrastanti e contrarie all'immunizzazione. Per questo motivo è fondamentale che le strategie di promozione dei programmi di vaccinazione siano semplici,

dirette, raggiungano facilmente con i loro messaggi sull'efficacia e la sicurezza dei vaccini la popolazione e prevedano la collaborazione anche dei Pediatri di famiglia e dei Medici di Medicina Generale. Per garantire un aumento della qualità dei servizi offerti, è necessario, inoltre, monitorare costantemente le attività di vaccinazione, le attività svolte, le coperture vaccinali ed eventualmente le aree che si presentano più difficili da raggiungere. In tale ambito si inserisce l'importanza dello sviluppo delle AVI che consentono di conoscere lo stato vaccinale di ogni bambino, gestire le scorte vaccinali e garantire la sorveglianza e l'eventuale miglioramento delle coperture vaccinali tramite l'identificazione dei casi di mancata vaccinazione e la tempestiva chiamata degli inadempienti.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco è una delle più grandi minacce per la salute pubblica che il mondo abbia mai affrontato, in quanto è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, ovvero è la prima causa di morte facilmente evitabile. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i fumatori nel mondo sono più di un miliardo e il tabacco è responsabile ogni anno della morte di 5,4 milioni di persone, in media una persona ogni sei secondi, numero, peraltro, destinato ad arrivare a 10 milioni entro il 2030, se non saranno adottate misure efficaci. Globalmente, l'uso dei prodotti del tabacco, è in aumento, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, mentre è lievemente in calo in quelli ad alto reddito (1). L'Italia si inserisce in questo trend: attualmente fumano poco meno di 12 milioni di persone, anche se nel tempo i fumatori stanno

diminuendo (erano il 34,9% della popolazione dai 14 anni ed oltre nel 1980 e sono il 22% nel 2008), stanno aumentando le disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco con andamenti differenziati nei due sessi e nelle diverse fasce di età: è in crescita la percentuale di giovani che iniziano a fumare sempre più precocemente, in particolare il 21% prima dei 15 anni e il 61% tra i 15 ed i 17 anni (2). Data la varietà di condizioni patologiche conseguenti al fumo, non è semplice stimare l'impatto economico che l'abitudine di fumare comporta sia sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro perso.

La valutazione dei dati riguardanti la prevalenza del consumo di tabacco consente di misurare il fenomeno tra la popolazione e di individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano attività di prevenzione e di controllo.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno, mediante interviste dirette, molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno. In particolare, sono stati analizzati i risultati dell'indagine del 2007, che è stata condotta su un campione di circa 58.700 individui, suddivisi in 23.400 famiglie, distribuiti nelle diverse regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di fumatori può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso, ossia intorno al 17% (Calabria).

Descrizione dei risultati

Non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo per i dati relativi al 2007, si riscontra solo un dato di prevalenza maggiore nel Centro (23,5%) mentre, rispetto al 2006 (Rapporto Osservasalute 2008, pag. 49), si evidenzia una diminuzione dei fumatori nella maggior parte delle regioni (soprattutto nel Lazio che passa dal 25,7% al 24,4% e in Sicilia dal 25,5% al 22,5%). Fanno eccezione alcune regioni del Nord-Ovest, dove le percentuali dei fumatori sono aumentate, in particolare in Liguria (dal 19,5% al 23,2%). La prevalenza di persone che hanno smesso di

fumare dal 2001 (20,2%) al 2007 (22,5%) è in lenta, ma in costante crescita, con una distribuzione degli ex-fumatori prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta 26,2% ed Emilia-Romagna 25,9%) rispetto al Meridione (Molise 17,7% e Calabria 17,4%). Poco meno della metà dei fumatori (pari al 42,8%) fuma un numero di sigarette compreso tra 11 e 20; questa percentuale sale al 48,6% tra i fumatori uomini e scende al 33,7% tra le donne. Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 13,3, anche se vi sono alcune differenze territoriali: nel Centro-Sud e nelle Isole si fuma qualche sigaretta in più (in media, rispettivamente, 13,9 e 14,5 al giorno). Non vi sono, invece, variazioni geografiche rilevanti per quanto riguarda la prevalenza dei non fumatori (53,2%) (Tabella 1). I dati stratificati per sesso ed età mostrano che l'abitudine al fumo è più diffusa fra gli uomini (28,2%) rispetto alle donne (16,5%) e con un maggior interessamento delle fasce di età comprese fra i 18 e i 54 anni, dove si riscontra un aumento significativo nella fascia maschile 18-34 anni rispetto ai dati dell'anno precedente. I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due sessi e mostrano sia una netta prevalenza di coloro che non fumano nel sesso femminile (65,9%) rispetto al maschile (39,6%), sia un numero di uomini ex-fumatori (30%) che è circa il doppio di quello delle donne (15,5%) (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno, per regione - Anno 2007

Regioni	Fumatori %	Ex-Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	N medio sigarette al giorno
Piemonte	22,3	25,1	50,3	98,6	12,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,7	26,2	52,1	99,0	12,8
Lombardia	21,8	24,0	52,2	98,7	12,7
Trentino-Alto Adige	20,4	22,7	52,2	97,5	12,6
Bolzano-Bozen	20,6	21,8	54,2	96,3	12,7
Trento	20,2	23,7	50,4	98,7	12,5
Veneto	18,9	24,3	54,9	98,3	11,5
Friuli-Venezia Giulia	21,0	24,6	50,9	97,6	12,7
Liguria	23,2	23,5	52,4	96,5	13,7
Emilia-Romagna	21,7	25,9	51,0	97,5	12,8
Toscana	22,6	24,2	51,9	97,6	13,8
Umbria	22,6	23,7	51,4	98,2	13,1
Marche	22,5	24,9	51,5	98,7	13,1
Lazio	24,4	20,3	51,8	97,9	14,3
Abruzzo	20,9	21,9	54,8	97,9	12,9
Molise	20,5	17,7	58,3	98,8	14,1
Campania	26,2	19,9	52,6	98,7	14,3
Puglia	20,8	18,7	57,6	99,2	13,5
Basilicata	23,2	20,1	54,0	99,0	13,1
Calabria	17,0	17,4	62,7	99,5	14,0
Sicilia	22,5	20,0	55,9	98,5	14,8
Sardegna	21,2	24,0	51,8	99,1	13,6
Italia	22,1	22,5	53,2	98,3	13,3

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo per regione. Anno 2007

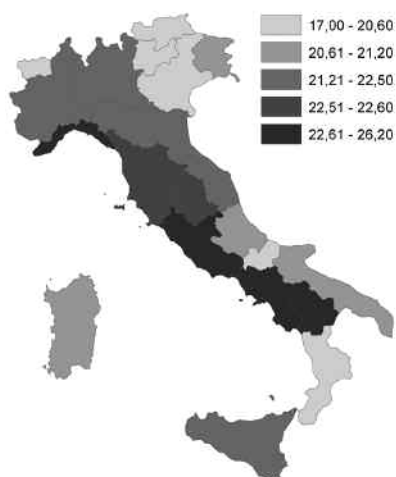


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per classe di età, sesso ed abitudine al fumo - Anno 2007

Classi di età	Maschi			Femmine		
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
14-17	7,8	2,9	86,7	5,5	3,5	88,6
18-19	27,8	5,2	64,0	17,1	7,8	73,2
20-24	34,1	6,8	55,7	20,5	8,4	67,9
25-34	38,0	15,0	44,3	22,1	14,0	61,2
35-44	35,0	24,4	38,9	21,3	18,0	58,8
45-54	34,0	31,8	32,2	23,1	22,1	52,6
55-59	25,9	42,0	30,2	19,9	18,6	59,7
60-64	23,6	45,9	28,4	14,5	17,0	66,8
65-74	18,1	49,9	30,0	8,5	15,0	74,8
75 ed oltre	9,5	59,8	29,0	3,7	12,3	82,4
Totale	28,2	30,0	39,6	16,5	15,5	65,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS ha, recentemente, pubblicato il Rapporto 2008 sugli sforzi per il controllo del fumo a livello globale: secondo questi dati, nonostante i progressi compiuti, nessun Paese ha implementato completamente tutte le misure chiave atte a contrastare quella che viene definita "epidemia di tabacco". Un approccio per prevenire i milioni di morti, che potrebbero essere causati dal fattore di rischio fumo entro la metà del secolo, consiste in una serie di strategie di azione, quali: il monitoraggio del consumo di tabacco attraverso politiche di prevenzione; l'aumento delle tasse sul tabacco e, conseguentemente, del prezzo finale del prodotto; la protezione della popolazione dal fumo, che nel contesto italiano ha trovato la sua applicazione normativa nella Legge n. 3/2003; gli aiuti per smettere di fumare; intensificare le avvertenze sui pericoli del tabacco e rafforzare i divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni (1). In questo contesto, per poter ottenere risultati tangibili, valutabili tramite la riduzione nel tempo sia dell'incidenza che della prevalenza dei fumatori e la diminuzione delle patologie legate al fumo, appare fondamentale la necessità di interventi non solo da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ma anche delle strutture che risultano più vicine

all'utenza, quali i distretti socio-sanitari, i consultori, i Medici di Medicina Generale, i pediatri e gli istituti scolastici, sempre in relazione alle diverse realtà presenti nel nostro Paese. Dai dati dello studio PASSI, risulta che solo poco più della metà dei fumatori (6 su 10 circa) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario e meno dell'1% di chi ha smesso riferisce di esserci riuscito grazie al sostegno dei servizi sanitari. Questo, evidenzia un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari e risulta opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l'abitudine al fumo (3). Si rende, dunque, necessario rinnovare e rinforzare le azioni tese a contrastare il tabagismo, utilizzando un approccio globale e multisettoriale, con l'obiettivo di promuovere la salute della popolazione e di ridurre i danni del fumo, soprattutto attraverso la prevenzione dell'iniziazione al fumo nei giovani, il sostegno rivolto ai fumatori per aiutarli a smettere e la riduzione dell'esposizione al fumo passivo.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008.
- (2) OSSFAD - Indagine Doxa-ISS 2008.
- (3) PASSI - Sistema di Sorveglianza PASSI 2007.

Consumo di alcol

Significato. Secondo le Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (1) relativamente al consumo di alcolici sono da considerarsi a maggior rischio: le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA¹); gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi parimen-

ti a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-4). L'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dagli organi di Sanità Pubblica, ha definito alcuni indicatori di sintesi, specifici per *target* di età, che individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore dei seguenti indicatori.

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 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 11-18 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 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 19-64 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) adulte a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 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 19-64 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 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65 anni ed oltre	x 100

Prevalenza di consumatrici (donne) anziane a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

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

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo Istat, "Aspetti della vita quotidiana" (5), rileva per vino e birra il numero di bicchieri consumati giornalmente e, dal 2007, per aperitivi alcolici, amari e super alcolici. La quantificazione giornaliera in bicchieri è rilevata in termini di unità alcoliche complessive.

Per valutare correttamente il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si deve tener conto anche di alcuni stili di vita, come il bere lontano dai pasti o il bere quantità eccessive di alcol in una singola occasione e della capacità di smaltire l'alcol legata al sesso e all'età delle persone. Gli indicatori, sintesi delle due tipologie di consumo a rischio proposti dall'ISS, forniscono indicazioni utili nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è il valore medio italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio: 22,4% per gli uomini e 13,0% per le donne;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio: 21,1% per gli uomini e 5,7% per le donne;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio: 48,2% per gli uomini e 11,7% per le donne.

Descrizione dei risultati

I non consumatori (Tabella 1). La quota di coloro che tra il 2006 ed il 2007 non risultano esposti al rischio alcolcorrelato (in particolar modo astemi) è leggermente diminuita a livello nazionale (29,6% vs 29,1%) e la diminuzione si registra in particolar modo in Molise (33,7% vs 28,7%). L'unica regione dove si registra un trend opposto, statisticamente significativo, è l'Emilia-Romagna, dove la percentuale degli astemi è salita da 20,7% a 24,4%.

I consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio raggiunge, nel 2007, il

16,8% della popolazione di età superiore ad 11 anni, con una marcata differenza di genere (26,4% tra gli uomini, 7,8% tra le donne).

Tra gli uomini, rilevanti differenze si riscontrano a livello regionale con oscillazioni che vanno dal 16,4% (Sicilia) al 38,0% (Valle d'Aosta). I valori al di sopra della media nazionale si registrano in 9 regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Tra le donne, le oscillazioni vanno dal 4,2% (Sicilia) al 13,6% (Provincia Autonoma di Bolzano). I valori al di sopra della media nazionale si registrano in 5 regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano.

I giovani (Tabella 2). Il consumo a rischio nella fascia di 11-18 anni risulta più elevato, rispetto a tutte le regioni e per entrambe i sessi, nella Provincia Autonoma di Bolzano (M = 36,3%; F = 26,3%). Per i ragazzi, inoltre, si registrano valori molto elevati in Piemonte (34,8%) e per le ragazze in Veneto (22,4%).

Gli adulti (Tabella 3). Nella fascia 19-64 anni, per entrambi i sessi, le realtà a maggior rischio risultano essere: la Provincia Autonoma di Bolzano (M = 36,6%; F = 13,4%), la Provincia Autonoma di Trento (M = 26,7%; F = 9,5%), il Friuli-Venezia Giulia (M = 28,6%; F = 9,5%) ed il Piemonte (M = 24,9%; F = 8,7%), a cui si aggiungono per i soli uomini la Valle d'Aosta (33,9%), il Molise (28,8%), la Basilicata (26,8%), il Veneto (26,7%). Le regioni con valori di prevalenza più bassi, per entrambi i sessi, sono Campania e Sicilia (a cui si aggiungono il Lazio per gli uomini, la Calabria e l'Abruzzo per le donne).

Gli indicatori delle due tipologie di consumo a rischio analizzati separatamente, consumo giornaliero eccedentario e *binge drinking* (Tabella 4), indicano che quest'ultimo è quello che statisticamente influisce maggiormente sulla quantificazione dell'indicatore di sintesi (consumo a rischio secondo il criterio ISS) ad eccezione di alcune regioni come Liguria, Toscana, Umbria, Campania e Puglia per entrambe i sessi; alle Marche per gli uomini e al Piemonte, Valle d'Aosta,

Lazio, Abruzzo, Basilicata e Sicilia per le donne, dove i valori dei due indicatori tendono a convergere.

Gli *anziani* (Tabella 5). I più elevati valori di prevalenza di anziani a rischio si registrano per entrambi i sessi in Valle d'Aosta (M = 60,4%; F = 19,0%) e in Piemonte (M = 57,9%; F = 17,2%). Per gli uomini i

valori più alti si registrano anche in Basilicata (56,5%), mentre per le donne in Friuli-Venezia Giulia (18,8%). La regione con i valori più bassi, per entrambi i sessi, risulta essere la Sicilia (M = 28,1%; F = 3,5%). Per le donne anche in Abruzzo (6,7%), Sardegna (7,1%) e Calabria (7,2%).

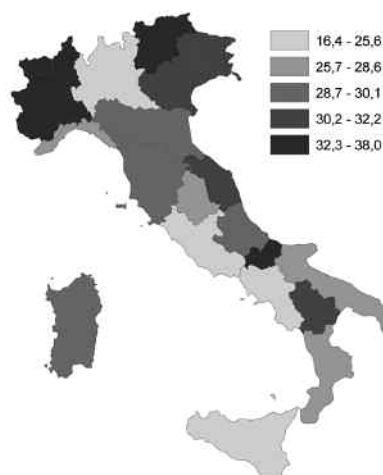
Tabella 1 - Distribuzione dei non consumatori e dei consumatori (per 100) per regione - Anni 2006-2007

Regioni	2006				2007			
	Consumavano	Mai	Totale non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Totale non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,8	25,6	27,4	70,8	1,4	23,8	25,2	72,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,5	23,0	24,5	73,6	2,3	22,8	25,1	72,7
Lombardia	1,9	25,9	27,8	70,3	1,7	26,0	27,7	70,1
Trentino-Alto Adige	2,4	19,2	21,6	75,1	2,1	21,1	23,2	72,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	2,3	14,8	17,2	80,8	2,7	17,4	20,2	76,3
<i>Trento</i>	2,5	23,3	25,8	69,7	1,5	24,6	26,0	68,2
Veneto	1,6	21,4	23,0	75,2	1,5	21,5	23,1	74,9
Friuli-Venezia Giulia	1,9	22,6	24,6	70,2	2,8	22,4	25,2	71,2
Liguria	1,3	28,3	29,5	69,4	2,4	26,4	28,8	69,7
Emilia-Romagna	1,8	20,7	22,4	76,1	2,2	24,4	26,6	71,5
Toscana	2,0	23,1	25,1	73,3	2,0	25,2	27,2	70,7
Umbria	1,2	25,6	26,8	71,7	2,5	24,8	27,3	70,3
Marche	1,0	24,7	25,7	73,5	1,7	22,6	24,3	73,4
Lazio	1,8	27,3	29,2	66,6	1,6	26,3	27,8	68,0
Abruzzo	1,1	33,2	34,4	64,2	1,6	31,7	33,3	63,6
Molise	2,0	31,7	33,7	64,9	1,1	27,6	28,7	65,9
Campania	2,0	34,4	36,4	62,1	2,0	32,0	34,0	63,8
Puglia	1,5	30,6	32,1	65,7	2,1	28,0	30,1	66,2
Basilicata	1,3	32,8	34,1	64,3	1,9	29,2	31,1	65,7
Calabria	2,4	30,9	33,2	64,2	2,0	30,3	32,3	64,0
Sicilia	1,9	39,8	41,6	56,9	2,6	36,9	39,5	58,5
Sardegna	1,8	30,4	32,1	64,4	2,4	30,5	32,8	63,0
Italia	1,8	27,8	29,6	68,3	1,9	27,2	29,1	68,2

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2007, 2008.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2007



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2007

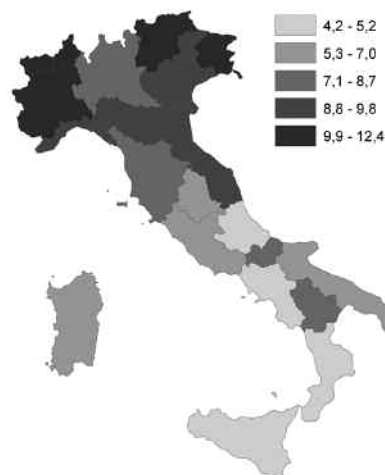


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 11-18 anni per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	34,8	13,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,5	11,6
Lombardia	19,7	16,9
Trentino-Alto Adige	32,8	20,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,3</i>	<i>26,3</i>
<i>Trento</i>	<i>29,0</i>	<i>14,0</i>
Veneto	24,5	22,4
Friuli-Venezia Giulia	20,8	14,1
Liguria	26,8	10,2
Emilia-Romagna	22,9	17,9
Toscana	15,6	9,1
Umbria	18,3	12,6
Marche	21,8	15,0
Lazio	21,5	8,6
Abruzzo	19,8	9,6
Molise	22,5	11,9
Campania	18,9	9,7
Puglia	28,8	13,1
Basilicata	18,9	11,1
Calabria	24,3	13,5
Sicilia	18,4	10,8
Sardegna	23,9	6,7
Italia	22,4	13,0

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 19-64 anni per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	24,9	8,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,9	6,7
Lombardia	19,3	5,5
Trentino-Alto Adige	31,5	11,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,6</i>	<i>13,4</i>
<i>Trento</i>	<i>26,7</i>	<i>9,5</i>
Veneto	26,7	6,2
Friuli-Venezia Giulia	28,6	9,5
Liguria	20,5	8,2
Emilia-Romagna	24,4	6,9
Toscana	24,7	6,5
Umbria	21,6	5,8
Marche	23,3	5,7
Lazio	15,9	4,8
Abruzzo	24,9	2,8
Molise	28,8	6,8
Campania	16,1	3,7
Puglia	20,8	5,6
Basilicata	26,8	3,7
Calabria	22,4	3,0
Sicilia	13,0	3,3
Sardegna	26,5	7,0
Italia	21,1	5,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori eccedenti i limiti giornalieri indicati dalle Linee Guida INRAN e binge drinkers di 19-64 anni per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte	10,8	18,9	3,7	5,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,9	27,6	1,5	5,1
Lombardia	6,3	15,2	1,8	3,9
Trentino-Alto Adige	6,2	29,6	1,7	10,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	4,8	35,4	1,4	12,2
<i>Trento</i>	7,7	24,1	2,0	8,0
Veneto	10,0	21,4	2,0	4,9
Friuli-Venezia Giulia	8,6	24,9	3,1	7,6
Liguria	10,7	15,8	3,2	5,3
Emilia-Romagna	10,2	18,1	2,2	5,0
Toscana	12,8	16,0	2,8	4,3
Umbria	11,9	14,4	3,0	3,6
Marche	12,2	15,4	1,8	4,5
Lazio	7,4	11,7	1,7	3,4
Abruzzo	10,5	19,7	1,1	2,1
Molise	13,4	22,0	1,9	5,5
Campania	7,8	11,0	1,6	2,2
Puglia	11,9	12,5	3,0	2,7
Basilicata	11,2	20,3	0,8	3,2
Calabria	8,7	18,3	0,5	2,5
Sicilia	5,5	9,3	1,1	2,6
Sardegna	11,1	20,2	1,8	5,6
Italia	9,0	15,8	2,0	4,0

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65 anni ed oltre per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	57,9	17,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,4	19,0
Lombardia	53,3	15,2
Trentino-Alto Adige	47,6	10,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	43,7	8,7
<i>Trento</i>	51,0	11,3
Veneto	53,1	15,5
Friuli-Venezia Giulia	48,9	18,8
Liguria	47,3	11,8
Emilia-Romagna	48,8	14,6
Toscana	52,4	12,0
Umbria	54,0	7,3
Marche	54,9	15,0
Lazio	42,9	8,5
Abruzzo	52,6	6,7
Molise	52,1	7,8
Campania	43,1	7,7
Puglia	48,1	8,8
Basilicata	56,5	14,8
Calabria	40,9	7,2
Sicilia	28,1	3,5
Sardegna	43,4	7,1
Italia	48,2	11,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

È ormai oggetto di consenso unanime e suffragato dall'evidenza scientifica che la problematica alcolcorrelata sia solo in minor parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza, soprattutto in funzione della citata evoluzione dei modelli e delle culture del bere in Italia (6). L'alcol è parte della nostra cultura alimentare ed è una sostanza legale ad elevata diffusione. I Problemi e le Patologie AlcolCorrelati (PPAC) sono condizioni estremamente più diffuse nella popolazione rispetto all'alcoldipendenza, richiedono una gestione autonoma, fortemente differenziata per professionalità e competenze impiegate e quasi mai connessa alla dipendenza da alcol (ad esempio il *binge drinking*, gli incidenti stradali alcolcorrelati o la Sindrome Feto Alcolica - FAS). I danni e le conseguenze dell'alcol legati all'uso anche isolato o occasionale e non necessariamente persistente (ad esempio i casi di intossicazione alcolica o di incidenti domestici, stradali, nei luoghi di lavoro, etc.), hanno un impatto sanitario e sociale assolutamente prevalente rispetto a quelli dell'alcoldipendenza, di cui possono rappresentare al limite la manifestazione in una fase precoce (7). Appare fondamentale monitorare, con specifici indicatori, il numero di ricoveri alcolcorrelati e alcoldipendenti, oltre a quelli di più ampio respiro (episodi di violenza, di criminalità, consumo tra i minori, dati sulla sicurezza stradale, etc.), in grado di permettere la predisposizione di gruppi ed *équipe* di lavoro e di esperti, capaci di intercettare precocemente le PPAC nella loro più ampia accezione e di intervenire in maniera specifica (intervento breve, PHEPA) (8-9). Alla luce di tali considerazioni, è necessario finanziare la prevenzione e la ricerca ed avviare una profonda riflessione sulle competenze, rivedendo l'approccio che delega o attribuisce la gestione delle PPAC a competenze esclusivamente di ambito psichiatrico e riconoscendo formalmente l'alcolologia come disciplina utile in particolare per il livello di popolazione. Appare più adeguato, efficiente ed efficace ricomprendere tali competenze in una più ampia rete da realizzare mirando al servizio della persona, come previsto in alcune regioni, nell'organizzazione di nuovi Dipartimenti delle Dipendenze o di Promozione della Salute, evitando attribuzioni esclusive ai Servizi Territoriali (SERT) già in affanno.

Esempi in tal senso sono forniti dalle scelte adottate dal Trentino-Alto Adige che ha collocato l'alcolologia all'interno del Dipartimento Promozione della Salute o dalla Toscana il cui Piano Sanitario Regionale ha previsto l'*équipe* alcolologica collocata all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione e 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) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (2) E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, G. Farchi, e C. Gandin per il gruppo CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol. 2009, x, 35p. Rapporto ISTISAN 09/4.
- (3) Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di Alcol e problemi alcolcorrelati". Roma, 2008: <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/relazione06-07.pdf>.
- (4) Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Parisi N. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2008. (Rapporto Osservasalute 2008).
- (5) Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2008. Roma: Istat.
- (6) Ceccanti M., Lombardo G., Calducci G.; Alcol a Roma.
- (7) McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000, 284: 1.689-95.
- (8) WHO Collaborative Project on Identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on Phase IV: http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf.
- (9) Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico: <http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20IPB%20a%20edizione.1208857286.pdf>.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2007 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone di 3 anni ed oltre dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia da gruppo a gruppo di alimenti a seconda dell'uso abituale e anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3).

L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti riferito a 100 persone selezionato per il legume, positivo o negativo,

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Il profilo di consumo alimentare di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha indicato di consumare ciascun gruppo alimentare secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (2).

La tipologia di dati, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Non è possibile confrontare l'assunzione giornaliera con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1), ma la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta. Occorre tenere presente che negli alimenti multi-ingredienti il consumo di singoli alimenti può essere sottostimato, nel senso che si può perdere la percezione dei singoli ingredienti. Ad esempio, pensando alle porzioni di pomodori, il pomodoro consumato come componente della pizza può non essere incluso nel calcolo mentale che il rispondente fa per compilare il questionario, così come il latte che consumiamo nei dolci, il sale nei diversi prodotti e così via.

Valore di riferimento/Benchmark. La soglia delle 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta, costituisce l'indicatore obiettivo. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di questo gruppo alimentare. I consumi per tipologia di alimenti sono

con l'indicatore obiettivo delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta (4).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (3) assegnano, infatti, un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i gruppi alimentari, proprio a "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di un'associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per le sostanze antiossidanti che veicolano nell'organismo umano. Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (4), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi e occasioni di assunzione dei pasti.

analizzati in relazione all'indicatore obiettivo ed a indicatori dello stile alimentare (luogo e importanza dei pasti).

Descrizione dei risultati

Nel 2007, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è uguale al 5,6% (IC 4,7%-6,6%), con un +0,38 rispetto al 2006. Al fine di fornire un quadro sintetico del profilo alimentare regionale, tenendo conto del consumo dei gruppi di alimenti e delle modalità di consumo (luoghi e occasioni), è stato usato un indicatore semplice quale il coefficiente di correlazione tra queste variabili e l'indicatore obiettivo. I risultati sono descritti per gruppi di alimenti in base al segno e alla forza del legame lineare tra le variabili descrittive del profilo alimentare regionale e l'indicatore obiettivo.

Le voci che concorrono a raggiungere "5 o più porzioni di ortaggi e frutta" hanno ruoli diversi: singolarmente "verdure" e "ortaggi" consumati almeno una volta al giorno presentano $r = 0,6$ per entrambe le voci, mentre così non è per la frutta ($r = -0,5$). Dove si consuma più frequentemente tutto il gruppo "verdura, ortaggi e frutta" almeno una volta al giorno non necessariamente si ha un maggiore numero di persone che supera le 5 porzioni al giorno ($r = -0,2$). Laddove si consuma più frequentemente "1 sola porzione al giorno di verdure, ortaggi o frutta", ovviamente, più difficilmente si supera la soglia dell'indicatore obiettivo ($r = -0,5$).

Considerando le altre componenti della dieta (Tabella 1), l'indicatore obiettivo presenta correlazione negativa ($r < -0,4$) con il consumo almeno una volta al giorno

no di “pane, pasta o riso” ($r = -0,6$), di “uova” ($r = -0,6$) e di “pesce” ($r = -0,5$).

Una debole correlazione positiva ($0 < r < 0,5$) si ha tra il consumo quotidiano di “formaggi”, “latte” e “dolci”, mentre una debole correlazione negativa ($-0,5 < r < 0$) si osserva per il consumo qualche volta a settimana di “carne” (bovina, maiale e bianca), “legumi in scatola” e “snack”.

Solo la percentuale di persone di 3 anni ed oltre che usualmente pranza in mensa ($r = 0,6$), o al ristorante ($r = 0,5$) ha correlazione positiva, mentre l’analoga percentuale di chi pranza in casa ha correlazione negati-

va ($r = -0,5$).

Il Grafico 1 illustra il legame tra il valore dell’indicatore obiettivo e i tre indicatori dello stile alimentare per cui la correlazione lineare è $< -0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in casa) o $> +0,5$ (percentuale di persone di 3 ed oltre anni che abitualmente pranza in mensa o al ristorante/trattoria). L’analisi evidenzia che nelle regioni dove è più diffusa l’abitudine di pranzare fuori casa una percentuale più elevata di persone dichiara di mangiare 5+ porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta.

Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi, per regione - Anno 2007

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all’indicatore obiettivo ($r > 0$)			Indicatore obiettivo	Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all’indicatore obiettivo ($r < 0$)								
	Latte*	Formaggio*	Dolci°		Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno	Pane, pasta, riso*	Uova°	Pesce°	Snack°	Legumi in scatola°	Carni bianche°	Carni bovine°	Salumi°
Trento	58,5	37,2	42,8	10,0	81,5	43,7	46,7	17,0	37,4	71,3	60,3	59,0	44,3
Trentino-Alto Adige	62,9	41,8	46,1	8,7	78,9	45,2	38,2	16,8	29,6	59,6	53,3	61,0	37,5
Bolzano-Bozen	67,5	46,6	49,5	7,3	76,2	46,8	29,5	16,7	21,5	47,5	46,0	63,0	30,5
Lombardia	57,2	29,0	51,8	6,9	82,6	49,2	57,6	27,4	36,5	80,9	71,0	67,1	39,5
Molise	64,1	20,1	48,0	6,9	88,7	59,4	63,2	25,6	61,9	83,4	76,8	68,1	62,3
Sardegna	61,7	33,2	48,0	6,8	82,0	50,5	56,4	20,4	40,3	78,6	73,2	58,0	59,8
Piemonte	55,8	33,6	50,5	6,6	85,4	56,4	52,5	19,7	31,4	80,2	70,9	58,2	36,6
Marche	59,4	13,1	53,8	6,6	90,9	54,9	65,7	18,4	33,6	84,9	78,4	65,6	54,3
Veneto	58,6	32,0	54,8	6,4	84,2	45,4	51,4	23,1	31,5	78,8	68,2	58,0	43,6
Umbria	65,0	15,4	49,8	6,1	85,8	58,8	60,5	21,2	57,7	86,0	79,7	66,9	64,3
Abruzzo	56,6	20,7	46,6	5,7	89,3	60,7	60,2	24,1	49,5	83,5	72,4	62,6	48,4
Campania	60,3	11,6	43,8	5,6	87,6	64,2	72,7	32,1	72,8	83,2	79,1	62,0	57,1
Italia	59,3	23,8	47,9	5,6	85,5	55,1	60,1	23,6	43,6	79,3	71,8	60,7	46,1
Lazio	67,8	15,7	40,2	5,5	82,0	61,0	65,9	18,5	42,3	79,8	75,4	47,4	45,4
Liguria	55,8	27,0	45,6	5,3	83,9	58,9	61,5	18,3	30,6	77,7	70,6	59,5	39,4
Emilia-Romagna	54,5	21,4	54,4	5,3	87,4	47,6	52,1	21,1	34,8	77,4	66,8	67,9	50,1
Puglia	63,6	19,4	42,6	5,3	82,2	52,6	64,1	26,5	53,2	72,6	67,7	58,2	44,3
Toscana	65,0	24,1	49,3	5,1	89,3	50,9	55,5	17,7	45,0	81,5	73,8	59,4	49,0
Friuli-Venezia Giulia	62,0	28,5	50,3	4,7	81,2	55,5	49,8	21,3	32,6	76,3	65,2	59,1	49,8
Valle d’Aosta	60,6	44,1	49,9	3,8	88,7	51,0	51,9	19,6	34,5	80,6	74,9	60,7	33,5
Sicilia	53,1	23,2	43,3	3,5	91,9	65,9	69,6	24,5	46,6	78,2	74,1	60,2	40,9
Calabria	53,4	22,4	44,2	2,7	86,7	59,4	64,0	27,7	55,4	76,9	69,6	62,4	53,3
Basilicata	58,0	22,4	47,9	2,3	89,9	61,9	64,7	29,2	72,9	81,5	70,2	69,9	55,1

*Almeno una volta al giorno.

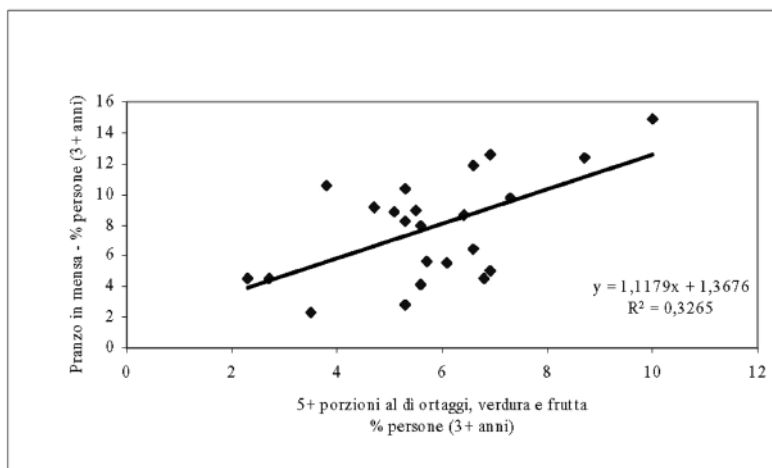
°Almeno qualche volta alla settimana.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

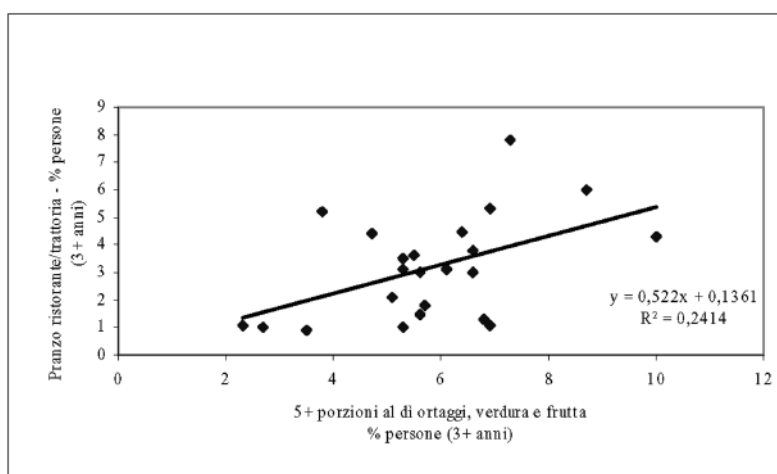
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2008.

Grafico 1 - Relazione tra proporzione di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di "5+ porzioni di ortaggi, verdura e frutta al dì" e 3 indicatori di stile alimentare: pranzo in mensa, pranzo al ristorante o trattoria, pranzo in casa, per regione - Anno 2007

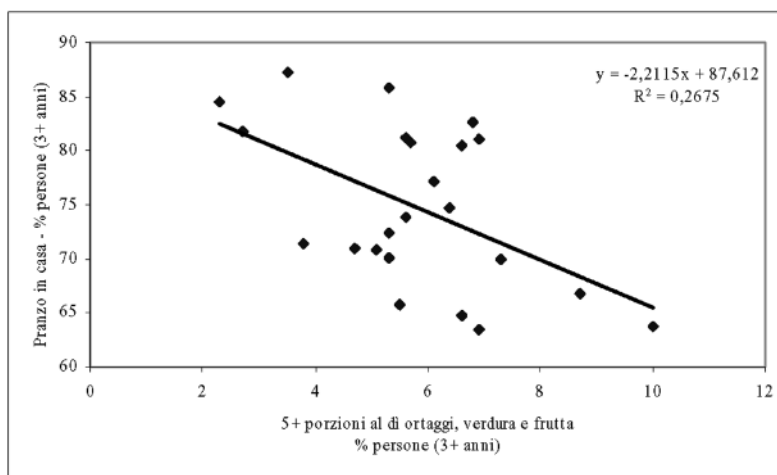
Pranzo in mensa



Pranzo al ristorante o trattoria



Pranzo in casa



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera le 5 porzioni al giorno, è ancora piuttosto bassa. Occorre, perciò, continuare a promuovere il consumo di ortaggi, verdura e frutta, insieme ad un invito esplicito a condire con olio extravergine di oliva (oltre al già ampiamente diffuso uso di oli e grassi vegetali) ed a fare attenzione all'aggiunta del sale.

L'evoluzione dei consumi alimentari nel contesto e nella dinamica economica attuali ha messo in evidenza il ruolo della ristorazione collettiva (mensa) e commerciale (ristorante/trattoria) e, quindi, il consumo dei pasti fuori casa in relazione all'assunzione giornaliera di ortaggi, verdura e frutta.

Il gradiente geografico sembra attenuarsi in relazione al consumo di questa tipologia di alimenti, ma considerata l'esiguità delle variazioni su base annuale, dovrà essere effettuata una verifica analizzando la struttura della serie storica in un arco temporale più esteso.

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (5), rientra, quindi, sicuramente tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare anche tra gli operatori della ristorazione collettiva.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001: <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat (2008): "La vita quotidiana nel 2007". Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2007. Collana Informazioni. Istat 2008; 10: 53-63.
- (3) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione 2003.
- (4) Turrini A (2009). Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2008: 59-62.
- (5) 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: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf.

Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande

Significato. L'andamento delle frequenze di consumo di alimenti e bevande rappresenta un indicatore degli stili di vita della popolazione. Questo può essere stimato tramite un'analisi sui dati dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferita agli anni 2001-

2008. L'indicatore proposto è costituito dalla variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti e bevande. Applicando questa costante al dato di ciascun anno si ottiene la variazione relativa complessiva del periodo (1).

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } t) - (\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } 0)$

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di bevande

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } t) - (\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } 0)$

Variazione media annuale di consumatori di alimenti

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } t) - (\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } 0)$

Variazione media annuale di consumatori di bevande

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } t) - (\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } 0)$

Validità e limiti. La stima del trend evolutivo in presenza di variabili qualitative è stata costruita, a partire dalle distribuzioni delle risposte alle diverse modalità, in fasi di sintesi successive. La prima fase ha riguardato l'accorpamento delle classi in funzione del tipo di alimento, al fine di evitare l'influenza delle modalità meno rilevanti, considerando l'uso abituale e la quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Ad esempio, per il gruppo pane-pasta-riso è stata mantenuta la modalità di consumo "più di una volta al giorno" e sono state accorpate "qualche volta a settimana" e "meno di una volta a settimana" (a formare "meno di una volta al giorno"). Per altri alimenti, il cui consumo non avviene abitualmente su base giornaliera, "più di una volta al giorno" e "una volta al giorno" sono state accorpate a formare "almeno una volta al giorno". Come secondo passo si è proceduto a classificare le variazioni medie annuali, sia delle singole classi di frequenza, che del totale dei consumatori, per ogni gruppo alimentare e

di bevande, secondo l'andamento decremento/aumento. La successiva fase è consistita nella sintesi congiunta dell'andamento dei consumatori e delle frequenze per ogni gruppo in base allo schema decremento/aumento. In questo modo il trend del singolo gruppo viene classificato in 5 modalità:

- 1) Fortemente Crescente (FC): aumento dei consumatori e intensificazione di tutte le frequenze;
- 2) Crescente (C): aumento dei consumatori e intensificazione delle frequenze più elevate;
- 3) Diffusione Consumo Moderato (DCM): aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze;
- 4) Polarizzazione (P): diminuzione dei consumatori e intensificazione delle frequenze;
- 5) Decrescente (D): diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

L'insieme di queste etichette fornisce un profilo dell'andamento nel periodo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima

dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica.

Valore di riferimento/Benchmark. Essendo l'analisi prevalentemente di tipo qualitativo, non risulta di immediata individuazione un esplicito valore di riferimento. Ciò nonostante, si può assumere come benchmark un ipotetico andamento tendenziale, con alcune caratteristiche considerate auspicabili e coerenti con una dieta equilibrata. Queste tendenze, per così dire ideali, risulterebbero rivolte, da un lato, al recupero di alimenti fonte di carboidrati, all'incremento del consumo di ortaggi, frutta e legumi e di olio d'oliva, dall'altro, alla riduzione delle fonti di grassi come formaggi e salumi, di zuccheri semplici e di bevande alcoliche e al consumo moderato di carne, pesce e uova.

Descrizione dei risultati

Nell'ultimo anno disponibile (2008) le tendenze non subiscono cambiamenti sostanziali rispetto a quanto risultava nella precedente analisi (4). Infatti, negli anni 2001-2008, le tendenze evolutive nella frequenza di consumo risultano molto lontane dal quadro di riferimento delineato come auspicabile, indicato come valore di riferimento/benchmark (Tabella 1). Se da un lato si può valutare positivamente l'andamento decrescente (diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze) delle fonti di grassi (salumi, formaggi), la stessa tendenza calante, non certo positiva in questo caso, si osserva per il consumo di alimenti proteici (alcune carni e uova) e di cereali e patate. Questo dato non fa ben sperare per il recupero dei carboidrati che dovrebbero essere assunti in una dieta equilibrata (circa 84% del fabbisogno medio giornaliero). Inoltre, si assiste alla polarizza-

zione (diminuzione dei consumatori e intensificazione delle frequenze) nel consumo di vegetali, compresi i legumi, frutta, pesce e latte. Per i dolci si osserva la diffusione del consumo moderato (aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze), mentre risulta fortemente crescente (aumento delle frequenze e intensificazione di tutte le frequenze) il consumo di snack salati (ma il dato per questi gruppi è rilevato solo a partire dal 2003). Positivo l'andamento riguardante i grassi per cottura e condimento; risulta crescente l'uso di olio d'oliva e decrescente quello dell'olio di semi e burro. Per il consumo di bevande analcoliche si osserva la diminuzione delle bevande gassate, la diffusione del consumo moderato di aperitivi analcolici e la crescita del consumo di acqua minerale. Per le bevande alcoliche risulta positivo l'andamento decrescente per birra, vino, amari e super alcolici e la diffusione del consumo moderato per gli alcolici fuori pasto, mentre risulta negativo quello crescente di aperitivi alcolici.

Nella Tabella 2 sono riportate, nel dettaglio, le tendenze evolutive per le regioni. La regione con andamento più vicino a quello auspicabile risulta la Valle d'Aosta. In genere, le regioni settentrionali, risultano avere un trend più positivo. Le regioni centrali, meridionali ed insulari risultano avere un andamento più simile a quello medio, anche se va segnalato il trend crescente per frutta e verdura in Toscana.

Nell'ultimo anno, per i più giovani (Tabella 3), si assiste ad un riavvicinamento, in senso positivo, al profilo medio, soprattutto nei bambini di 3-5 anni, con la riduzione tendenziale del consumo di salumi e la diffusione del consumo moderato di carni bianche, maiale e uova. Al contrario, per i ragazzi di 14-17 anni, permane il trend molto negativo di un consumo fortemente crescente di alcolici fuori pasto, aperitivi alcolici e super alcolici, nonché la diffusione del consumo moderato degli amari.

Tabella 1 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande - Anni 2001-2008

Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente
CEREALI, TUBERI				
				<i>pane, pasta, riso patate</i>
CARNE, PESCE, UOVA				
			<i>carne di maiale pesce</i>	<i>salumi carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello carne bovine uova</i>
LATTE E DERIVATI				
			<i>latte</i>	<i>formaggi, latticini</i>
ORTAGGI, FRUTTA, LEGUMI				
			<i>verdure in foglie cotte e crude pomodori, melanzane, zucchine, etc. frutta legumi</i>	
SNACK, DOLCI				
<i>snack</i>			<i>dolci</i>	
GRASSI PER COTTURA				
	<i>olio di oliva</i>			<i>olio di semi burro</i>
GRASSI PER CONDIMENTO				
	<i>olio di oliva</i>			<i>olio di semi burro</i>
BEVANDE ANALCOLICHE				
		<i>aperitivi analcolici</i>	<i>acqua minerale bevande gassate</i>	
BEVANDE ALCOLICHE				
	<i>aperitivi alcolici</i>	<i>alcolici fuori pasto</i>		<i>birra vino amari super alcolici</i>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Tabella 2 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2008

Alimenti	PIE	VDA	LOM	TAA	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA
CEREALI, TUBERI																							
pane, pasta, riso	DCM	C	D	DCM	DCM	DCM	DCM	D	P	DCM	DCM	D	D	DCM	P	DCM	D	C	D	C	DCM	DCM	D
patate	D	DCM	D	D	C	D	C	D	D	DCM	C	P	D	D	D	DCM	D	D	P	P	C	P	D
CARNE, PESCE, UOVA																							
salumi	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	DCM	DCM	D	D	D	D
carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	P	D	DCM	D	P	DCM	D	D	D	D	D	D	D	P	D	D	P	C	P	P	DCM	P	D
carne bovina	P	D	D	D	P	D	D	D	D	D	P	D	D	P	C	D	C	C	C	C	D	D	P
carne di maiale	P	FC	P	D	P	D	P	DCM	DCM	D	P	D	D	P	C	C	P	DCM	C	D	D	D	P
uova	DCM	DCM	P	DCM	DCM	D	D	P	D	FC	P	D	DCM	D	DCM	DCM	D	C	D	DCM	DCM	C	D
pesce	P	D	P	C	C	D	D	P	P	D	P	DCM	DCM	P	DCM	D	P	DCM	P	D	D	C	P
LATTE E DERIVATI																							
latte	D	P	D	P	P	D	D	DCM	D	P	P	P	C	D	C	D	C	C	D	D	P	C	P
formaggi, latticini	D	P	D	D	D	P	P	D	D	D	P	P	DCM	D	D	D	D	C	D	C	D	D	DCM
ORTAGGI, FRUTTA, LEGUMI																							
verdure in foglie cotte e crude	P	P	P	P	P	P	P	P	P	C	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
pomodori, melanzane, zucchine etc.	P	C	P	D	P	D	D	P	P	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
frutta	P	P	C	P	C	D	P	P	P	C	C	P	P	P	P	D	P	P	P	P	D	P	P
legumi	DCM	DCM	DCM	D	DCM	P	D	FC	C	D	C	P	DCM	D	D	C	P	C	C	C	P	P	P
SNACK, DOLCI																							
snack	D	D	DCM	C	C	C	0	FC	DCM	FC	FC	P	D	P	DCM	C	DCM	DCM	C	C	DCM	C	FC
dolci	C	DCM	DCM	DCM	C	DCM	C	P	D	DCM	D	D	D	D	P	C	D	P	C	C	DCM	D	DCM
GRASSI PER COTTURA																							
olio di oliva	D	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	D	D	C	C	D	C	D	C	C	C	C	C
olio di semi	C	D	D	D	D	D	D	D	D	C	C	C	C	D	C	C	D	C	C	D	D	D	D
burro	D	C	D	D	D	D	D	C	D	C	C	C	C	D	I	C	D	D	I	D	I	D	D
GRASSI PER CONDIMENTO																							
olio di oliva	D	C	I	C	C	C	C	D	D	C	D	D	D	C	C	D	C	C	C	C	C	D	C
olio di semi	C	D	D	D	D	D	D	C	C	D	C	C	C	D	C	C	D	C	C	C	C	C	D
burro	D	D	D	D	D	D	D	C	D	D	I	I	D	I	C	C	D	D	I	C	C	C	D

Tabella 2 - (segue) Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2008

Alimenti	PIE	VDA	LOM	TAA	BZ	TN	VEN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA	
BEVANDE ANALCOLICHE																									
acqua minerale	P	P	P	P	D	P	P	P	P	P	C	P	C	P	P	C	C	C	P	C	C	C	C	D	P
bevande gassate	P	P	D	P	P	D	C	D	D	P	FC	P	D	D	P	DCM	P	DCM	FC	D	P	P	P	D	P
aperitivi analcolici	D	DCM	D	DCM	DCM	D	D	D	D	DCM	D	D	C	D	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	C	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM
BEVANDE ALCOLICHE																									
birra	D	DCM	DCM	D	DCM	D	D	D	P	P	D	D	D	D	D	P	D	D	D	P	D	D	D	D	D
vino	D	D	D	D	DCM	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
consumo di alcolici fuori i pasti	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	C	DCM	D	D	DCM	DCM	C	D	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	C	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM
DCM																									
aperitivi alcolici	P	D	DCM	FC	FC	P	C	P	C	P	FC	FC	P	P	DCM	DCM	DCM	D	DCM	P	D	DCM	D	D	C
amari	D	D	D	DCM	FC	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	D	D	P	D	D	D	D	D
super alcolici	D	D	D	P	C	P	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	FC	D	D	P	D	D	D	D	D

FC = Fortemente Crescente; C = Crescente; DCM = Diffusione Consumo Moderato; P = Polarizzazione; D = Decrescente; I = Invariato.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Tabella 3 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nei giovani di 3-17 anni - Anni 2001-2008

Frequenze di consumo	Classi di età			
	3-5	6-10	11-13	14-17
Fortemente Crescente	pesce	latte	pesce	acqua minerale - bevande gassate - aperitivi analcolici - consumo di alcolici fuori pasto - aperitivi alcolici - super alcolici
Crescente	olio di semi - legumi - burro	olio di oliva - olio di semi - burro	olio di oliva - olio di semi - burro	olio di oliva - olio di semi - burro - carne di maiale - carne bovina
Diffusione Consumo Moderato	pane, pasta, riso - carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello - carne di maiale - uova - formaggi, latticini - snack	pane, pasta, riso - carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	pane, pasta, riso - snack	pane, pasta, riso - patate - uova - formaggi, latticini - amari
Polarizzazione	patate - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - frutta	carne bovina - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - frutta - legumi	carne di maiale - uova - latte - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - frutta	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - legumi - snack
Decrescente	salumi - carne bovina - latte - dolci - olio di oliva - burro - olio di semi	patate - salumi - carne di maiale - uova - pesce - formaggi, latticini - snack - dolci - olio di semi - burro	patate - salumi - carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello - carne bovina - formaggi, latticini - legumi - dolci	salumi - pesce - latte - frutta - dolci - birra - vino

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Promuovere il ritorno ad una dieta legata alla tradizione alimentare italiana caratterizzata dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e dal consumo moderato di bevande alcoliche essenzialmente in occasione dei pasti. In concomitanza, scoraggiare l'abitudine sempre più frequente al consumo di alimenti fonte di grassi e zuccheri e l'adozione di modelli nord-europei per il consumo di bevande alcoliche. In questo quadro è opportuno identificare *target* specifici per la comunicazione finalizzata all'informazione ed educazione alimentare. Tutto ciò sia in merito al territorio, considerando le regioni dove l'andamento risulta più negativo per specifici gruppi alimentari, sia riguardo ai gruppi di popolazione quali per esempio i più giovani. In particolare, il messaggio da ribadire ai giovani (e alle loro famiglie) e che almeno tra i più piccoli sembra iniziare a pren-

der piede, è di ridurre la frequenza di consumo delle carni e dei salumi a favore di un maggiore consumo di ortaggi e frutta, limitando anche le bevande alcoliche. Queste ultime, infatti, soprattutto tra gli adolescenti di 14-17 anni, delineano l'adozione di comportamenti a rilevante rischio per la salute.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (2002): "Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani" A. Turrini, A. De Carli, A. D'Amicis, S. Martines, S. Orsini; Roma, Istat 2002, "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute".
- (2) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
- (3) Turrini A. (2008): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2008, pp. 59-62.
- (4) Adamo D. (2008): Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande tra la popolazione e nei giovani. Rapporto Osservasalute 2008, pp. 63-68.

Sovrappeso e obesità

Significato. La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare, l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità. Nonostante il grado di malnutrizione esistente, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Siamo, infatti, di fronte a una vera e propria epidemia globale, che si sta diffondendo in molti Paesi e che può causare, in assenza di un'azione immediata, problemi sanitari molto gravi nei prossimi anni. Le ultime analisi

dell'OMS indicano che, a livello mondiale, circa 1,6 miliardi di adulti sono in sovrappeso e almeno 400 milioni di adulti sono obesi. Le proiezioni sono alquanto drammatiche. Infatti, entro il 2015, circa 2,3 miliardi di adulti saranno in sovrappeso e più di 700 milioni saranno obesi (1). È per questo motivo che il trattamento e la prevenzione di tale fenomeno rappresentano una delle sfide più grandi del nostro secolo e che le strategie di intervento dovrebbero essere caratterizzate da un approccio globale con interventi di tipo comportamentale e sociale mirati a modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita individuale.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 18 anni ed oltre con IMC 25-30 e >30}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre}} \times 100$$

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) e il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione tra i sessi o per fascia d'età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 e "obesità" un IMC ≥ 30 .

L'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" è stata condotta su un campione (popolazione all'1/1/2007) di circa 58.700 individui, suddivisi in 23.400 famiglie, distribuite nelle diverse regioni. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o auto compilazione, pertanto, le informazioni raccolte, sono autoriferite.

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

Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di persone che risultano in sovrappeso (Campania 41,3%, Sicilia 41,1%) ed obese (Molise 13,2%, Basilicata 12,6%) rispetto alle regioni setten-

trionali (Trentino-Alto Adige, Piemonte e Lombardia); confrontando i dati del 2007 con quelli del 2008 presentati nel precedente Rapporto Osservasalute (pag. 78) relativi all'anno 2006, si osserva una tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso nella maggior parte delle regioni senza differenze geografiche, mentre risulta una diminuzione nelle regioni del Nord-Est per quanto riguarda le persone obese (Tabella 1). La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale (obesa o in sovrappeso) cresce al crescere dell'età: dal 16,5% tra i 18 e i 24 anni al 60% ed oltre tra i 55 e i 74 anni, per diminuire nelle età più anziane con il 55,8% tra le persone di 75 anni ed oltre. La condizione di sovrappeso o obesità risulta più diffusa tra gli uomini, rispettivamente il 44,3% ed il 10,6% rispetto al 27,6% ed al 9,2% delle donne (Tabella 2). Le differenze di genere riguardano anche il diverso comportamento dei sessi rispetto alla frequenza del controllo del peso. La frequenza con cui gli uomini adulti controllano il peso non si distingue significativamente rispetto alla condizione di eccesso o meno di peso, diversa la situazione per le donne per le quali emerge un comportamento differenziato, che se in sovrappeso tendono a limitare la frequenza dei controlli.

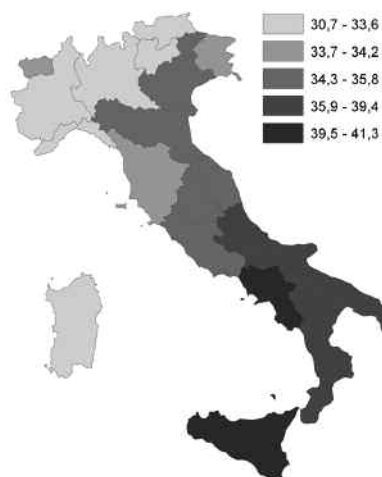
Tabella 1 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2007

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,4	8,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,2	9,8
Lombardia	31,3	9,0
Trentino-Alto Adige	31,8	8,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,7</i>	<i>7,3</i>
Trento	32,9	9,7
Veneto	34,3	9,4
Friuli-Venezia Giulia	34,2	9,3
Liguria	33,2	9,7
Emilia-Romagna	35,2	10,5
Toscana	34,2	9,7
Umbria	35,2	10,7
Marche	34,3	10,9
Lazio	35,8	8,1
Abruzzo	37,8	11,4
Molise	37,8	13,2
Campania	41,3	11,2
Puglia	39,4	11,7
Basilicata	37,8	12,6
Calabria	37,5	10,1
Sicilia	41,1	10,9
Sardegna	33,6	9,8
Italia	35,6	9,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso (per 100) per regione. Anno 2007



Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre obese (per 100) per regione. Anno 2007

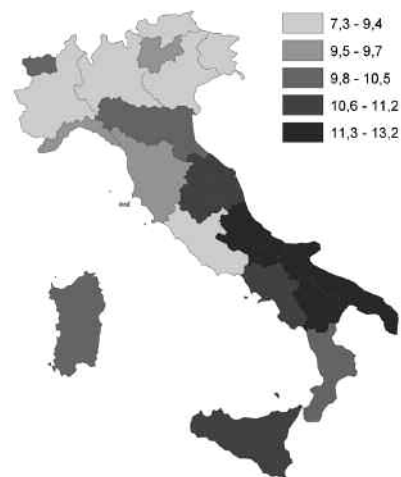


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classi di età e sesso - Anno 2007

Classi di età	Persone in sovrappeso		Persone obese	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	18,5	9,5	3,1	1,9
25-34	33,7	14,1	5,1	3,3
35-44	44,0	19,2	10,4	6,2
45-54	51,1	28,8	13,0	10,8
55-64	54,1	38,4	16,1	14,4
65-74	52,9	41,3	14,4	14,0
75 ed oltre	49,9	40,1	10,7	12,8
Totale	44,3	27,6	10,6	9,2

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti indagini, la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso e obesità, è significativamente aumentata, con conseguente riduzione della quota dei normopeso. Alla luce di tale analisi, emerge come l'obesità non sia da considerarsi solo una malattia del singolo individuo, ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita, determinando una diffusione epidemica dell'obesità stessa. La prevenzione dell'obesità è uno dei temi principali su cui si concentra l'attività del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che, da febbraio 2007, ha avviato il programma europeo "Guadagnare salute", il cui obiettivo è quello di rendere più facili e accessibili le scelte salutari e di promuovere campagne informative in cui la comunicazione risulta essere lo strumento fonamen-

tale per creare condizioni più favorevoli alle scelte che le persone possono fare per la propria salute. Parallelamente, è stato avviato, dall'Istituto Superiore di Sanità, OKkio alla SALUTE ("Sovrappeso e obesità nei bambini", pag. 74), un progetto per monitorare le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). L'obiettivo di OKkio alla SALUTE è quello di realizzare iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini, nella speranza di arginare la preoccupante situazione di eccesso ponderale infantile che si sta verificando nel nostro Paese: più di un bambino su tre ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età (2).

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO. Global Infobase 2009.
- (2) OKkio alla SALUTE. Indagine 2008.

Sovrappeso e obesità nei bambini

Significato. Il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha acquisito un'importanza crescente negli ultimi anni, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie in età adulta (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio e cerebro-vascolari, dismetabolismi, cancro della mammella e del colon-retto, etc.) (1).

Al fine di definire e implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette (parametri antropometrici, abitudini alimentari, attività fisica ed eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana nutrizione), a ottobre 2007 il Ministero della Salute/CCM ha affidato al

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE". L'iniziativa, che è collegata al programma europeo "Guadagnare salute" e al "Piano nazionale della prevenzione", vede coinvolti diversi Enti e Istituzioni, tra cui il Ministero dell'Istruzione, l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), le Regioni e le Province Autonome (2).

La metodologia adottata è quella della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute con cadenza regolare (attualmente ogni 2 anni) su campioni rappresentativi a livello regionale e, in alcuni casi di ASL, della popolazione di 8-9 anni.

Prevalenza di bambini obesi

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi}}{\text{Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni}} \times 100$$

Prevalenza di bambini in sovrappeso

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Bambini di 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso}}{\text{Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza, per ragioni di efficienza operativa, in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento e per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza. Peraltro, il limite alla rappresentatività, posto da una certa quota di bambini che non frequentano la scuola, non ha conseguenze importanti nella fascia d'età considerata.

Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, per diverse 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 individualmente siano selezionate dalle liste di campionamento, predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o di 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 presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro delle *équipe* su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (*random* o casuale semplice) che, probabilmente, richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL. Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile), in quanto vengono arruolati nell'indagine 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 (intorno al 3-5%) per le stime ottenibili a livello regionale o, in qualche caso, di singola ASL.

I bambini sono stati misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto del-

la tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (3). Questi valori sono stati calcolati a partire dai valori soglia dell'Indice di Massa Corporea nell'adulto per il sovrappeso e l'obesità (rispettivamente 25 e 30 kg/m²), elaborando i dati medi di un campione di popolazione di varie nazioni: Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti.

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

Descrizione dei risultati

Alla prima raccolta dati di OKkio alla SALUTE, avvenuta tra aprile e giugno 2008, hanno partecipato tutte le regioni tranne le Province Autonome di Trento e Bolzano e la Lombardia. Complessivamente, il livello di partecipazione, è stato molto elevato: solo il 3,4% dei genitori ha rifiutato l'adesione del proprio figlio su 50.197 bambini iscritti. Il 5,8% dei bambini era assente il giorno delle rilevazioni, in linea con il livello atteso di assenze tra il 5 e il 10%. Sono stati misurati 45.590 bambini. Di questi, il 23,6% è risultato in condizione di sovrappeso (IC 95%: 23,0%-24,2%), mentre la prevalenza di obesità si attesta al 12,3% (IC 95%: 11,9%-12,8%). Visto il ridotto numero di bambini di 7 e 10 anni frequentanti la terza classe primaria, i valori relativi a quelli di età 8-9 sono praticamente sovrapponibili: 23,6% per il sovrappeso (IC 95%: 23,0%-24,1%) e 12,3% per l'obesità (IC 95%: 11,8%-12,8%). Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) raggiungono il 36%. Assumendo per la Lombardia e per le PA di Trento e Bolzano, che non hanno partecipato alla rilevazione del 2008, valori uguali a quelli delle regioni confinanti, la stima nazionale per il sovrappeso risulta del 23,1% e per l'obesità dell'11,5%.

È stata, inoltre, calcolata la prevalenza di bambini di 8 e 9 anni in condizione di sottopeso che risulta essere dello 0,9% utilizzando i *cut-off* definiti da Cole et

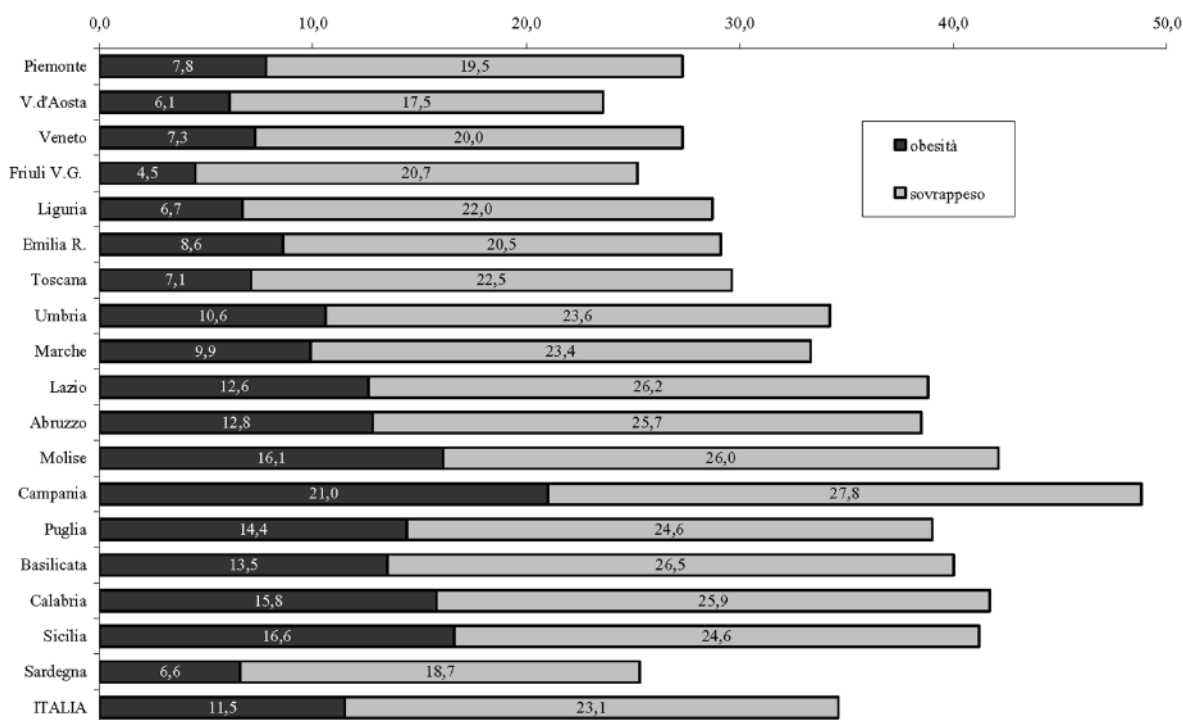
al (4). Il Grafico 1 riporta le percentuali di sovrappeso e obesità per l'Italia e per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni d'età. Si osserva una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Centro-Sud: dal 17,5% di sovrappeso in Valle d'Aosta al 27,8% in Campania; dal 4,5% di obesità in Friuli-Venezia Giulia al 21,0% in Campania. Il Grafico 2 mostra l'evidente gradiente geografico. Questo andamento si conferma anche considerando separatamente il sovrappeso e l'obesità.

Il fenomeno è stato approfondito ulteriormente considerando, con un modello di regressione logistica, l'associazione tra eccesso ponderale e alcune caratteristiche socio-demografiche dei bambini e delle loro madri.

Il rischio di sovrappeso e obesità risulta leggermente più basso tra le femmine rispetto ai maschi (35% vs 37%, OR = 0,91), mentre non varia significativamente con l'età quando si considerano le altre variabili coinvolte ($p > 0,05$).

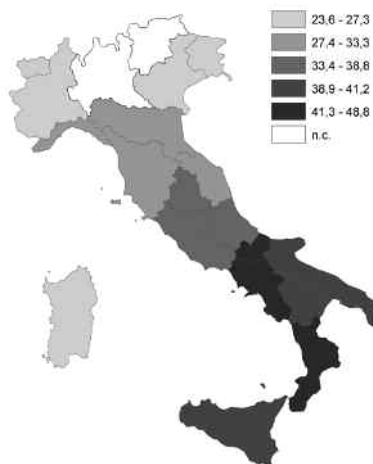
I bambini residenti nelle regioni del Nord presentano una minore prevalenza in confronto a quelle del Centro (OR = 1,30) e del Sud (OR = 1,92). Non si evidenziano, peraltro, differenze significative per zona abitativa, ad eccezione delle aree metropolitane che presentano un rischio leggermente aumentato rispetto ai piccoli centri urbani (OR = 1,10).

Il rischio di sovrappeso e obesità si associa ad alcune caratteristiche della madre. In particolare, analizzando i dati con un modello logistico, si osserva che questo rischio tende a diminuire con il crescere del livello di istruzione della madre, dal 39% per le donne senza alcun titolo, con licenza elementare o media inferiore, al 35% per quelle con diploma di scuola superiore (OR = 0,89) e al 30% per le laureate (OR = 0,68). Inoltre, i figli di donne senza alcuna occupazione o impiegate in occupazioni *part-time*, presentano un rischio minore rispetto ai figli di donne occupate a tempo pieno (OR = 0,86 per lavoro *part-time*; OR = 0,90 per nessuna occupazione). Infine, applicando a tutta la popolazione italiana 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 un 1.100.000 bambini, di cui 380.000 obesi.

Grafico 1 - Percentuale di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni per regione - Anno 2008

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Superiore di Sanità. OKkio alla SALUTE. Anno 2008.

Percentuale di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) nei bambini di 8-9 anni per regione. Anno 2008



Nota: le percentuali del Trentino-Alto Adige e della Lombardia sono stimate.

Raccomandazioni di Osservasalute

La ripetizione della raccolta dati nel 2010 e successivamente a scadenze definite, permetterà di descrivere nel tempo l'evoluzione dei fenomeni studiati. Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle ini-

ziative di promozione della salute da intraprendere con gli "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche-degenerative, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (genitori, scuola, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, *policy makers*, etc.). Infatti, la letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e, non meno importante, che abbiano una certa continuità nel tempo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007.
- (2) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporto Istisan 09/24).
- (3) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.
- (4) Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 335: 166-7.

Attività fisica

Significato. L'attività fisica svolta con continuità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare, almeno 30 minuti al giorno ad intensità moderata per 5 giorni a settimana, protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Si stima, infatti, che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%. Lo stile di vita sedentario è, tuttavia, in aumento nei Paesi sviluppati e questo, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie cardiovascolari, malattie metaboliche e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno, mediante interviste dirette, molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. In particolare, sono stati analizzati i risultati dell'Indagine del 2007, che è stata condotta su un campione (popolazione all'1/1/2007) di circa 58.700 individui, suddivisi in 23.400 famiglie, distribuite nelle diverse regioni. La rilevazione della pratica sportiva si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

Descrizione dei risultati

In Italia nel 2007, come negli anni precedenti, è confermata un'importante differenza geografica: nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore (Sicilia 14,1%, Campania 14,2%, Calabria 14,3%) rispetto al Nord (Trentino-Alto Adige 30,7%, Veneto 26,4%, Lombardia 25,1%). Verosimilmente, l'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Molise, Campania, Puglia,

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inattività fisica causa, indirettamente, circa 2 milioni di decessi ogni anno a livello mondiale. La prevalenza dei casi di inattività fisica nei Paesi in via di sviluppo oscilla fra il 17% ed il 91% e nei Paesi industrializzati dal 4% all'84%, mentre quella di coloro che fanno movimento, ma non ancora a livelli sufficienti (meno di 2,5 ore a settimana), varia tra il 31% e il 51%, con una media del 41% (1). A fronte di tali considerazioni, si ritiene necessario spostare l'attenzione ed il campo di intervento dalla malattia alla promozione della salute, passando da una concezione individuale di attività fisica ad un approccio più ampio di tipo collettivo.

Calabria e Sicilia dove più della metà delle persone dichiarano di non praticare nessuno sport (Tabella 1). Nel 2007, il 20,6% della popolazione italiana di 3 anni ed oltre, ha dichiarato di praticare in modo continuativo uno o più sport nel tempo libero e il 9,6% in modo saltuario. Nel complesso, quindi, l'attività sportiva ha interessato il 30,2% della popolazione. Le persone che, pur non facendo un'attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro) sono il 29,6% della popolazione, mentre la quota di sedentari, cioè di coloro che non praticano né uno sport né un'attività fisica nel tempo libero, è risultata pari al 39,5%. Rispetto al Rapporto Osservasalute 2008 (pagg. 84-85) si registra un leggero incremento della quota di persone che svolgono solo qualche attività fisica e una conseguente riduzione nella quota di sedentari. Le quote più alte di sportivi continuativi si riscontrano nella classe d'età tra i 6 e i 17 anni e, in particolare, tra gli 11 ed i 14 anni (56,3%); fare sport saltuariamente è, invece, maggiormente diffuso tra i giovani adulti (18-34 anni). All'aumentare dell'età diminuisce la quota di persone che praticano sport, sia in modo continuativo che saltuario, ed aumenta quella di coloro che svolgono qualche attività fisica. Infine, le quote maggiori di sedentari si riscontrano fra le persone molto anziane, oltre il 70% delle persone con più di 75 anni dichiara di non fare nessuno sport (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2007

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	22,7	13,2	33,8	30,0	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,8	18,4	28,8	28,6	0,4
Lombardia	25,1	10,2	31,3	32,7	0,8
Trentino-Alto Adige	30,7	21,1	32,9	14,9	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,1</i>	<i>24,6</i>	<i>24,6</i>	<i>14,3</i>	<i>0,3</i>
<i>Trento</i>	<i>25,6</i>	<i>17,8</i>	<i>40,8</i>	<i>15,5</i>	<i>0,3</i>
Veneto	26,4	11,5	36,6	24,8	0,8
Friuli-Venezia Giulia	21,9	10,7	35,6	31,3	0,4
Liguria	21,4	8,1	26,4	43,4	0,7
Emilia-Romagna	22,9	10,9	35,2	30,9	0,2
Toscana	20,4	9,6	35,5	34,1	0,4
Umbria	21,1	9,5	25,6	43,1	0,7
Marche	21,3	8,1	31,1	39,1	0,4
Lazio	21,5	7,6	28,7	41,0	1,2
Abruzzo	20,0	9,1	22,0	48,1	0,7
Molise	16,2	8,6	21,3	53,1	0,8
Campania	14,2	6,8	26,3	52,0	0,7
Puglia	15,6	7,1	22,9	53,0	1,4
Basilicata	19,3	8,8	23,8	47,4	0,8
Calabria	14,3	9,2	24,6	50,7	1,2
Sicilia	14,1	8,0	22,1	55,4	0,4
Sardegna	21,1	9,9	29,2	39,4	0,4
Italia	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2007

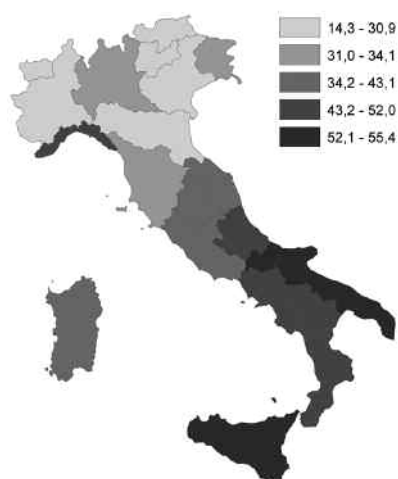


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classe di età - Anno 2007

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
3-5	18,7	5,2	28,5	42,9	4,7
6-10	51,1	7,1	17,4	23,0	1,4
11-14	56,3	8,9	17,6	16,1	1,0
15-17	42,4	13,6	19,6	23,8	*
18-19	35,4	15,5	21,3	27,5	*
20-24	34,1	15,8	22,4	26,7	1,0
25-34	26,3	14,6	27,0	31,4	0,7
35-44	18,5	12,9	30,6	37,6	0,4
45-54	15,6	9,8	34,5	39,6	0,5
55-59	12,8	7,8	36,4	42,8	0,2
60-64	10,7	6,4	39,8	42,7	0,4
65-74	7,5	4,3	38,4	49,5	0,3
75 ed oltre	2,4	1,5	23,7	71,9	0,6
Totale	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo sviluppo di strategie che portino ad un aumento della diffusione dell'attività fisica, attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo di Sanità Pubblica che può essere raggiunto solo attraverso politiche sanitarie mirate, condivisione di obiettivi e individuazione delle responsabilità. Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono del resto evidenti sia a livello sociale che economico. La collettività ne trae giovamento non solo in termini di riduzione dei costi della Sanità Pubblica, di aumento della produttività, di miglior efficienza nelle scuole e di una riduzione dell'assenteismo sul lavoro, ma registrerebbe anche un aumento della partecipazione ad attività ricreative e relazionali. Promuovere l'attività fisica è, dunque, un'azione di Sanità Pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti, il programma *Healthy People 2010*, individua l'attività fisica come uno degli obiettivi di salute principali per il Paese; l'Unione Europea, nel *Public Health Programme (2003-2008)*, propone progetti che supportano e promuovono l'attività fisica mentre, in Italia, sia il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 affrontano il tema della sedentarietà in particolar modo dal punto di vista delle cause del diabete mellito. In quest'ottica, quindi, sono importanti tutte quelle iniziative volte da un lato a studiare e monitorare la

situazione nazionale (come lo studio PASSI per gli adulti e OKkio alla SALUTE per i bambini) (Sovrappeso e obesità nei bambini, pag 74) e dall'altro a promuovere sul territorio attività di prevenzione e promozione dell'attività fisica. Oggi, in tale ambito, si inserisce il programma sostenuto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento multisettoriale con azioni rivolte a favorire stili di vita salutari fra cui il forte suggerimento a svolgere attività fisica, che deve divenire un momento di benessere fisico e psicologico che coinvolge persone di tutte le età. L'obiettivo di tale programma è quello di indurre la concezione di attività sportiva vista come aggregazione sociale e attività educativa che preveda l'apprendimento di regole sane. I punti su cui si articola "Guadagnare Salute" riguardano, pertanto, la possibilità di favorire l'attività fisica nell'ambiente urbano e domestico, nei bambini e nei giovani, al lavoro e nel tempo libero, per le persone disabili, per le persone con disturbi e disagi mentali e per le persone anziane. Il raggiungimento di tale traguardo sarà possibile solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e le figure professionali interessate, ma anche e, soprattutto, della popolazione e della società civile.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO. Annual Global Move for Health. Concept paper. 2003.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano lo strumento più efficace per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere in modo duraturo ed efficace la persona vaccinata dall'infezione o dalle sue complicanze. Le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

Il tasso delle coperture vaccinali è l'indicatore principale per misurare l'efficienza e l'efficacia dei programmi di vaccinazione. Appare chiaro, quindi, come

la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento di Sanità Pubblica, che consente, da un lato di identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente e di prevederne quindi la comparsa e, dall'altro, di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione per mantenere elevati i tassi di copertura. Nel nostro Paese, le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV), Poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR) si riferiscono ad una dose di MPR. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 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 indica, come obiettivo, quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali di MPR, entro i 2 anni, superiori al 95%.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia, nel 2007 e nel 2008 (Tabelle 1 e 2), si sovrappongono mediamente a quelli europei (1) e non si discostano in modo significativo da quelli rilevati nell'anno 2005 (Rapporto Osservasalute 2007, pagg. 71-72), anche se è possibile notare un lento, ma costante incremento soprattutto per quanto riguarda le coperture delle vaccinazioni raccomandate. In Italia, i tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) e la Pertosse, sono uni-

formemente distribuite su tutto il territorio, con una media nazionale superiore al 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Tabella 3); tuttavia, rimangono ancora alcune zone del nostro territorio in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal PNV (PA di Bolzano, Campania e Calabria). È importante, comunque, sottolineare che nel 2007, probabilmente, i valori ancora sub-ottimali di alcune coperture (ad esempio il 94,5% per la poliomielite in Campania), sono da attribuirsi a problemi legati alla registrazione delle vaccinazioni e al flusso informativo dal livello locale (rappresentato dalle ASL) a quello centrale (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (media nazionale 89,5%) però, confrontando con i dati degli anni precedenti, si osserva la tendenza all'aumento di circa un punto percentuale all'anno in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia e del Molise che hanno registrato una netta diminuzione dall'anno 2007. Nonostante il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita avesse come obiettivo prioritario quello di raggiungere l'eliminazione del Morbillo a livello nazionale e di mantenere l'incidenza della Rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100 mila nati vivi entro il 2007, nessuna regione ha raggiunto, ad oggi, l'obiettivo previsto del 95%. Per quanto concerne l'Hib, negli ultimi anni, si è osservato un aumento progressivo della copertura con il raggiungimento di un valore superiore a quello ottimale (95,7%), probabilmente correlato all'uso di preparati vaccinali combinati (vaccini obbligatori e raccomandati) previsti nel primo anno di vita.

Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per regione e tipologia - Anno 2007

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,2	97,1	96,9	90,6	95,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	96,7	96,7	96,1	88,0	95,9
Lombardia	96,5	96,5	96,5	90,6	94,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,1</i>	<i>89,0</i>	<i>88,6</i>	<i>67,7</i>	<i>89,0</i>
<i>Trento</i>	<i>96,8</i>	<i>96,6</i>	<i>96,5</i>	<i>87,7</i>	<i>95,3</i>
Veneto	97,1	97,0	96,7	91,7	96,3
Friuli-Venezia Giulia	96,0	96,1	95,4	90,6	94,7
Liguria	96,5	96,5	96,4	86,6	95,8
Emilia-Romagna	97,6	97,6	97,4	93,5	96,7
Toscana	96,9	96,9	96,8	92,2	96,5
Umbria	97,8	97,7	97,5	93,4	97,4
Marche	97,5	97,7	97,4	91,2	97,2
Lazio	98,4	98,3	98,2	92,0	96,1
Abruzzo	97,9	97,9	97,9	93,1	97,9
Molise	98,0	98,0	98,0	97,3	98,0
Campania	94,5	94,5	94,5	86,8	94,4
Puglia	97,4	97,4	97,4	92,2	97,4
Basilicata	99,1	99,1	99,1	89,4	99,1
Calabria	95,4	95,4	95,4	86,4	95,3
Sicilia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Sardegna	97,9	97,9	97,9	91,5	97,8
Italia	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per regione e tipologia - Anno 2008

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	96,7	96,7	96,5	92,3	95,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	96,4	96,4	96,3	88,5	95,5
Lombardia	96,4	96,4	96,2	80,9	94,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,7</i>	<i>100,0</i>	<i>89,2</i>	<i>75,9</i>	<i>89,6</i>
<i>Trento</i>	<i>96,2</i>	<i>96,3</i>	<i>95,7</i>	<i>88,8</i>	<i>94,6</i>
Veneto	96,8	96,8	96,5	92,0	96,2
Friuli-Venezia Giulia	95,7	95,9	95,3	90,6	94,2
Liguria	96,7	97,1	97,0	86,8	96,7
Emilia-Romagna	97,4	97,5	97,2	93,6	96,5
Toscana	96,9	97,2	96,8	92,4	96,4
Umbria	97,0	97,0	97,0	94,6	97,0
Marche	98,0	98,0	97,9	93,2	97,4
Lazio	95,8	95,8	96,2	92,2	95,1
Abruzzo	97,9	97,9	97,9	92,2	97,9
Molise	98,2	98,2	98,2	91,8	98,2
Campania	93,1	90,7	94,9	88,6	94,9
Puglia	96,7	96,7	96,7	91,8	96,3
Basilicata	97,6	97,6	97,6	88,2	97,6
Calabria	94,9	94,9	94,9	88,6	94,9
Sicilia	96,9	97,4	96,6	85,3	96,6
Sardegna	97,2	97,3	97,3	92,3	97,0
Italia	96,3	96,7	96,1	89,5	95,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

Tabella 3 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per tipologia - Anni 2000-2008

Anni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
2000	96,6	95,3	94,1	74,1	54,7
2001	95,8	95,9	94,5	76,1	70,2
2002	95,9	96,8	95,4	79,8	83,4
2003	96,6	96,6	95,4	82,0	90,4
2004	96,8	96,6	96,3	85,1	93,8
2005	96,5	96,2	95,7	82,7	94,7
2006	96,5	96,6	96,3	88,2	95,5
2007	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0
2008	96,3	96,7	96,1	89,1	95,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati della sorveglianza indicano che, complessivamente, più del 96% dei bambini riceve le vaccinazioni previste dal calendario nazionale per il primo anno di vita contro Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B, Pertosse ed Hib mentre circa 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro Morbillo, Rosolia e Parotite. Negli ultimi anni, per raggiungere gli obiettivi ministeriali, sono stati avviati programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, come la campagna “Genitori Più”, sia di valutazione delle coperture vaccinali, come il progetto “Venice” dell'Unione Europea. Quest'ultimo, ha l'obiettivo di costruire una rete europea capace di raccogliere e condividere le informazioni sui pro-

grammi di immunizzazione nei Paesi membri e di monitorare, anche nell'ottica di valutare le migliori strategie in ambito di Sanità Pubblica, l'introduzione di nuove vaccinazioni, quale, ad esempio, quella contro il *papillomavirus* (2). L'implementazione dei tassi di copertura vaccinale e il mantenimento di livelli ottimali rivestono, dunque, un ruolo fondamentale in Sanità Pubblica, obiettivo orientato a privilegiare interventi che migliorino la salute e prevengano le malattie, riducendo contestualmente i bisogni e le spese necessarie alle cure.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO/UNICEF immunization coverage estimates. Anno 2009.

(2) Eurosurveillance, vol. 13, numero 33 - 14 agosto 2008.

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 e alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione, all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La vaccinazione antinfluenzale è il principale strumento per la prevenzione dell'infezione e viene offerta alle persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché alle persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicazioni a seguito di influenza. Inoltre, nella Circolare del 20/08/2009 del

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, vengono indicati i gruppi di popolazione per i quali l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è prioritaria. Tali gruppi sono: le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; gli individui di qualunque età ricoverati presso strutture di lungodegenza; i medici ed il personale sanitario di assistenza; i familiari di soggetti ad alto rischio; gli addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed il personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

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

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 routinariamente a livello regionale e trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Non si tiene, tuttavia, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dalla Circolare Ministeriale del 20/08/2009, per tutti i gruppi *target*, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

Nell'ultima stagione 2008-2009, il 19,1% della popolazione nazionale ha ricevuto il vaccino antinfluenzale e in tutte le classi di età è stato osservato un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente (Tabella 1). Nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura degli ultrasessantacinquenni che, tuttavia, resta la fascia di età che ha registrato un incremento maggiore rispetto alla stagione antecedente. Valutando le coperture vaccinali degli anziani degli anni precedenti (Tabella 2), si evidenzia un trend di crescita con un picco del 68% nella stagione 2005-2006 (che sembra essere ascrivibile ad un condizionamento psicologico frutto della vasta campagna mediatica sul rischio di pandemia di influenza aviaria verificatasi contestualmente), seguito da un lieve calo negli anni successivi.

Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100) per regione e classe di età - Stagione 2008-2009

Regioni	Classi di età				
	<5	5-14	15-24	25-64	≥65
Piemonte	1,7	1,9	1,5	6,7	60,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,0	1,0	0,8	5,9	54,5
Lombardia	2,4	2,3	1,2	4,9	61,7
Bolzano-Bozen	1,3	1,1	1,8	2,5	47,5
Trento	1,8	1,7	1,2	5,3	68,0
Veneto	3,3	3,4	2,0	8,1	71,6
Friuli-Venezia Giulia	1,4	1,8	1,7	8,2	48,3
Liguria	5,4	4,2	4,2	8,7	65,7
Emilia-Romagna	2,6	4,2	3,7	11,5	73,7
Toscana	9,9	6,5	3,3	9,7	69,5
Umbria	1,8	1,5	1,3	7,6	74,7
Marche	4,5	3,9	2,6	9,0	66,9
Lazio	2,7	3,5	2,8	10,4	67,9
Abruzzo	6,2	5,3	2,0	7,6	68,4
Molise	8,9	7,4	3,4	11,3	72,3
Campania	6,7	6,2	3,9	10,9	72,2
Puglia	18,7	13,8	4,4	12,1	73,8
Basilicata	2,3	3,1	1,4	3,7	72,2
Calabria	4,2	2,9	1,8	7,5	69,8
Sicilia	3,0	2,9	4,4	10,4	61,0
Sardegna	6,2	5,0	2,9	7,1	49,6
Italia	4,6	4,0	2,5	8,1	66,2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100) di persone di 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2008-2009

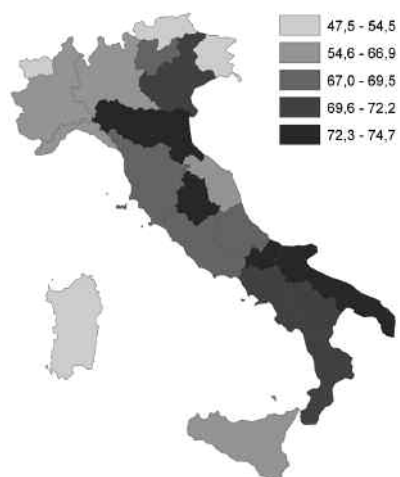


Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100) di persone di 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 1999-2009

Regioni	Stagioni									
	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>n.p.</i>	<i>43,3</i>	<i>38,8</i>	<i>46,8</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>
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0
Veneto	47,3	60,7	63,5	n.p.	70,9	n.p.	73,2	74,1	70,3	71,6
Friuli-Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1	n.p.	64,4	68,1
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3
Campania	38,1	62,3	n.p.	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2
Calabria	23,6	29,7	n.p.	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.p.	61,0
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

Descrizione dei risultati

La strategia vaccinale è la base per l'interruzione della trasmissione del virus influenzale: ottenere un'elevata copertura vaccinale permette il controllo dell'infezione, la prevenzione delle complicanze cliniche e la diminuzione dei decessi nelle fasce più a rischio. Per questi motivi la prevenzione dell'influenza è sempre stata oggetto di particolare interesse nei Piani Sanitari Nazionali (PSN) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la campagna vaccinale una strategia favorevole in termini di costo-benefi-

cio e costo-efficacia. In Italia, analogamente ad altri Paesi europei, l'obiettivo *target* previsto dalla vigente Circolare Ministeriale non è ancora stato raggiunto e anche i valori stimati di copertura vaccinale di alcune categorie a rischio, ottenuti mediante indagini campionarie, sono ancora sub-ottimali. Pertanto occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione, raccomandare ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di famiglia la prevenzione delle categorie *target*.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche ed invalidanti, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche. Nel mondo i fumatori sono circa 650 milioni ed è stato stimato che il tabacco causa la morte di 1 persona ogni 6 secondi (5 milioni di persone ogni anno) ed 1 decesso su 10 è ad esso correlato (1).

Secondo i dati della Commissione Europea ogni anno, in Europa, sono oltre 650 mila i morti imputabili al tabacco ed oltre 13 milioni sono le persone che soffrono di una malattia cronica causata dalla dipendenza e dall'uso di tabacco. Nel nostro Paese i fumatori sono circa 11,2 milioni e si stima che le morti attribuibili al fumo di tabacco siano circa 80.000 all'anno (2).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

Numeratore	Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo	
	_____	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre	

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo sono stati analizzati, per l'anno 2008, i risultati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" pubblicata nel 2009 e condotta su un campione di circa 49 mila individui distribuiti in 851 comuni. La rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2008 si stima che, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre, sia pari al 22,2%. Il dato è rimasto complessivamente stabile negli ultimi anni. Non emergono grandi differenze territoriali, anche se si riscontra una leggera prevalenza nell'abitudine al fumo nelle regioni meridionali. Rispetto ai dati del 2007 (Rapporto Osservasalute 2009, pag. 52), si evidenzia un aumento dei fumatori soprattutto in Calabria (che passa dal 17,0% al 20,6%) ed in Puglia (dal 20,8% al 22,5%) ed una diminuzione in Liguria (dal 23,2% al 20,2%). La prevalenza di persone che hanno smesso di fumare, nel periodo dal 2001 (20,1%) al 2008 (22,9%), è stata in lenta, ma costante

Il fumo, inoltre, provoca importanti ripercussioni sull'economia dei Paesi: si colloca, infatti, fra i principali fattori responsabili delle spese in ambito sanitario. L'alto numero delle condizioni patologiche associate al consumo di tabacco rende difficile la valutazione dell'impatto economico che l'abitudine al fumo comporta sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro persi. Si stima che il costo possa variare dallo 0,1% all'1,1% del Prodotto Interno Lordo (3).

Lo studio dei dati di prevalenza del consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno nella popolazione ed individuare adeguate attività di prevenzione e di controllo.

crescita, con una distribuzione degli ex-fumatori prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta 25,7% ed Umbria 27,3%) rispetto al Sud (Campania 18,9% e Calabria 17,9%). Non vi sono, invece, variazioni geografiche rilevanti per quanto riguarda la prevalenza dei non fumatori (52,9%).

Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è di 13,5, quota che aumenta man mano che si scende verso Sud (Tabella 1).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,6%, mentre le donne il 16,3%. Rispetto al 2007 (Osservasalute 2009, pag. 53) si registra una sostanziale stabilità del fenomeno, sia per gli uomini che per le donne.

Il tabagismo è più diffuso nelle fasce di età giovanili ed adulte ed, in particolare, tra i 25 ed i 34 anni, fascia di età in cui si raggiunge il 29,2%. La percentuale più elevata di fumatori negli uomini si registra tra i 25-34 anni (36,9%), mentre nelle donne tra i 45-54 anni (24,3%).

La maggioranza della popolazione non ha mai fumato (52,9%) ed evidenti sono le differenze di genere: il 38,9% degli uomini ed il 65,9% delle donne. Una quota pari al 22,9% è rappresentata dagli ex-fumatori, con differenze di genere, anche in questo caso, elevate: il 30,4% degli uomini ed il 15,9% delle donne (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno, per regione - Anno 2008

Regioni	Fumatori %	Ex-Fumatori %	Non Fumatori %	N medio sigarette al giorno
Piemonte	21,4	24,7	52,6	13,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,4	25,7	55,0	14,6
Lombardia	22,1	23,8	51,5	12,7
Trentino-Alto Adige	20,5	22,2	54,2	12,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>21,7</i>	<i>22,6</i>	<i>52,8</i>	<i>12,6</i>
<i>Trento</i>	<i>19,4</i>	<i>21,9</i>	<i>55,5</i>	<i>11,8</i>
Veneto	20,7	24,4	53,3	10,9
Friuli Venezia Giulia	21,1	25,2	51,9	12,8
Liguria	20,2	23,2	55,5	13,9
Emilia-Romagna	23,2	25,5	50,3	13,2
Toscana	22,3	25,7	50,4	13,0
Umbria	21,2	27,3	49,9	14,3
Marche	21,7	24,4	52,0	13,2
Lazio	23,3	24,1	48,5	14,2
Abruzzo	23,2	22,1	53,4	14,1
Molise	20,6	21,0	57,3	13,3
Campania	23,8	18,9	55,2	15,2
Puglia	22,5	19,8	56,9	13,5
Basilicata	22,8	22,2	53,8	14,5
Calabria	20,6	17,9	60,2	14,2
Sicilia	22,8	19,7	55,5	14,3
Sardegna	21,2	23,9	50,8	14,1
Italia	22,2	22,9	52,9	13,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudini al fumo, per regione. Anno 2008

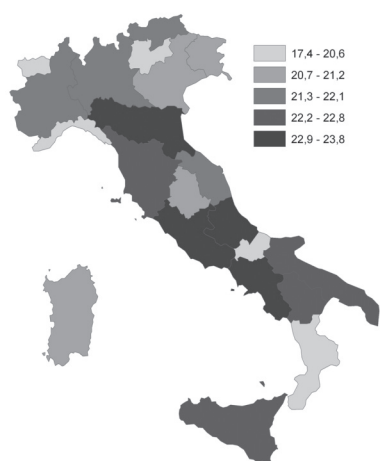


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno, per classe di età e genere - Anno 2008

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno
14-17	9,9	*	84,7	10,9	*	*	90,0	6,7	7,5	*	87,3	9,5
18-19	31,2	*	60,8	9,5	19,4	*	71,8	8,0	25,1	*	66,6	8,9
20-24	35,0	9,4	52,1	11,5	20,2	10,3	67,1	9,1	27,9	9,8	59,3	10,7
25-34	36,9	15,9	44,3	14,1	21,0	16,0	60,8	10,0	29,2	16,0	52,3	12,6
35-44	35,4	22,8	39,8	15,4	20,0	17,3	60,8	11,4	27,6	20,0	50,4	13,9
45-54	33,0	32,0	33,5	17,2	24,3	20,8	53,3	12,0	28,5	26,2	43,7	14,9
55-59	30,5	41,7	25,8	16,3	18,3	19,6	59,9	13,0	24,3	30,5	43,1	15,0
60-64	27,5	45,2	25,1	16,5	16,7	17,5	62,9	13,2	22,1	31,3	44,0	15,3
65-74	16,7	51,4	29,6	14,7	8,9	15,9	73,2	10,9	12,5	32,2	53,2	13,1
75 ed oltre	9,0	60,8	28,8	12,1	*	13,5	82,0	9,0	5,3	31,4	61,8	10,9
Totale	28,6	30,4	38,9	14,9	16,3	15,9	65,9	11,1	22,2	22,9	52,9	13,5

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oggi la comunità scientifica internazionale è unanime nel riconoscere che il fumo di tabacco è la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito di cercare di controllare questo fenomeno nell'interesse sanitario dei fumatori e per la salvaguardia della salute della collettività non fumatrice. Identificare le strategie più corrette per promuovere la riduzione e la cessazione dell'uso di tabacco non è, però, un compito semplice. Negli ultimi anni il Ministero della Salute ha promosso diverse campagne informative sui danni provocati dal tabagismo ("Il fumo uccide: difenditi", "Liberi di respirare", "Continua ad essere libero, non fumare. Il fumo da dipendenza") mirate a tutelare i non fumatori ed a prevenire l'avvicinamento dei giovanissimi al fumo.

Nei 6 anni di applicazione della Legge n. 3/2003 "Tutela della salute dei non fumatori", la popolazione si è dimostrata, generalmente, favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. In particolare, dai dati dello studio "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)" del 2009, la maggior parte degli intervistati riferi-

sce che il divieto di fumare viene rispettato sia nei locali pubblici (86%) che nei luoghi di lavoro (88%) (4).

La legge sul divieto di fumo ha avuto un impatto immediato sulla salute: si è registrata una diminuzione del 4% circa del numero dei ricoveri ospedalieri per infarto miocardico acuto rispetto a quelli del periodo precedente la legge.

Nel nostro Paese, dunque, grazie a tale legge, ai progetti promossi dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie con le Regioni, alle iniziative nell'ambito del programma "Guadagnare Salute" ed alle campagne nazionali di comunicazione, sono stati raggiunti importanti obiettivi, ma non bisogna abbassare la guardia per consolidare i risultati ottenuti e conseguire di nuovi, in particolare nella prevenzione dell'iniziazione al fumo dei più giovani e nel sostegno a chi vuole smettere.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009.
- (2) Attività per la prevenzione del tabagismo, Rapporto 2009.
- (3) WHO - European Tobacco Control Report, 2007.
- (4) PASSI - Sistema di Sorveglianza PASSI, 2009.

Consumo di alcol

Significato. In termini epidemiologici, l'esposizione al consumo di alcol, è di per sé un indicatore di rischio per la salute che richiede una valutazione articolata in merito alla quantità di alcol assunta, alla frequenza di consumo nonché alle occasioni di consumo rischioso o dannoso di una qualunque bevanda alcolica. Pur nell'evidenza ormai acquisita a livello internazionale che non esistono livelli di sicurezza nel consumo di alcol, attraverso la lettura delle Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (1), è possibile considerare a rischio: le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA¹); gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni che eccedono il consu-

mo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi parimenti a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-5). Tali limiti sono, attualmente, in corso di revisione alla luce delle evidenze scientifiche disponibili e verranno ulteriormente ridotti nel corso del 2010 da parte degli organismi competenti di tutela della salute. Gli indicatori di sintesi per classi di età, adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore di ciascun indicatore rispetto alla popolazione di riferimento.

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 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 11-18 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 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 19-64 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) adulte a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 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 19-64 anni	

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

Prevalenza di consumatrici (donne) anziane a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

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

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva il numero di bicchieri di vino e birra ed il numero complessivo di bicchieri di aperitivi alcolici, amari e super alcolici consumati giornalmente. Il numero complessivo di bicchieri delle diverse bevande alcoliche è calcolato in termini di UA.

Per valutare correttamente il rischio connesso al consumo di alcol, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si deve tener conto anche di alcuni stili di vita, come il bere quantità eccessive di alcol in una singola occasione e la diversa capacità di smaltire l'alcol legata al genere ed all'età delle persone. Gli indicatori, sintesi delle 2 tipologie di consumo a rischio proposti dall'ISS, forniscono indicazioni utili nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale e per le implicazioni di salute pubblica che ne derivano.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è il valore medio italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio: 18,0% per gli uomini e 11,4% per le donne;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio: 20,8% per gli uomini e 4,9% per le donne;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio: 46,0% per gli uomini e 11,2% per le donne.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza di coloro che, nel 2008 non risultano esposti ad un rischio alcol correlato, è pari al 29,4%. Il dato è rimasto stabile rispetto al 2007 in tutte le regioni ad eccezione di Molise e Campania dove si registra un incremento statisticamente significativo dei non consumatori (Molise +4,5 punti percentuali; Campania +2,9 punti percentuali). La Campania, inoltre, è l'unica regione in cui si registra un incremento statisticamente significativo di coloro che non hanno mai consumato

bevande alcoliche (+3,1 punti percentuali).

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio raggiunge, nel 2008, il 25,4% per gli uomini ed il 7,0% per le donne. Non si evidenziano differenze statisticamente significative rispetto al 2007 tra gli uomini, mentre si registra una riduzione complessiva, a livello nazionale, di 0,8 punti percentuali tra le donne ed a livello regionale in Piemonte (-3,2 punti percentuali) e nelle Marche (-3,8 punti percentuali).

Tra gli uomini, rilevanti differenze si riscontrano a livello regionale con oscillazioni che vanno dal 14,0% (Sicilia) al 38,1% (Valle d'Aosta). I valori al di sopra della media nazionale si registrano in 10 regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Tra le donne, le oscillazioni vanno dal 3,2% (Sicilia) al 13,1% (Provincia Autonoma di Bolzano) e valori al di sopra della media nazionale si registrano in Toscana (9,9%), Friuli Venezia Giulia (10,5%) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (13,1%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori di 11-18 anni a rischio raggiunge, nel 2008, il 18,0% per il genere maschile e l'11,4% per quello femminile ed a livello regionale non si registrano differenze statisticamente significative rispetto al 2007. Il dato più elevato, rispetto alla media nazionale, si registra, per entrambi i generi, nella Provincia Autonoma di Bolzano (M = 33,2%; F = 33,2%). Nel 2008, a livello regionale, non si registrano differenze statisticamente significative rispetto al genere degli intervistati.

Adulti (Tabella 3). Nella fascia 19-64 anni, per entrambi i generi, le realtà a maggior rischio risultano essere: la Provincia Autonoma di Bolzano (M = 33,0%; F = 11,8%), il Friuli Venezia Giulia (M = 29,3%; F = 7,7%) a cui si aggiungono, per i soli uomini, la Valle d'Aosta (33,3%), il Molise (32,6%), la Sardegna (30,3%), la Basilicata (27,5%), la Provincia Autonoma di Trento (27,1%), l'Abruzzo (25,7%) ed il

Veneto (24,2%). La regione con valori al di sotto della media nazionale è, per entrambi i sessi, la Sicilia (a cui si aggiungono il Lazio e la Campania per gli uomini e le Marche per le donne). Nell'anno 2008, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori di 19-64 anni a rischio è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne.

Analizzando separatamente le tipologie di consumo a rischio e cioè consumo giornaliero eccedentario, *binge drinking* ed ambedue i comportamenti insieme (Tabella 4), si osserva che il solo *binge drinking* è quello che statisticamente influisce maggiormente sulla quantificazione dell'indicatore di sintesi (consumo a rischio secondo il criterio ISS) in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Calabria e nella Provincia Autonoma di Bolzano per entrambi i generi, mentre per i soli uomini in Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli

Venezia Giulia, Liguria, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sardegna e nella Provincia Autonoma di Trento.

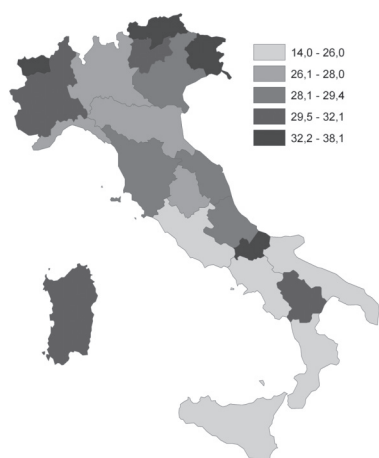
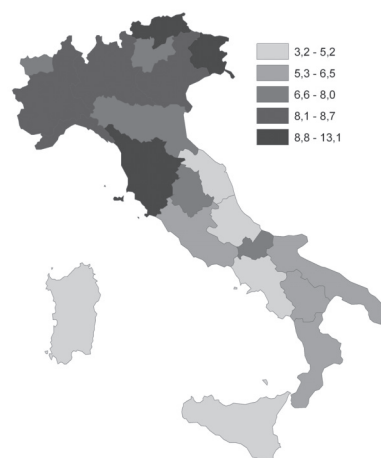
Anziani (Tabella 5). I più elevati valori di prevalenza di anziani a rischio si registrano tra gli uomini in Valle d'Aosta (60,8%), in Basilicata (59,0%) ed in Molise (58,4%) e tra le donne in Toscana (17,1%). Le regioni con i valori più bassi risultano essere, per entrambi i generi, la Sicilia (uomini: 26,4%; donne: 3,0%) e la Campania (uomini: 32,1%; donne: 5,5%), oltre al Lazio per gli uomini (36,7%) e la Calabria (4,6%) e la Sardegna (4,9%) per le donne. Nel 2008, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori a rischio ultra 64enni è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne.

Tabella 1 - Distribuzione dei non consumatori e dei consumatori (per 100) per regione - Anni 2007-2008

Regioni	2007				2008			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,4	23,8	25,2	72,3	1,7	25,3	26,9	71,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,3	22,8	25,1	72,7	2,6	20,4	23,0	74,5
Lombardia	1,7	26,0	27,7	70,1	1,6	24,6	26,2	70,4
Trentino-Alto Adige	2,1	21,1	23,2	72,2	2,3	22,9	25,2	71,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	2,7	17,4	20,2	76,3	2,8	17,9	20,8	76,0
<i>Trento</i>	1,5	24,6	26,0	68,2	1,9	27,7	29,5	66,8
Veneto	1,5	21,5	23,1	74,9	1,7	22,6	24,4	74,5
Friuli Venezia Giulia	2,8	22,4	25,2	71,2	2,4	23,1	25,5	72,0
Liguria	2,4	26,4	28,8	69,7	1,4	29,5	30,9	67,4
Emilia-Romagna	2,2	24,4	26,6	71,5	2,0	24,1	26,0	72,5
Toscana	2,0	25,2	27,2	70,7	1,6	25,6	27,2	70,8
Umbria	2,5	24,8	27,3	70,3	1,6	24,6	26,2	71,8
Marche	1,7	22,6	24,3	73,4	1,7	24,7	26,5	71,4
Lazio	1,6	26,3	27,8	68,0	1,3	25,6	26,9	68,4
Abruzzo	1,6	31,7	33,3	63,6	1,4	33,1	34,5	63,6
Molise	1,1	27,6	28,7	65,9	1,8	31,4	33,2	65,2
Campania	2,0	32,0	34,0	63,8	1,8	35,1	36,9	59,5
Puglia	2,1	28,0	30,1	66,2	1,4	30,0	31,4	67,4
Basilicata	1,9	29,2	31,1	65,7	1,8	32,8	34,6	63,2
Calabria	2,0	30,3	32,3	64,0	1,6	29,2	30,8	67,1
Sicilia	2,6	36,9	39,5	58,5	2,2	36,6	38,8	57,7
Sardegna	2,4	30,5	32,8	63,0	1,4	30,2	31,5	64,9
Italia	1,9	27,2	29,1	68,2	1,7	27,7	29,4	68,0

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008, 2009.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2008**Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2008****Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 11-18 anni per regione e genere - Anno 2008**

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	19,6	10,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,2	17,2
Lombardia	22,1	15,0
Trentino-Alto Adige	31,5	22,1
Bolzano-Bozen	33,2	33,2
Trento	29,3	*
Veneto	25,9	16,8
Friuli Venezia Giulia	25,3	*
Liguria	16,5	*
Emilia-Romagna	12,7	13,1
Toscana	17,4	15,2
Umbria	13,3	9,9
Marche	21,7	*
Lazio	16,8	11,8
Abruzzo	13,3	6,5
Molise	17,5	13,9
Campania	12,6	6,3
Puglia	19,9	10,0
Basilicata	13,8	13,9
Calabria	20,1	14,4
Sicilia	12,4	9,8
Sardegna	13,6	8,9
Italia	18,0	11,4

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 19-64 anni per regione e genere - Anno 2008

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	23,9	5,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,3	4,2
Lombardia	20,7	5,8
Trentino-Alto Adige	30,0	8,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>33,0</i>	<i>11,8</i>
<i>Trento</i>	<i>27,1</i>	<i>5,5</i>
Veneto	24,2	6,0
Friuli Venezia Giulia	29,3	7,7
Liguria	19,2	5,2
Emilia-Romagna	22,3	5,0
Toscana	22,6	6,1
Umbria	21,8	6,1
Marche	22,7	2,4
Lazio	15,6	4,4
Abruzzo	25,7	3,6
Molise	32,6	5,1
Campania	17,7	4,5
Puglia	19,9	4,0
Basilicata	27,5	4,1
Calabria	22,5	4,1
Sicilia	11,1	2,4
Sardegna	30,3	4,0
Italia	20,8	4,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di 19-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, per regione e genere - Anno 2008

Regioni	Maschi				Femmine			
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Entrambi i comportamenti	Consumatori a rischio	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Entrambi i comportamenti	Consumatrici a rischio
Piemonte	7,5	11,7	4,7	23,9	2,0	2,5	0,7	5,2
Valle d'Aosta	7,7	16,5	9,0	33,3	*	3,0	*	4,2
Lombardia	4,8	13,7	2,3	20,7	1,3	4,5	*	5,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,8</i>	<i>25,7</i>	<i>4,5</i>	<i>33,0</i>	<i>1,2</i>	<i>10,3</i>	<i>*</i>	<i>11,8</i>
<i>Trento</i>	<i>4,0</i>	<i>19,1</i>	<i>4,0</i>	<i>27,1</i>	<i>*</i>	<i>4,6</i>		<i>5,5</i>
Veneto	6,0	14,4	3,8	24,2	1,5	4,4	*	6,0
Friuli Venezia Giulia	4,8	21,2	3,2	29,3	*	6,6	*	7,7
Liguria	6,8	8,9	3,5	19,2	2,4	2,0	0,8	5,2
Emilia-Romagna	5,9	12,7	3,8	22,3	1,2	3,6	*	5,0
Toscana	9,4	9,0	4,3	22,6	2,8	2,9	*	6,1
Umbria	7,9	11,3	2,6	21,8	2,6	3,3	*	6,1
Marche	7,1	13,1	2,6	22,7	*	1,6	*	2,4
Lazio	5,1	7,8	2,6	15,6	1,5	2,4	*	4,4
Abruzzo	4,8	14,2	6,7	25,7	*	2,9	*	3,6
Molise	8,3	15,2	9,1	32,6	*	3,8	*	5,1
Campania	3,9	10,4	3,4	17,7	1,4	3,0	*	4,5
Puglia	8,1	8,9	3,0	19,9	1,1	2,8	*	4,0
Basilicata	5,5	13,4	8,6	27,5	0,9	2,8	*	4,1
Calabria	4,2	14,1	4,2	22,5	1,0	3,0	*	4,1
Sicilia	3,7	5,8	1,7	11,1	0,5	1,7	*	2,4
Sardegna	7,7	17,6	5,0	30,3	*	3,2	*	4,0
Italia	5,7	11,7	3,4	20,8	1,4	3,3	0,3	4,9

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65 anni ed oltre per regione e genere - Anno 2008

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	52,6	14,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,8	12,0
Lombardia	51,2	13,9
Trentino-Alto Adige	52,2	11,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>50,8</i>	<i>9,3</i>
<i>Trento</i>	<i>53,4</i>	<i>12,6</i>
Veneto	51,9	13,9
Friuli Venezia Giulia	46,5	17,0
Liguria	50,3	14,3
Emilia-Romagna	52,1	10,0
Toscana	50,1	17,1
Umbria	50,0	11,6
Marche	52,1	12,1
Lazio	36,7	9,6
Abruzzo	47,6	9,0
Molise	58,4	13,3
Campania	32,1	5,5
Puglia	50,8	12,7
Basilicata	59,0	8,2
Calabria	42,4	4,6
Sicilia	26,4	3,0
Sardegna	41,0	4,9
Italia	46,0	11,2

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei comportamenti a rischio conferma, da anni, la consolidata tendenza di una significativa quota della popolazione ad indulgere ad un'assunzione non moderata di alcol; in particolare, ciò riguarda la popolazione maschile con picchi registrati per gli ultra 65enni e per i giovanissimi e le *teenager*. Il rischio alcol si caratterizza in un consumo fortemente eccedentario ed a rischio di vino e di birra per gli anziani e di birra e aperitivi alcolici per i giovani; a tali eccedenze contribuiscono, ovviamente, anche le altre bevande secondo caratteristiche culturali di consumo tipiche di ciascuna generazione. I consumatori a rischio, la cui quota ha mostrato un sostanziale *plateau* nel corso degli ultimi anni, potrebbero giovare di interventi di identificazione precoce ed intervento breve (7, 9), ad oggi non integrati nella pratica clinica nonostante le indicazioni fornite dall'ISS e dei corsi di formazione per i professionisti sanitari che non ricevono, tuttavia, supporto economico da parte delle Istituzioni competenti. Le evidenze scientifiche hanno ormai dimostrato che la problematica alcol-correlata è solo in minor parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza, soprattutto in funzione della citata evoluzione dei modelli e delle culture del bere (10); gran parte degli interventi e delle azioni dovrebbero basarsi sulle evidenze recentemente fornite attraverso l'OMS dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS (11) e che sono poste nelle disponibilità del-

le competenze dei *policy-maker* a cui viene richiamata la massima attenzione alle problematiche alcol-correlate. Un possibile contributo in tal senso, in attuazione della Legge n. 125/2001, potrebbe derivare dagli atti d'intesa con le Regioni, dal Piano Nazionale Alcol e Salute e dal Programma "Guadagnare Salute", basati su un approccio interistituzionale finalizzato ad una prevenzione che, a causa delle scarse quote di finanziamento specifico, stenta ad affermarsi rispetto alle sollecitazioni al bere delle promozioni commerciali delle bevande alcoliche (169 milioni di euro l'anno contro 1 milione speso in prevenzione) e delle strategie di mercato che, secondo il report europeo "The affordability of alcoholic beverages in the European Union - Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms" (12), hanno reso maggiormente disponibile e conveniente per i giovani e, purtroppo, anche per i minori, l'acquisto di alcol rispetto ad altri beni di consumo e, addirittura, rispetto alle droghe (13). Il bere è normalizzato, nella cultura e nei comportamenti, oltre che dalla società, da una mancanza di coordinamento delle azioni centrali, anche rispetto alla devoluzione in materia di salute che a livello locale riesce a produrre iniziative di tutela perfino più incisive rispetto alle linee nazionali (ordinanze comunali, divieto di consumo etc.). Anche la comunicazione istituzionale, incalzata da logiche di tutela commerciali, non favorisce la diffusione di un'informazione valida e corretta propo-

nendo, evidentemente, messaggi in maniera spesso incoerente con gli orientamenti di tutela espressi dalle normative (alcol e minori, alcol e guida, ad esempio); aspetti che, ovviamente, non depongono per la probabilità di una riduzione del rischio alcol e che non lasciano intravedere, nel breve periodo, possibili guadagni di salute in assenza di una convinta azione istituzionale che riconsideri le logiche di intervento e che riqualifichi e finanzi la prevenzione e la ricerca come strumenti capaci di contribuire a produrre salute, sicurezza e benessere compatibili con uno sviluppo sostenibile, economico e sociale.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e 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) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.

(2) Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010. Rapporti ISTISAN 10/5. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2010.

(3) Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Farchi G, e Gandin C per il gruppo CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol. Rapporto ISTISAN 09/4, Istituto Superiore di Sanità,

Roma, 2009.

(4) Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati". Roma, 2009. Disponibile sul sito:

<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/relazione06-07.pdf>. Ultimo accesso: 30 giugno 2010.

(5) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Parisi N. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2008. Prex, Milano, 2009.

(6) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2009. Istat, Roma, 2010.

(7) ISS. Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico. Disponibile sul sito:

<http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20IPB%20a%20edizione.1208857286.pdf>. Ultimo accesso: 30 giugno 2010.

(8) Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPB (a cura di). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. 2010.

(9) Anderson P, Gual A, Colom, J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona, 2005.

(10) Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. Internal and emergency medicine. 2008; 3 (Suppl): S131-S133.

(11) WHO Regional Office for Europe. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Disponibile sul sito: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf. Ultimo accesso: 24 giugno 2010.

(12) Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms Rand technical report prepared for the European Commission Directorate General for Health and Consumers (DG SANCO) EUROPE, 2009. Disponibile sul sito:

http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689/. Ultimo accesso: 24 giugno 2010.

(13) Relazione annuale al parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Relazione 2010. Disponibile sul sito:

<http://www.droganews.it/pubdownload.php?id=1547>. Ultimo accesso: 24 giugno 2010.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2008 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone, di 3 anni ed oltre, dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia tra i gruppi di alimenti a seconda dell'uso abituale ed anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3). L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti, riferito a 100 persone, selezionato per il legume, positivo o negativo, con l'indicatore obiettivo "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) (4).

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Il profilo di consumo alimentare di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo alimentare secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (2).

La tipologia di dati, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunti, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Non è possibile confrontare l'assunzione giornaliera con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1), ma la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF. Occorre tenere presente che, negli alimenti multi-ingrediente, il consumo di singoli alimenti può essere sottostimato, nel senso che si può perdere la percezione dei singoli ingredienti. Ad esempio, pensando alle porzioni di pomodori, il pomodoro consumato come componente della pizza può non essere incluso nel calcolo mentale che il rispondente fa per compilare il questionario, così come il latte che consumiamo nei dolci, il sale nei diversi prodotti e così via.

Valore di riferimento/Benchmark. La soglia delle 5 porzioni al giorno di VOF costituisce l'indicatore obiettivo. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di questo gruppo alimentare. I con-

Le Linee Guida per una sana alimentazione (3) assegnano un ruolo centrale alla varietà di cibi e, tra i gruppi alimentari, proprio ad "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di un'associazione tra il consumo di questi alimenti e la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari grazie alla loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti nell'organismo umano ed, in generale, il ruolo preventivo nei confronti di diverse patologie cronico-degenerative ed oncologiche (1). Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (4), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti.

sumi per tipologia di alimenti sono analizzati in relazione all'indicatore obiettivo ed a indicatori dello stile alimentare (luogo ed importanza dei pasti).

Descrizione dei risultati

Nel 2008, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di VOF (indicatore obiettivo), è uguale al 5,7% (IC 95%: 4,7%-6,6%), con un +0,1% rispetto al 2007 mostrando, quindi, un lieve, ma costante incremento, considerando i valori osservati dal 2005, anche se ad un livello non statisticamente significativo. I risultati dell'analisi descrittiva, relativa alla distribuzione della frequenza di coloro che consumano 5 e più porzioni di VOF, sono riportati, in riferimento ai diversi gruppi di alimenti rilevati nella stessa indagine, nella sezione relativa all'alimentazione (2), ossia altri gruppi alimentari (Tabella 1) ed altri indicatori dello stile alimentare (Grafico 1).

La percentuale di coloro che dichiarano di consumare giornalmente "5 e più porzioni di VOF", presenta una correlazione positiva ($r \geq 0,5$) con la percentuale di coloro che dichiarano di consumare almeno una volta al giorno "verdure" ed "ortaggi".

Una debole correlazione positiva ($0 < r < 0,5$) si ha tra il consumo quotidiano di "formaggi", "2-4 porzioni di VOF" e "dolci" qualche volta a settimana, mentre una correlazione negativa ($r \leq -0,5$) si osserva per "uova" qualche volta a settimana ed una porzione al giorno di "VOF".

Una debole correlazione negativa ($-0,5 < r < 0$) si osserva per tutti gli altri raggruppamenti di alimenti considerati nell'indagine: almeno una volta al giorno

di “pane, pasta o riso” e consumo giornaliero di “1 sola porzione di verdura”, “frutta” e “latte”, qualche porzione al giorno di “VOF” e, qualche volta a settimana, “carne” (bovina, di maiale e bianca), “pesce”, “legumi in scatola” e “snack”.

Solo la percentuale di persone di 3 anni ed oltre che, usualmente, pranza in mensa o al ristorante si correla, positivamente, con la percentuale di persone che hanno indicato di consumare “5 e più porzioni al giorno di VOF”, mentre l’analoga percentuale di chi pranza in casa mostra una correlazione negativa ($r = -0,5$) con l’indicatore obiettivo.

Coerentemente, una correlazione debole, ma sempre positiva, si ha tra l’indicatore obiettivo e la percentuale di persone che consuma i pasti al bar o sul posto di lavoro.

Il Grafico 1 illustra il legame tra il valore dell’indicatore obiettivo ed i 3 indicatori dello stile alimentare per cui, la correlazione lineare, è $\geq +0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in mensa o al ristorante/trattoria) o $\leq -0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in casa). L’analisi evidenzia anche, per il 2008, che nelle regioni dove è più diffusa l’abitudine di pranzare fuori casa si registra una percentuale più elevata di persone che dichiarano di mangiare 5 e più porzioni al giorno di VOF.

L’evoluzione dei consumi alimentari, nel contesto e nella dinamica economica attuali, ha messo in evidenza il ruolo della mensa come luogo di consumo dei pasti in relazione all’assunzione giornaliera di VOF.

Per ciò che riguarda il gradiente geografico, il quinto più elevato comprende 4 regioni situate al Nord (Trento, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Valle d’Aosta) su 5, mentre nel primo quinto della distribuzione sono incluse 4 regioni situate nel Mezzogiorno (Sicilia, Puglia, Basilicata e Calabria) ed 1 regione situata nel Centro (Marche).

L’analisi è stata estesa, inoltre, alla percentuale di persone che utilizza l’olio di oliva, condimento tipico dell’alimentazione mediterranea, ed a 2 indicatori relativi all’uso di sale (riduzione del consumo ed uso di sale iodato). Per quanto riguarda altri aspetti salutistici dei profili di consumo regionali, è da notare che la percentuale di persone che raggiunge l’obiettivo non corrisponde, in media, ad un più elevato consumo di olio di oliva, né nel condimento e né nella cottura. L’indicatore, invece, correla con l’attenzione al consumo di sale inteso sia come riduzione delle quantità e sia come preferenza di utilizzo del sale iodato. Quest’ultima variabile ha raggiunto, nel 2008, il 37,5% (+9,85% rispetto al 2003), indicando una sensibilizzazione delle persone rispetto a questo argomento.

Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi, per regione - Anno 2008

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concordata rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)		Indicatore obiettivo	Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)															
	Porzioni di verdura, ortaggi consumate al giorno: 2-4 ^a			Porzioni di verdura, ortaggi consumate al giorno: 5 e più ^a		Dolci ^o		Carni bianche ^o ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a		Carni di maiale ^o scatola ^o		Carni in Frutta [*] Pane, pasta, Snack ^o Uova ^o							
	Verdure* Ortaggi* Formaggio* o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Ortaggi* Formaggio* o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a		Verdura ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Verdura ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Dolci ^o	Carni bianche ^o ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Carni di maiale ^o scatola ^o	Carni in Frutta [*]	Pane, pasta, Snack ^o Uova ^o	1 porzione di verdura, ortaggi o frutta al giorno: 1 ^a								
Trento	65,4	51,8	38,2	75,7	47,6	8,1	75,4	82,9	63,8	56,5	49,2	42,5	71,5	85,0	46,5	63,6	16,5	15,9	48,2
Friuli Venezia Giulia	66,0	46,9	30,2	77,3	50,8	7,4	744	85,6	63,2	61,0	45,1	34,4	73,4	81,9	46,7	57,2	17,7	15,2	48,1
Piemonte	63,1	54,5	33,0	78,5	49,9	7,0	83,3	90,2	73,7	58,3	38,2	32,0	81,4	83,6	53,7	57,9	20,1	14,0	60,0
Valle d'Aosta	61,5	53,3	49,2	79,0	49,2	6,7	79,5	86,1	75,4	60,7	36,1	33,6	76,2	86,9	48,4	63,9	18,9	13,3	56,6
Campania	42,2	33,7	11,3	71,6	44,2	6,6	82,3	83,1	75,2	55,6	54,9	70,6	76,3	87,6	68,3	61,9	31,2	20,9	60,5
4° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 6,5																			
Trentino-Alto Adige	61,4	47,7	42,3	73,5	49,1	6,5	62,8	82,5	54,9	60,1	40,7	32,2	68,3	80,4	39,3	64,3	16,6	19,7	49,5
Abruzzo	45,3	42,6	14,3	74,5	52,3	6,3	84,4	85,1	74,8	64,8	52,3	53,5	79,0	89,8	59,4	68,0	25,2	18,8	59,9
Veneto	60,0	47,5	29,7	74,9	58,2	6,1	80,5	85,0	70,4	58,1	43,6	30,0	70,9	86,0	48,8	60,9	26,9	18,5	49,4
Lazio	61,3	46,5	17,5	77,2	42,2	6,1	78,3	85,6	72,8	69,1	46,7	43,5	76,7	83,2	61,5	55,7	21,8	15,9	60,6
Liguria	53,1	45,4	20,8	78,5	45,0	5,8	76,6	85,2	69,4	59,6	33,2	29,5	78,7	86,0	57,6	57,0	15,8	14,9	57,6
Sardegna	47,2	41,1	30,5	74,3	48,2	5,8	79,0	84,9	68,7	61,7	58,2	38,9	77,2	83,9	61,5	53,1	25,8	19,0	55,3
Italia	51,0	42,4	23,6	75,9	48,6	5,7	79,9	85,1	71,2	59,6	46,1	44,2	76,8	85,6	57,5	61,9	24,2	17,8	56,3
Lombardia	51,5	43,3	29,3	74,9	51,1	5,5	80,7	82,8	69,9	55,6	41,1	35,4	73,0	81,4	51,6	67,0	25,4	18,6	51,2
Emilia-Romagna	55,3	47,8	21,5	77,9	54,3	5,5	80,0	86,2	68,8	53,3	48,5	35,8	76,0	86,7	53,3	65,7	21,1	16,4	50,9
Toscana	53,3	48,5	22,2	79,7	45,8	5,1	84,0	85,6	75,8	65,0	51,3	49,9	76,3	86,7	57,2	56,4	18,6	14,7	52,7
Umbria	54,5	44,8	17,8	78,8	54,7	5,0	87,4	88,6	76,9	61,6	61,4	52,5	81,3	88,9	62,7	69,4	19,3	15,9	57,3
Molise	39,7	32,7	17,0	73,9	49,7	5,0	80,8	89,7	67,3	63,5	54,5	55,4	84,9	89,1	54,5	66,7	27,9	20,0	59,9
Bolzano-Bozen	57,2	43,5	46,6	71,2	50,6	4,9	49,8	82,1	45,6	63,9	31,9	21,5	65,0	75,7	32,1	65,0	16,9	23,7	50,8
1° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 4,7																			
Sicilia	39,3	33,0	22,7	75,8	43,1	4,7	78,0	82,7	73,8	56,3	42,1	47,3	79,3	89,0	62,2	60,7	27,4	19,1	62,6
Puglia	34,0	30,9	20,7	73,8	45,3	4,6	72,8	87,8	62,9	68,2	43,5	55,4	83,9	85,0	59,7	61,5	25,5	21,1	57,1
Marche	56,8	46,4	13,5	79,8	52,8	4,5	85,1	85,7	76,2	61,4	52,0	39,0	78,2	91,4	65,6	69,0	20,0	14,8	59,0
Basilicata	30,1	27,5	17,9	70,3	47,7	4,4	79,3	83,1	73,0	56,3	49,9	64,9	77,7	90,1	65,4	68,3	27,5	24,9	61,0
Calabria	39,9	31,8	30,3	75,6	48,4	4,1	80,6	85,2	73,3	57,4	53,3	65,8	80,3	92,8	67,0	68,3	31,1	19,9	65,9

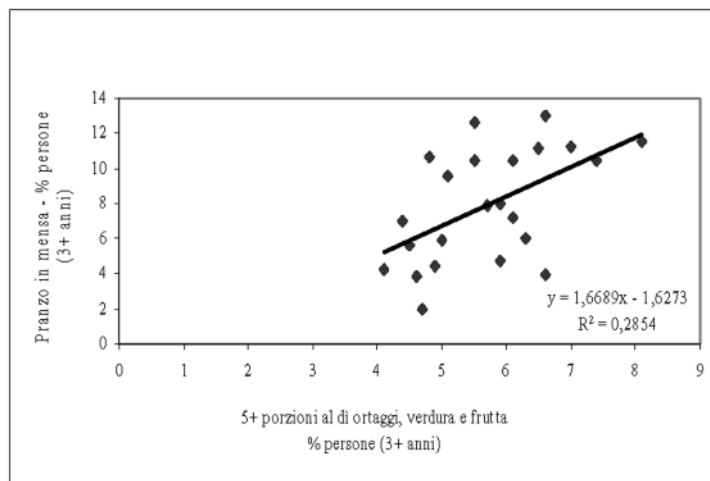
* Almeno una volta al giorno. ° Almeno qualche volta alla settimana. ^a Per 100 persone di 3 anni ed oltre della stessa zona che consumano verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno.

Nota: gli intervalli di confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

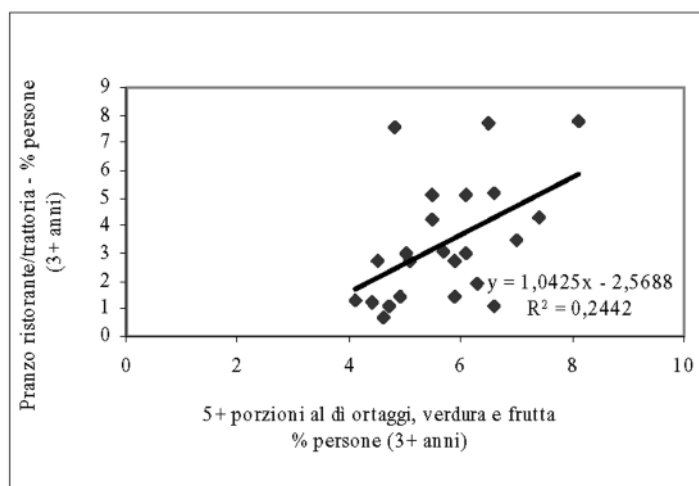
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Grafico 1 - Relazione tra proporzione di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di "5 e più porzioni di ortaggi, verdura o frutta al giorno" e 3 indicatori di stile alimentare: pranzo in mensa, pranzo al ristorante o trattoria, pranzo in casa, per regione - Anno 2008

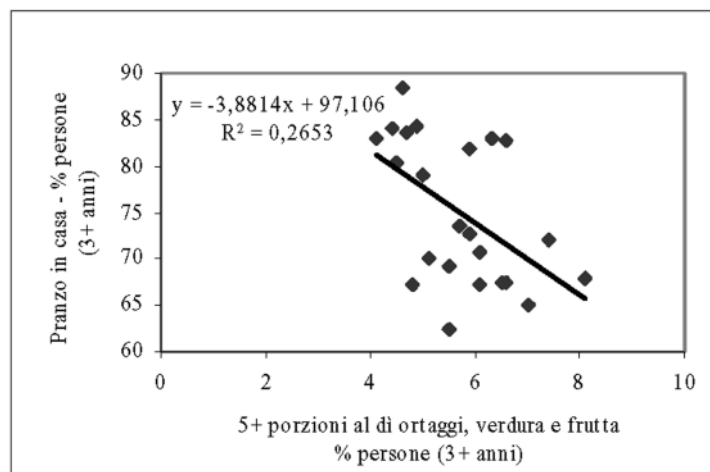
Pranzo in mensa



Pranzo al ristorante o trattoria



Pranzo in casa



Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5 porzioni al giorno di VOF è, ancora, piuttosto bassa. Nonostante il lieve trend crescente riscontrato per l'indicatore obiettivo, dovuto all'aumento della frequenza del consumo quotidiano di verdure e di ortaggi, gli sforzi per promuovere comportamenti alimentari più salutari, inclusa l'attenzione alla sicurezza d'uso degli alimenti, non devono essere abbandonati.

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva e la moderazione nell'uso del sale. Quest'ultimo è, attualmente, oggetto di una campagna a livello internazionale finalizzata alla riduzione del suo consumo a tavola (5). Tale campagna è stata recepita anche in Italia dove, però, l'attenzione è stata maggiormente rivolta al consumo di sale fuori casa (6) ed alla ricerca di prodotti alimentari che contengano quantità inferiori di questo ingrediente (4).

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (7), rientra, insieme all'educazione alimentare, tra le azioni raccomandate anche tra i produttori e gli operatori della ristorazione che posso-

no facilitare il consumo di specifiche tipologie di alimenti preferibili dal punto di vista nutrizionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile all'indirizzo: <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>. Ultimo accesso: 27 giugno 2010.
- (2) Istat. Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana - 2008. Istat. Roma, 2009.
- (3) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (4) European Commission. Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf. Ultimo accesso: 26 giugno 2010.
- (5) www.worldactiononsalt.com.
- (6) www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (7) 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 all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf. Ultimo accesso: 27 giugno 2010.

Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande

Significato. L'andamento delle frequenze di consumo di alimenti e bevande rappresenta un indicatore degli stili di vita della popolazione. Questo può essere stimato tramite un'analisi sui dati dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferita agli anni 2001-

2009. L'indicatore proposto è costituito dalla variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti e bevande. Applicando questa costante al dato di ciascun anno si ottiene la variazione relativa complessiva del periodo (1).

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti

Numeratore	(Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo t) - (Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo 0)

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di bevande

Numeratore	(Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo t) - (Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo 0)

Variazione media annuale di consumatori di alimenti

Numeratore	(Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo t) - (Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo 0)

Variazione media annuale di consumatori di bevande

Numeratore	(Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo t) - (Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo 0)

Validità e limiti. La stima del trend evolutivo in presenza di variabili qualitative è stata costruita, a partire dalle distribuzioni delle risposte alle diverse modalità, in fasi di sintesi successive. La prima fase ha riguardato l'accorpamento delle classi in funzione del tipo di alimento, al fine di evitare l'influenza delle modalità meno rilevanti, considerando l'uso abituale e la quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Ad esempio, per il gruppo pane-pastariso, è stata mantenuta la modalità di consumo "più di una volta al giorno" e sono state accorpate "qualche volta a settimana" e "meno di una volta a settimana" (a formare "meno di una volta al giorno"). Per altri alimenti, il cui consumo non avviene abitualmente su base giornaliera, "più di una volta al giorno" ed "una volta al giorno", sono state accorpate a formare "almeno una volta al giorno". Come secondo passo si è proceduto a classificare le variazioni medie annuali nel periodo 2001-2009, sia delle singole classi di frequenza che del totale dei consumatori, per ogni gruppo ali-

mentare e di bevande secondo l'andamento decremento/aumento. La successiva fase è consistita nella sintesi congiunta dell'andamento dei consumatori e delle frequenze per ogni gruppo in base allo schema decremento/aumento. In questo modo il trend del singolo gruppo viene classificato in 5 modalità:

- 1) Fortemente Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione di tutte le frequenze;
- 2) Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione delle frequenze più elevate;
- 3) Diffusione del Consumo Moderato: aumento o invarianza dei consumatori e rarefazione delle frequenze;
- 4) Polarizzazione: diminuzione o invarianza dei consumatori ed intensificazione delle frequenze;
- 5) Decrescente: diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

L'insieme di queste etichette fornisce un profilo dell'andamento nel periodo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici

classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica.

Valore di riferimento/Benchmark. Essendo l'analisi prevalentemente di tipo qualitativo, non risulta di immediata individuazione un esplicito valore di riferimento. Ciò nonostante, si può assumere come benchmark un ipotetico andamento tendenziale, con alcune caratteristiche considerate auspicabili e coerenti con una dieta equilibrata. Queste tendenze, per così dire ideali, dovrebbero essere rivolte, da un lato al recupero di alimenti fonte di carboidrati, all'incremento del consumo di ortaggi, frutta e legumi e di olio d'oliva e dall'altro alla riduzione delle fonti di grassi come formaggi e salumi, di zuccheri semplici e di bevande alcoliche ed al consumo moderato di carne, pesce ed uova.

Descrizione dei risultati

Nell'ultimo anno disponibile (2009) le tendenze non subiscono cambiamenti sostanziali rispetto a quanto risultava nella precedente analisi (4). Infatti, negli anni 2001-2009, le tendenze evolutive nella frequenza di consumo nel complesso della popolazione, risultano molto lontane dal quadro di riferimento delineato come auspicabile, indicato come valore di riferimento/benchmark, che richiederebbe soprattutto l'incremento del consumo di vegetali e la riduzione del consumo delle fonti di grassi, di zuccheri semplici e delle bevande alcoliche (Tabella 1).

Se da un lato si può valutare positivamente l'andamento decrescente di alcune fonti di grassi (salumi e formaggi), la stessa tendenza calante, non certo positiva in questo caso, si osserva per il consumo di latte e patate. Non positiva risulta anche la diffusione del consumo moderato per i cereali (pane, pasta e riso). Questo dato, infatti, non fa ben sperare per il recupero dei carboidrati che dovrebbero essere assunti in una dieta equilibrata (circa l'84% del fabbisogno medio giornaliero) (1).

Inoltre, si assiste alla polarizzazione nel consumo di vegetali, frutta e pesce. Positiva, invece, risulta la tendenza crescente per il consumo di legumi.

Per i dolci si osserva la diffusione del consumo moderato, mentre risulta fortemente crescente il consumo di snack salati (ma il dato per questi gruppi è rilevato solo a partire dal 2003).

Positivo l'andamento riguardante i grassi per cottura e condimento; risulta crescente l'uso di olio d'oliva e decrescente quello dell'olio di semi e burro.

Per il consumo di bevande analcoliche si osserva la crescita delle bevande gassate dell'acqua minerale e la diffusione del consumo moderato di aperitivi analcolici.

Per le bevande alcoliche risulta positivo l'andamento

decrescente per birra, vino, amari e super alcolici e la diffusione del consumo moderato per gli alcolici fuori pasto, mentre risulta negativo quello crescente di aperitivi alcolici.

Passando ad analizzare le tendenze evolutive nelle regioni (Tabella 1), si conferma il gradiente Nord-Sud anche se non in modo rigido. In genere, le regioni settentrionali, risultano avere un trend più positivo nonostante in esse sia evidente la crescita nel consumo di bevande alcoliche. In particolare, il trend positivo, riguarda soprattutto le regioni del Nord-Est, escluso il Veneto più vicino al profilo nazionale, caratterizzate dal positivo andamento crescente del consumo di vegetali e frutta, ma anche della crescita non positiva del consumo di bevande alcoliche. Le regioni del Nord-Ovest, invece, presentano un profilo tendenziale più simile a quello della media nazionale con l'eccezione, in positivo, della Valle d'Aosta dove cresce il consumo di alcuni vegetali ed in negativo in Liguria con l'aumento del consumo di alcune fonti di grassi.

Le regioni del Centro, meridionali ed insulari risultano avere un andamento abbastanza variegato, ma essenzialmente riconducibile a quello medio.

Eccezione rilevante risulta quella della Sardegna che, per trend evolutivi nel consumo di alimenti e bevande alcoliche, si avvicina molto al Nord-Est.

Considerando le tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nei giovani di 3-24 anni (Tabelle 2 e 3), emergono interessanti differenze di genere che in estrema sintesi evidenziano l'avvicinamento delle ragazze alle abitudini meno salutari dei ragazzi loro coetanei, in particolare per la crescita nel consumo di alimenti proteici e di bevande alcoliche.

Nella fascia 3-5 anni, le differenze di genere sono minime ed a favore delle bambine per le quali si osserva un trend crescente per il consumo di alcune verdure, uova e pesce, mentre per i bambini coetanei si osserva la polarizzazione del consumo delle verdure.

Al crescere dell'età questo andamento più positivo per le ragazze viene meno. Infatti, tra 6-13 anni, non emergono differenze di genere di particolare rilievo e le tendenze risultano per tutti lontane dal benchmark: crescita di burro ed olio di semi; diffusione del consumo moderato di cereali; polarizzazione o decremento delle verdure.

Le tendenze si differenziano tra gli adolescenti ed i giovani fino a 24 anni a sfavore, questa volta, del genere femminile per il quale la crescita di alcolici fuori pasto ed alcolici diversi da birra e vino, è molto netta ed anche per diversi tipi di alimenti proteici. Va sottolineato, come per le giovani di 18-24 anni, le tendenze evolutive sembrano portare ad una estrema dicotomia dei comportamenti: crescita di alcolici, carni, snack e patate; polarizzazione o decrescita di verdure e cereali senza alcun gruppo alimentare con una tendenza al consumo moderato.

Tabella 1 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Piemonte	-	legumi; snack; dolci; olio di semi; bevande gassate; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; uova; frutta; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; acqua minerale	latte; formaggi, latticini; olio di oliva; burro; birra; vino; amari	-
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	bevande gassate	carne di maiale; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento); birra	pane, pasta, riso; carne bovina; snack; dolci; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	pesce; verdure in foglie cotte e crude; acqua minerale	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento); vino; amari	-
Lombardia	snack	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; olio di oliva (cottura); burro (cottura); aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; consumo di alcolici fuori pasto	carne bovina; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; acqua minerale; bevande gassate	patate; salumi; latte; formaggi, latticini; legumi; dolci; olio di semi; olio di oliva (condimento); burro (condimento); aperitivi analcolici; birra; vino; amari; super alcolici	-
Trentino-Alto Adige	pomodori, melanzane, zucchine etc.; bevande gassate; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; pesce; verdure in foglie cotte e crude; frutta; legumi; snack; olio di oliva; super alcolici	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; formaggi, latticini; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari	carne di maiale; acqua minerale	patate; latte; dolci; olio di semi; burro	-
Bolzano-Bozen	bevande gassate; amari	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; snack; olio di oliva	patate; salumi; uova; formaggi, latticini; legumi; dolci; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	verdure in foglie cotte e crude; frutta	pane, pasta, riso; carne di maiale; latte; olio di semi; burro; acqua minerale	-
Trento	carne di maiale; legumi; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; pesce; verdure in foglie cotte e crude; snack; olio di oliva; acqua minerale	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; formaggi, latticini; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	bevande gassate; super alcolici	patate; latte; dolci; olio di semi; burro; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 1 - (segue) *Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009*

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Veneto	-	snack; olio di oliva (cottura); bevande gassate; aperitivi alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; legumi; aperitivi analcolici; birra; consumo di alcolici fuori pasto	salumi; carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci; acqua minerale	pane, pasta, riso; patate; pesce; latte; formaggi, latticini; olio di semi; burro; olio di oliva (condimento); vino; amari; super alcolici	-
Friuli Venezia Giulia	snack	carne bovina; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; olio di oliva; burro	salumi; dolci	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; frutta; acqua minerale; bevande gassate; birra; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; patate; latte; formaggi, latticini; olio di semi; aperitivi analcolici; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari; super alcolici	-
Liguria	carne di maiale; snack; bevande gassate	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; legumi; olio di semi; burro (cottura); aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici;	verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci; birra	patate; uova; pesce; latte; formaggi, latticini; olio di oliva; burro (condimento); acqua minerale; vino; amari	-
Emilia-Romagna	carne bovina; snack; bevande gassate; aperitivi alcolici	uova; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; olio di oliva	dolci	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; acqua minerale	pane, pasta, riso; salumi; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari; super alcolici	-
Toscana	aperitivi alcolici	legumi; olio di oliva; burro (cottura)	patate; carne bovina; uova; pesce; snack; dolci; aperitivi analcolici; birra; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; acqua minerale; bevande gassate	pane, pasta, riso; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; latte; formaggi, latticini; olio di semi (cottura); burro (condimento); vino; amari	olio di semi (condimento)
Umbria	dolci; aperitivi analcolici; aperitivi alcolici	pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; olio di semi; acqua minerale	pane, pasta, riso; birra; consumo di alcolici fuori pasto	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; formaggi, latticini; verdure in foglie cotte e crude; frutta; legumi; snack; super alcolici	salumi; carne di maiale; latte; olio di oliva; burro (condimento); bevande gassate; vino; amari	burro (cottura)

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 1 - (segue) *Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009*

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Marche	-	olio di oliva burro (cottura); olio di semi (condimento); aperitivi alcolici	carne bovina; pesce; latte; dolci; consumo di alcolici fuori pasto	salumi; uova; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; snack; acqua minerale	pane, pasta, riso; patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; formaggi, latticini; frutta; olio di semi (cottura); burro (condimento); bevande gassate; aperitivi analcolici; birra; vino; amari; super alcolici	-
Lazio	-	salumi; carne bovina; legumi; snack; olio di oliva (cottura); burro (condimento); acqua minerale; bevande gassate	pane, pasta, riso; dolci; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	patate; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro (cottura); olio di oliva (condimento); birra; vino; amari	-
Abruzzo	bevande gassate; aperitivi alcolici	carne bovina; carne di maiale; pesce; olio di semi; burro (condimento); acqua minerale; amari	aperitivi analcolici; birra; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	patate; uova; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; dolci	pane, pasta, riso; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; latte; formaggi, latticini; frutta; snack; olio di oliva; vino	burro (cottura)
Molise	aperitivi alcolici; super alcolici	snack; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento); acqua minerale; aperitivi analcolici	pane, pasta, riso; carne bovina; consumo di alcolici fuori pasto	carne di maiale; pesce; latte; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; bevande gassate	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; uova; formaggi, latticini; frutta; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento); birra; vino; amari	-
Campania	-	carne bovina; latte; olio di oliva; burro (cottura); acqua minerale; bevande gassate	uova; formaggi, latticini; legumi; snack; aperitivi analcolici	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	pane, pasta, riso; patate; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; amari; super alcolici	-
Puglia	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; legumi; olio di oliva	pane, pasta, riso; snack; bevande gassate; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	patate; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci; acqua minerale	salumi; formaggi, latticini; olio di semi; burro; aperitivi analcolici; birra; vino; aperitivi alcolici; amari	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 1 - (segue) *Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009*

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Basilicata	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; snack; olio di oliva; olio di semi; burro (condimento); aperitivi analcolici	formaggi, latticini; dolci; consumo di alcolici fuori pasto	pane, pasta, riso; patate; salumi; carne di maiale; uova; latte; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; acqua minerale; birra; aperitivi alcolici	pesce; frutta; legumi; bevande gassate; vino; amari; super alcolici	burro (cottura)
Calabria	snack; aperitivi analcolici	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; legumi; dolci; olio di oliva; olio di semi (cottura); burro (condimento); acqua; minerale; super alcolici	uova; formaggi, latticini; consumo di alcolici fuori pasto	pane, pasta, riso; patate; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; bevande gassate	carne di maiale; pesce; burro (cottura); olio di semi (condimento); birra; vino; aperitivi alcolici; amari	-
Sicilia	snack; bevande gassate; aperitivi alcolici	patate; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); acqua minerale	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; carne di maiale; uova; legumi; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; amari; super alcolici	pane, pasta, riso; pesce; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi (cottura); burro; vino	-	olio di oliva (condimento)
Sardegna	aperitivi alcolici	uova; pomodori, melanzane, zucchine etc.; olio di semi (cottura); consumo di alcolici fuori pasto	pane, pasta, riso; salumi; carne bovina; formaggi, latticini; snack; aperitivi analcolici; amari;	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; verdure in foglie cotte e crude; frutta; birra	patate; carne di maiale; pesce; latte; legumi; dolci; olio di oliva; burro (cottura); olio di semi (condimento); acqua minerale; bevande gassate; vino	burro (condimento)
Italia	snack	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; legumi; olio di oliva; acqua minerale; bevande gassate; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; carne bovina; uova; dolci; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto	carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	patate; salumi; latte; formaggi, latticini; olio di semi; burro; birra; vino; amari; super alcolici	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 2 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni. Maschi - Anni 2001-2009

Classi di età	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
3-5	-	legumi; burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce formaggi, latticini frutta; snack	patate; carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	uova; latte; dolci; olio di semi; burro (condimento)	olio di oliva (cottura)
6-10	-	olio di oliva; olio di semi (cottura); burro (condimento)	pane, pasta, riso; snack	carne bovina; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; latte; formaggi, latticini; legumi; dolci; burro (cottura); olio di semi (condimento)	-
11-13	-	snack; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso;	patate; salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; formaggi, latticini; legumi; olio di semi (condimento); burro (condimento)	olio di oliva (cottura)
14-17	super alcolici	olio di oliva; burro (cottura); acqua minerale; aperitivi analcolici; aperitivi alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; bevande gassate; consumo di alcolici fuori pasto; amari	carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi	pane, pasta, riso; patate; salumi; pesce; latte; formaggi, latticini; frutta; snack; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino;	-
18-24	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; legumi; snack; dolci; olio di oliva; acqua minerale; bevande gassate; aperitivi alcolici; super alcolici	carne bovina; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto	patate; salumi; carne di maiale pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	pane, pasta, riso; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; birra; vino; amari	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 3 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni. Femmine - Anni 2001-2009

Classi di età	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
3-5	-	uova; pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; snack; dolci; olio di oliva; burro	pane, pasta, riso; patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; latte; formaggi, latticini	verdure in foglie cotte e crude	carne bovina; frutta; legumi; olio di semi	-
6-10	-	legumi; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce; snack	carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	pane, pasta, riso; patate; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; dolci; olio di semi (cottura); olio di oliva (condimento)	-
11-13	carne bovina	patate; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; snack	carne di maiale; uova; verdure in foglie cotte e crude	salumi; pesce; latte; formaggi, latticini; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; legumi; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento)	-
14-17	acqua minerale; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	carne bovina; snack; olio di oliva; burro (cottura)	pane, pasta, riso; pesce	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; formaggi, latticini; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; bevande gassate	latte; frutta; legumi; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino; amari	-
18-24	snack; super alcolici	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; legumi; olio di oliva; acqua minerale; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; amari	-	salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; dolci; bevande gassate	pane, pasta, riso; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; birra; vino	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Promuovere il ritorno ad una dieta legata alla tradizione alimentare italiana caratterizzata dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e consumo moderato di bevande alcoliche essenzialmente in occasione dei pasti. In concomitanza, scoraggiare l'abitudine sempre più frequente al consumo di alimenti fonte di grassi, zuccheri e l'adozione di modelli nord-europei per il consumo di bevande alcoliche. In questo quadro è opportuno identificare target specifici per la comunicazione finalizzata all'informazione ed educazione alimentare. Tutto ciò, sia in merito al territorio, considerando le regioni dove l'andamento risulta più negativo per specifici gruppi alimentari che riguardo ai gruppi di popolazione quali, per esempio, i più giovani. In particolare, il messaggio da ribadire ai giovani (e alle loro famiglie) e che almeno tra i più piccoli sembra iniziare a prender piede, è di ridurre la frequenza di consumo delle carni e dei salumi a favore di un maggiore consumo di

ortaggi e frutta, limitando anche le bevande alcoliche. Queste ultime, infatti, soprattutto tra gli adolescenti di 14-17 anni e tra i giovani di 18-24 anni, delineano l'adozione di comportamenti a rilevante rischio per la salute. Infine, l'analisi di genere, fa emergere come l'omologazione a stili non salutari dei ragazzi da parte delle ragazze, pone l'esigenza di un'attenta valutazione sulle differenze di genere che andrebbero, in questo caso, ridotte avvicinando gli uomini agli stili alimentari femminili e non viceversa (4).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (a cura di: Turrini A, De Carli A, D'Amicis A, Martines S, Orsini S). *Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani*. Roma, Istat, 2002.
- (2) INRAN. *Linee Guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003.
- (3) Turrini A. *Consumo di alimenti per tipologia*. In: *Rapporto Osservasalute 2008*. Milano, Prex, 2009.
- (4) Adamo D. *Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande tra la popolazione e nei giovani*. In: *Rapporto Osservasalute*. Milano, Prex, 2009.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Nonostante il grado di malnutrizione esistente sul pianeta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'eccesso ponderale rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Siamo, infatti, di fronte ad una vera e propria epidemia globale che si sta diffondendo in molti Paesi e che può causare, in assenza di un'azione immediata, problemi sanitari molto gravi nei prossimi anni. Sovrappeso ed obesità, condizioni caratterizzate da un eccessivo accumulo di grasso corporeo dovuto, in genere, ad un'alimentazione scorretta ed ad una vita sedentaria, sono associati a morte prematura e ormai universalmente riconosciuti come fattori di rischio per le principali patologie croniche, quali malattie cardiovascolari, ictus, diabete, alcuni tumori (endometriale, coloretta, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa), malattie della colecisti ed osteoartriti.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore	Persone di 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-30 e >30	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre	

Validità e limiti. L'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 (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione tra i generi o per fascia d'età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 30 .

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale, sono stati analizzati, per il 2008, i risultati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" pubblicata nel 2009 e condotta su un campione di circa 49 mila individui distribuiti in 851 comuni. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte, sono autoriferite.

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

In Italia, in base ai dati raccolti, più di $\frac{1}{3}$ della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre circa 1 persona su 10 è obesa; in totale, il 45,4% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni, è in eccesso ponderale.

Le differenze rilevate sul territorio sono considere-

voli e nel confronto interregionale si osserva un importante gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone in sovrappeso (Molise 40,1%, Basilicata 41,0%) ed obese (Campania ed Emilia-Romagna 11,5%) rispetto alle regioni settentrionali (sovrappeso: Trentino-Alto Adige 32,0%, Piemonte 33,3% e Veneto 33,4%; obesità: PA di Bolzano 6,9%, Trentino-Alto Adige 8,4% e Piemonte 8,7%). Confrontando i dati del 2008 con quelli dell'anno precedente (Rapporto Osservasalute 2009, pag. 72), si osserva la tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso nella maggior parte delle regioni, senza differenze geografiche; una lieve, ma non significativa, diminuzione si riscontra in Campania e Sicilia. Per quanto riguarda le persone obese, 10 regioni presentano tassi maggiori rispetto allo scorso anno e 10 regioni registrano una minor prevalenza, lasciando il dato medio nazionale inalterato (Tabella 1).

La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale (obesa o in sovrappeso) cresce con l'aumentare dell'età: dal 18,5% tra i 18-24 anni ad oltre il 60% tra i 55-74 anni, per diminuire lievemente nelle età più avanzate (56,6% tra le persone di 75 anni ed oltre) (Tabella 2).

La condizione di sovrappeso od obesità è più diffusa tra gli uomini, anche se per la condizione di obesità le differenze sono minori: risulta in sovrappeso il 44,6% degli uomini rispetto al 27,1% delle donne ed obese il

10,8% degli uomini rispetto al 9,1% delle donne (Tabella 2). Le differenze di genere potrebbero anche essere influenzate dal diverso comportamento rispetto alla frequenza del controllo del peso: gli uomini, in condizione di eccesso ponderale, misurano il peso più frequentemente rispetto alle donne.

Nel periodo 2001-2008 la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso od obesità è andata aumentando passando, rispettivamente, dal 33,9% nel 2001 al 35,5% nel 2008 e dall'8,5% nel 2001 al 9,9% nel 2008 (Tabella 3).

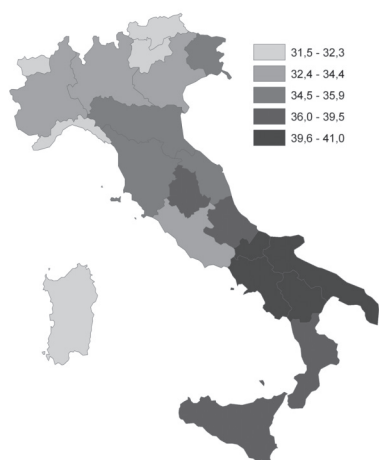
Tabella 1 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2008

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,3	8,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,7	11,5
Lombardia	33,0	9,6
Trentino-Alto Adige	32,0	8,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>31,6</i>	<i>6,9</i>
<i>Trento</i>	<i>32,3</i>	<i>9,7</i>
Veneto	33,4	8,9
Friuli Venezia Giulia	34,5	10,4
Liguria	31,5	9,8
Emilia-Romagna	35,0	11,5
Toscana	35,9	9,1
Umbria	37,0	11,4
Marche	35,3	9,8
Lazio	34,4	9,0
Abruzzo	37,6	10,6
Molise	40,1	11,2
Campania	39,7	11,5
Puglia	39,6	10,9
Basilicata	41,0	11,1
Calabria	37,1	11,1
Sicilia	39,5	9,1
Sardegna	32,3	10,3
Italia	35,5	9,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso (per 100) per regione. Anno 2008



Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre obese (per 100) per regione. Anno 2008

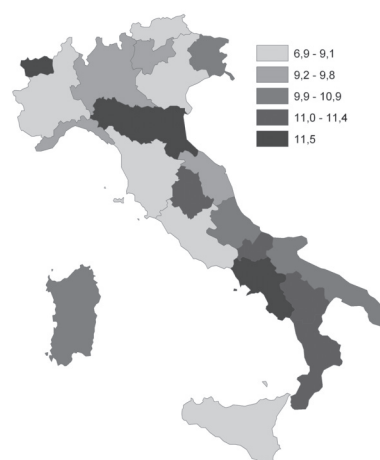


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classe di età e genere - Anno 2008

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	22,3	10,3	16,4	2,3	1,9	2,1
25-34	33,4	14,4	24,2	6,0	3,2	4,6
35-44	45,3	18,5	31,7	9,5	5,2	7,4
45-54	50,5	27,5	38,7	12,8	9,9	11,3
55-64	52,2	37,5	44,8	16,2	14,2	15,2
65-74	53,7	40,4	46,5	15,5	14,4	14,9
75 ed oltre	50,7	39,3	43,6	11,2	14,1	13,0
Totale	44,6	27,1	35,5	10,8	9,1	9,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 3 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese - Anni 2001-2008

Anni	Persone in sovrappeso	Persone obese
2001	33,9	8,5
2002	33,6	8,5
2003	33,8	9,0
2005	34,7	9,9
2006	35,0	10,2
2007	35,6	9,9
2008	35,5	9,9

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, circa 50.000 mila decessi l'anno, sono da attribuire al problema dell'obesità e, dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti Indagini, è emerso che la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso ed obesità, è aumentata, con conseguente riduzione della quota dei normopeso. Un altro dato preoccupante è quello dell'incremento dei tassi di obesità tra bambini ed adolescenti: oltre ad essere colpiti, fin dall'età infantile, da difficoltà respiratorie, problemi articolari, disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico, hanno una maggior probabilità di sviluppare precocemente fattori di rischio, quali ipertensione, malattie coronariche, diabete di tipo II ed ipercolesterolemia. Inoltre, a livello psicologico e sociale, l'eccesso di peso può causare modificazioni nel comportamento dell'individuo: chi è obeso spesso viene emarginato e sottoposto ad una vera e propria stigmatizzazione sociale, con conseguente isolamento che spesso si traduce in ulteriori abitudini sedentarie.

Alla luce di tale analisi emerge come l'obesità non sia da considerarsi solo una malattia del singolo individuo, ma il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita; per queste ragioni è considerata universalmente un importante problema di Sanità Pubblica. La prevenzione dell'eccesso di peso, infatti, è

uno dei temi principali su cui si concentra l'attività del Ministero della Salute che, dal 2007, ha avviato il programma europeo "Guadagnare salute" il cui obiettivo è quello di rendere più facili ed accessibili le scelte salutari promuovendo campagne informative in cui la comunicazione risulta essere lo strumento fondamentale per rendere i cittadini consapevoli e protagonisti della propria salute (3, 4). Inoltre, a livello nazionale, ha preso il via il progetto ministeriale "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare" con lo scopo di migliorare l'offerta dei servizi di assistenza, indirizzare verso interventi terapeutici, aggiornare le Linee Guida sanitarie sulla materia ed effettuare una sorveglianza epidemiologica sulla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (5). La collaborazione interistituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risultano di fondamentale importanza per realizzare e rafforzare gli interventi del sistema sanitario nell'ottica di sviluppare iniziative per la promozione di uno stile di vita sano. È, altresì, importante, attraverso i numerosi sistemi di sorveglianza epidemiologica operanti sul territorio, continuare a monitorare la prevalenza dell'eccesso ponderale nelle diverse regioni e nelle diverse fasce di età, al fine di verificare i risultati raggiunti e di programmare, sulla base dei dati raccolti, iniziative di comunicazione rivolte a specifici gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO - Global Infobase, 2009.
- (2) BRFSS - National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009.
- (3) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 Maggio 2007. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf.
- (4) Ministero della Salute, Guadagnare Salute.

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.

(5) Ministero della Salute e Ministero per le Politiche giovanili e le Attività sportive, Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_767_allegato.pdf.

Sovrappeso ed obesità nei bambini

Significato. Il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha acquisito un'importanza crescente negli ultimi anni, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino e sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie in età adulta (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio e cerebrovascolari, dismetabolismi, cancro della mammella e del colon-retto etc.) (1). Al fine di definire ed implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini delle scuole primarie, con acquisizione di informazioni dirette (parametri antropometrici, abitudini alimentari, attività fisica ed eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana nutrizione), nel 2007 il Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) ha

promosso l'iniziativa "OKkio alla SALUTE", coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'iniziativa, che è collegata al programma europeo "Guadagnare salute" ed ai "Piani di prevenzione" nazionale e regionali, vede coinvolti diversi Enti ed Istituzioni, tra cui il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) e le Regioni (2). La metodologia adottata è quella della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute con cadenza regolare (attualmente ogni 2 anni), su campioni rappresentativi a livello regionale ed in alcuni casi di Aziende Sanitarie Locali (ASL), della popolazione di 8-9 anni.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Validità e limiti. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza per ragioni di efficienza operativa in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento e per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza. Peraltro, il limite alla rappresentatività posto da una certa quota di bambini che non frequentano la scuola, non ha conseguenze importanti nella fascia d'età considerata. Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, per diverse ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà ed i bambini sono già in grado di rispondere con precisione ed 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 individualmente, 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 proportion-*

nal to size). Questo tipo di campionamento presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro delle *équipe* su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (*random* o casuale semplice) che, probabilmente, richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL. Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile) poiché nell'indagine 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, in qualche caso, di singola ASL (5%).

I bambini sono stati misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è stato calcolato l'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), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica ed ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso ed obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (3).

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

Descrizione dei risultati

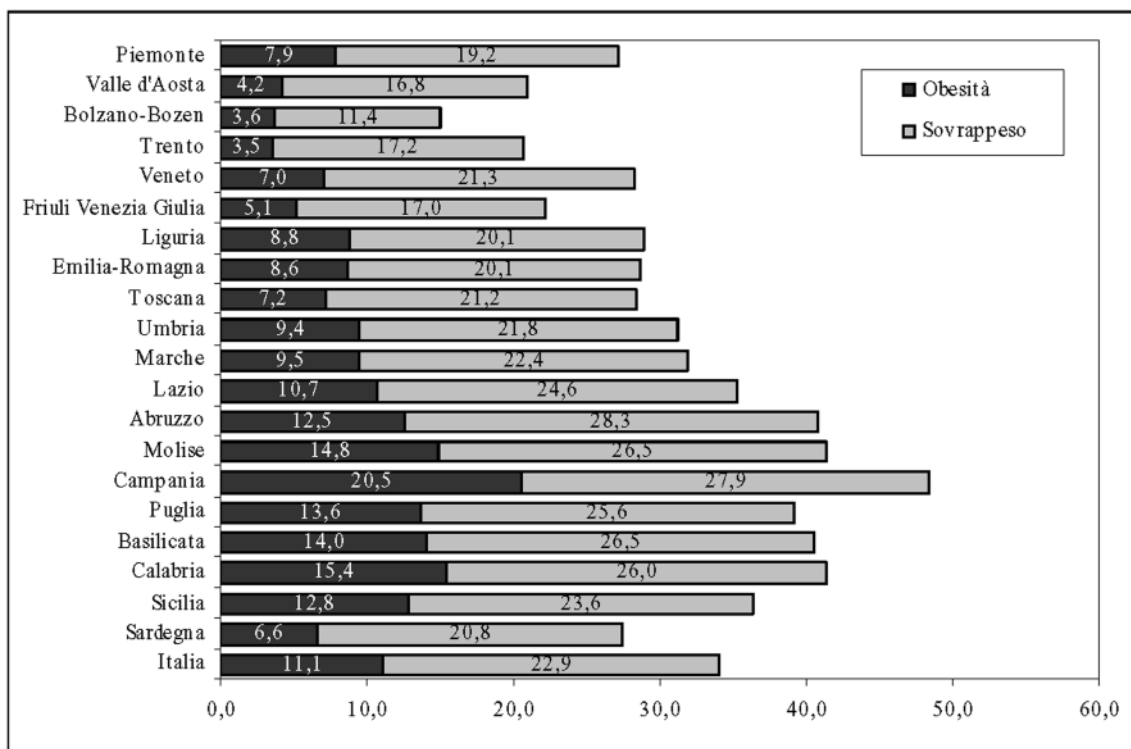
Alla seconda raccolta dati di OKkio alla SALUTE, avvenuta tra aprile e giugno 2010, hanno partecipato tutte le regioni tranne la Lombardia che ha aderito con la sola ASL di Milano. Complessivamente, il livello di partecipazione, è stato molto elevato: solo il 3,2% dei genitori ha rifiutato l'adesione del proprio figlio su 46.315 bambini iscritti. Il 5,8% dei bambini era assente il giorno delle rilevazioni, in linea con il livello atteso di assenze tra il 5-10%. Sono stati misurati 42.155 bambini. Di questi, il 23,0%, è risultato in condizione di sovrappeso (IC 95%: 22,4-23,5%), mentre la prevalenza di obesità si è attestata all'11,1% (IC 95%: 10,7-11,6%). Visto il ridotto numero di bambini di 7 e 10 anni frequentanti la terza classe primaria, i valori relativi a quelli di 8-9 anni sono, praticamente, sovrappo-

nibili: il 22,9% dei bambini di 8-9 anni è risultato in sovrappeso (IC 95%: 22,4%-23,5%) e l'11,1% obeso (IC 95%: 10,7%-11,6%). Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità), raggiungono il 34%. Questi valori sono leggermente inferiori a quelli osservati nella prima raccolta.

È stata, inoltre, calcolata la prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso che risulta essere dell'1,2% utilizzando i *cutoff* definiti da Cole et al (4). Il Grafico 1 riporta le percentuali di sovrappeso ed obesità per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni. Si osserva una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud: dall'11,4% di sovrappeso nella Provincia Autonoma di Bolzano al 28,3% in Abruzzo; dal 3,5% di obesità nella Provincia Autonoma di Trento al 20,5% in Campania. Il Cartogramma mostra l'evidente gradiente geografico. Questo andamento si conferma anche considerando, separatamente, il sovrappeso e l'obesità.

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 100 mila bambini, di cui 400 mila obesi.

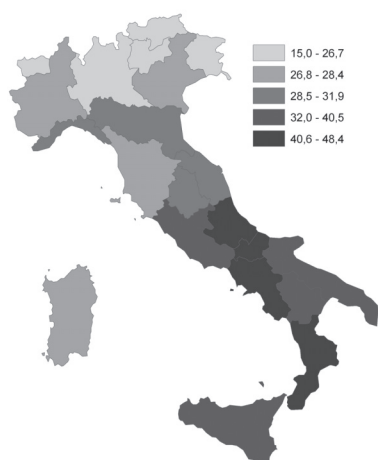
Grafico 1 - Percentuale di sovrappeso ed obesità nei bambini di 8-9 anni per regione - Anno 2010



Nota: la Lombardia ha aderito con la sola ASL di Milano e, quindi, il dato non viene riportato.

Fonte dei dati: ISS. OKkio alla SALUTE. Anno 2010.

Percentuale di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) nei bambini di 8-9 anni, per regione. Anno 2010



Nota: la percentuale della Lombardia è stata stimata.

Raccomandazioni di Osservasalute

La ripetizione della raccolta dati a scadenze definite permetterà di descrivere, nel tempo, l'evoluzione dei fenomeni studiati.

Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle iniziative di promozione della salute da intraprendere con gli "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche-degenerative, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (genitori, scuola, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, "policy maker" etc.). Infatti, la letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la

diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e, non meno importante, che abbiano una certa continuità nel tempo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007.
- (2) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2009 (Rapporto Istisan 09/24).
- (3) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1.240-5.
- (4) Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 335: 166-7.

Attività fisica

Significato. Una regolare attività fisica contribuisce a migliorare la qualità della vita poiché è associata, positivamente, allo stato di salute, al grado di soddisfazione degli interessi personali ed allo sviluppo delle potenzialità e dei rapporti sociali. L'esercizio fisico costante, per almeno 30 minuti al giorno ad intensità moderata per 5 giorni a settimana, aiuta a prevenire diverse malattie croniche ed a ridurre la comparsa di eventuali complicanze; controlla, infatti, la pressione arteriosa ed il livello di glicemia, modula positivamente il colesterolo nel sangue e riduce il tessuto adiposo in eccesso limitando l'insorgenza di malattie metaboliche, cardiovascolari e neoplastiche (1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che, circa il 60% della popolazione mondiale, non

svolge i livelli raccomandati di attività fisica necessari per indurre benefici per la salute e che l'inattività è responsabile, ogni anno, di circa 1,9 milioni di decessi. In particolare, si evidenzia che, la sedentarietà, è causa di circa il 30% delle malattie cardiache, del 27% dei casi di diabete e del 21-25% dei tumori di mammella e colon e, senza un intervento mirato, tale bilancio è destinato ad aumentare (2).

Nei Paesi sviluppati, fattori quali la sedentarietà e l'eccesso di peso, spesso associati tra loro, concorrono a determinare la maggior parte dei decessi: una riduzione dell'esposizione a questi fattori di rischio modificabili comporterebbe un aumento dell'aspettativa di vita di circa 5 anni (1).

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Riguardo all'attività fisica sono stati analizzati, per il 2008, i risultati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" anno 2009, condotta su un campione di circa 49.000 individui distribuiti in 851 comuni. La rilevazione della pratica sportiva si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2008, il 21,6% della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, mentre il 9,7% lo pratica in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando un'attività sportiva dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 chilometri, nuotare o andare in bicicletta), sono il 27,7%. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, è pari al 40,2%.

Come negli anni precedenti, è confermata un'importante differenza geografica: nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è net-

tamente inferiore, soprattutto in Sicilia (13,8%), Campania (15,1%) e Puglia (15,8%) rispetto alle regioni settentrionali (Trentino-Alto Adige 33,5%) e centrali (Lazio 23,2%). Verosimilmente, l'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Campania (53,9%), Calabria (54,6%) e Sicilia (61,8%) dove oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport (Tabella 1).

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile: le quote più alte di persone che praticano attività fisica con continuità si riscontrano, in generale, nella classe di età 6-17 anni ed, in particolare, tra gli 11 ed i 14 anni (57,0%); l'attività sportiva saltuaria, invece, registra percentuali più alte tra i 18-19 anni (15,4%).

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo che saltuario), mentre cresce quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualche attività fisica aumenta in modo continuo fino ai 64 anni, per poi decrescere nelle età più avanzate, dove la percentuale di sedentari arriva al 72,9% tra gli ultra 75 anni. L'analisi di genere mostra delle forti differenze poiché, i livelli di pratica sportiva, sono molto più alti fra gli uomini: il 25,8% pratica sport con continuità ed il 12,0% saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 17,6% e del 7,5%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,9% vs 35,3%) (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2008

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,7	12,5	31,8	29,9	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,0	14,8	25,4	32,8	n.d.
Lombardia	25,9	12,0	30,9	30,2	1,0
Trentino-Alto Adige	33,5	18,6	32,9	14,3	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>42,0</i>	<i>20,0</i>	<i>23,2</i>	<i>14,1</i>	<i>0,6</i>
<i>Trento</i>	<i>25,4</i>	<i>17,3</i>	<i>42,5</i>	<i>14,4</i>	<i>0,4</i>
Veneto	26,9	11,3	34,3	26,9	0,5
Friuli Venezia Giulia	24,0	11,3	35,8	28,4	0,4
Liguria	21,1	8,2	28,6	41,1	0,9
Emilia-Romagna	24,7	10,9	33,5	30,5	0,3
Toscana	22,0	8,8	31,9	36,8	0,4
Umbria	19,9	11,2	28,6	39,9	0,5
Marche	22,5	9,6	27,1	40,4	0,5
Lazio	23,2	8,6	22,9	44,4	0,9
Abruzzo	18,5	7,7	26,7	46,4	0,8
Molise	17,6	8,7	26,6	46,0	1,0
Campania	15,1	5,9	23,8	53,9	1,3
Puglia	15,8	9,3	24,3	49,9	0,7
Basilicata	17,7	6,6	29,4	45,7	0,7
Calabria	16,3	7,3	20,7	54,6	1,0
Sicilia	13,8	7,5	16,0	61,8	1,0
Sardegna	20,5	7,9	26,9	44,3	0,4
Italia	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8

n.d. = non disponibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2008

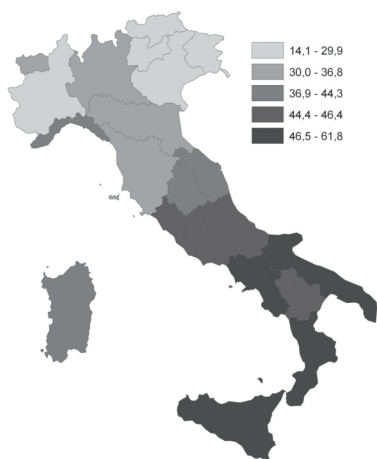


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2008

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	16,6	5,1	22,9	49,4	6,1
6-10	57,5	9,0	13,5	18,4	1,8
11-14	64,1	8,9	11,6	14,7	*
15-17	53,8	17,8	12,4	15,6	*
18-19	47,8	17,3	12,9	20,9	*
20-24	43,1	17,3	14,4	23,9	1,3
25-34	33,3	16,4	19,1	30,3	0,9
35-44	23,2	1,6	25,1	35,2	0,6
45-54	19,2	13,8	29,2	37,4	0,4
55-59	14,9	10,4	34,7	39,7	*
60-64	12,4	8,8	38,4	40,3	*
65-74	8,7	6,0	42,9	41,8	0,6
75 ed oltre	3,5	2,2	30,4	63,5	*
Totale	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
FEMMINE					
3-5	22,0	3,1	19,9	48,8	6,3
6-10	52,4	6,3	15,8	24,0	1,4
11-14	49,6	9,7	18,0	21,2	1,6
15-17	35,3	11,6	23,9	27,9	*
18-19	26,2	13,5	27,6	32,6	n.d.
20-24	25,2	12,8	28,5	32,5	1,0
25-34	21,1	11,2	30,4	36,5	0,8
35-44	16,8	10,4	31,6	40,7	0,6
45-54	13,8	8,0	34,5	43,3	0,4
55-59	12,0	6,2	37,4	44,2	*
60-64	9,5	4,9	37,6	47,2	0,7
65-74	7,4	2,7	33,7	55,7	0,5
75 ed oltre	1,6	1,8	17,5	78,6	0,5
Totale	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
TOTALE					
3-5	19,2	4,1	21,4	49,1	6,2
6-10	55,0	7,7	14,6	21,1	1,6
11-14	57,0	9,3	14,7	17,9	1,1
15-17	45,0	14,9	17,9	21,4	0,8
18-19	36,6	15,4	20,6	27,0	*
20-24	34,5	15,1	21,2	28,0	1,1
25-34	27,3	13,9	24,6	33,3	0,9
35-44	20,0	13,1	28,4	38,0	0,6
45-54	16,5	10,8	31,9	40,4	0,4
55-59	13,4	8,3	36,1	41,9	0,3
60-64	11,0	6,9	38,0	43,7	0,4
65-74	8,0	4,2	37,9	49,4	0,5
75 ed oltre	2,3	2,0	22,4	72,9	0,5
Totale	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8

n.d. = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2008 la pratica sportiva ha interessato meno di 1/3 (31,3%) della popolazione di 3 anni ed oltre, mentre 4 italiani su 10 si sono dichiarati sedentari. Questi numeri allarmanti sono in linea con i dati epidemiologici europei e mondiali.

Secondo l'OMS, nonostante i moltissimi aspetti positivi legati alla pratica sportiva quotidiana (sviluppo dell'apparato muscolo scheletrico, cardiovascolare e neuromuscolare, controllo del peso corporeo, benefici psicologici, antidepressivi e di integrazione sociale), i livelli di attività fisica stanno diminuendo in tutto il mondo, soprattutto tra i giovani. Si stima, infatti, che meno di 1/3 dei bambini e degli adolescenti sia sufficientemente attivo. Questo declino è dovuto alla diffusione di uno stile di vita sedentario che porta i bambini a camminare sempre meno, a guardare troppo la televisione ed a giocare con i *videogame*. Nel nostro Paese, i dati raccolti sull'attività fisica, riferiscono che solo 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età e che 1 bambino su 2 vede la televisione o gioca con i videogiochi per più di 3 ore al giorno (3).

Tra i giovani adulti, la popolazione femminile (che mediamente ha un'aspettativa di vita più lunga, ma anche con maggior rischio per malattie croniche nell'età adulta ed anziana), è decisamente meno "attiva" rispetto alla quota maschile. Inoltre, l'attività fisica, oltre a dare benefici sia immediati che a lungo termine a livello fisico, è associata ad un maggior benessere psicologico riducendo i livelli di stress, ansia e depressione, aspetto molto importante per le donne

che, generalmente, dimostrano una prevalenza di depressione quasi doppia rispetto agli uomini.

Sulla base di questi indicatori, risulta necessario sia implementare gli interventi di promozione della salute con azioni sui determinanti ambientali e sui comportamenti individuali e sia sviluppare nuove strategie per aumentare la diffusione dell'attività fisica.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, nell'ambito degli interventi di promozione di stili di vita salutari, prevede programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari basati sull'evidenza scientifica, con particolare riguardo alla popolazione infantile e giovane-adulta. È necessaria, infatti, un'integrazione tra amministratori locali, scuola, famiglia, datori di lavoro ed associazioni di categoria per realizzare, basandosi sul comportamento e sulle abitudini della popolazione target, interventi di educazione e campagne informative/formative *ad hoc*, atte a favorire la pratica dell'esercizio fisico nelle comunità.

Il raggiungimento di uno stile di vita più sano sarà possibile solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e le competenze interessate, ma anche e, soprattutto, con la partecipazione responsabile della popolazione e della società civile.

Riferimenti bibliografici

- (1) Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie CCM - Network Azioni, 2010.
- (2) Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009.
- (3) OKkio alla Salute, 2008.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano lo strumento più efficace per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere, in modo duraturo ed efficace, la persona vaccinata dall'infezione e dalle sue complicanze. Le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. Sia l'implementazione che il mantenimento a livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale, sono obiettivi fondamentali per la Sanità Pubblica. Il tasso delle coperture vaccinali è, infatti, l'indicatore principale

per misurare l'efficacia dei programmi di vaccinazione. Appare chiaro, quindi, come la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento che consente, da un lato di identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente prevenendone l'eventuale comparsa e, dall'altro, di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione. Nel nostro Paese le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV), Poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per MPR, si riferiscono ad una dose. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il vigente Piano Nazionale Vaccini (PNV), 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 indica, come obiettivo, quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali di MPR, entro i 2 anni, superiori al 95%.

Descrizione dei risultati

I dati registrati nel 2009 si sovrappongono, mediamente, a quelli americani ed europei (1) e non si discostano in modo significativo da quelli rilevati negli ultimi 2 anni in Italia (Rapporto Osservasalute 2009, pag. 81), anche se è possibile notare un lieve decremento da attribuirsi, probabilmente, a problemi legati alla registrazione delle vaccinazioni ed ai flussi informativi dal livello locale e centrale. Rispetto ai dati del 2009 i tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Polio, Epatite B), insieme a quelli riguardanti la

Pertosse, sono uniformemente distribuiti su tutto il territorio, con una media nazionale pari a circa il 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Tabella 1); tuttavia, rimangono ancora alcune zone del territorio in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal PNV (PA di Bolzano, Molise, Campania e Calabria). Da sottolineare, il ridotto tasso di copertura vaccinale per l'Epatite B che si è registrato in Veneto (90,6%) nel 2009 rispetto agli anni precedenti: ciò potrebbe essere ascrivibile alla sospensione dell'obbligo vaccinale introdotta in Veneto a partire dal 1 gennaio 2008 (Tabella 2).

Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (media nazionale 89,9%) ed il dato si allinea con quello degli anni precedenti. Nessuna regione, infatti, ad eccezione dell'Umbria (95,2%) e della Sardegna (95,5%), ha raggiunto una copertura vaccinale superiore al 95%, obiettivo minimo per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita. Anche a livello europeo non si è raggiunto l'obiettivo fissato dall'OMS per l'eradicazione della Rosolia ed il Morbillo entro il 2010; tuttavia, negli Stati europei membri dell'OMS l'incidenza del Morbillo è scesa, negli ultimi anni, da 110 casi per milione di abitanti a meno di 1 caso per milione di abitanti (2). Per quanto concerne l'Hib, si è osservato un aumento progressivo della copertura con il raggiungimento di un valore superiore a quello ottimale (95,6%), probabilmente correlato all'uso di preparati vaccinali combinati (vaccini obbligatori e raccomandati) previsti nel primo anno di vita (Tabella 1).

Tabella 1 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale per tipologia - Anni 2000-2009

Anni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
2000	96,6	95,3	94,1	74,1	54,7
2001	95,8	95,9	94,5	76,9	70,2
2002	95,9	96,8	95,4	80,8	83,4
2003	96,6	96,6	95,4	83,9	90,4
2004	96,8	96,6	96,3	85,7	93,8
2005	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7
2006	96,5	96,6	96,3	88,3	95,5
2007	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0
2008	96,3	96,7	96,1	90,1	95,7
2009	96,2	96,2	95,8	89,9	95,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Tabella 2 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale per regione e tipologia - Anno 2009

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	96,5	96,5	96,3	93,1	93,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	95,5	95,7	95,4	87,8	94,8
Lombardia	97,3	97,3	97,1	94,8	95,9
Bolzano-Bozen	88,9	88,8	88,3	70,8	88,8
Trento	96,4	96,4	95,9	88,5	94,9
Veneto	96,6	96,6	90,6	93,0	95,8
Friuli Venezia Giulia	96,5	96,6	95,9	90,8	95,6
Liguria	96,3	96,3	96,2	87,9	95,9
Emilia-Romagna	97,3	97,4	97,1	93,9	96,5
Toscana	96,7	96,8	96,7	92,7	95,8
Umbria	97,3	97,3	97,3	95,2	97,3
Marche	97,8	97,8	97,7	92,4	97,4
Lazio	96,6	96,5	98,4	89,6	96,3
Abruzzo	97,6	97,6	97,6	92,2	97,5
Molise	94,6	94,6	94,6	88,8	94,6
Campania	94,6	94,6	94,4	86,9	94,4
Puglia	97,0	97,0	97,0	92,3	97,0
Basilicata	98,9	98,9	98,9	90,2	98,9
Calabria	94,5	94,5	94,5	85,4	94,5
Sicilia	95,9	95,9	95,9	86,8	95,9
Sardegna	96,7	96,7	96,7	95,5	96,7
Italia	96,2	96,2	95,8	89,9	95,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti esiti ottenuti con le vaccinazioni (a partire dall'eradicazione del vaiolo, dichiarata nel 1980 dall'OMS e dall'eliminazione della polio in Europa, dichiarata nel 2002) e dalla drastica riduzione, nel nostro Paese, di malattie come Difterite e Tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi disomogenee sul territorio. Sebbene i risultati mostrino il raggiungimento di coperture vaccinali >95% per Poliomielite, DT, HBV, Pertosse e Hib, appena 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro Morbillo, Rosolia e Parotite. Per raggiungere gli obiettivi ministeriali sono stati, quindi, avviati programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, come la campagna "Genitori Più", sia di valutazione delle coperture vaccinali, come il progetto "Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti (ICONA)", oggi alla terza edi-

zione (1998, 2003, 2008). I dati raccolti sono indispensabili per identificare le aree che necessitano di intervento prioritario, per elaborare nuove strategie, per migliorare le coperture vaccinali di MPR entro i 2 anni di età e per verificare l'impatto delle attività di recupero per la vaccinazione MPR tra gli adolescenti condotte, a partire dal 2003, nell'ambito del Piano Nazionale L'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Inoltre, per evitare coperture vaccinali a macchia di leopardo, conseguenti a comportamenti regionali fortemente differenziati che possono limitare l'efficacia di campo dei programmi stessi, è necessario che le regioni definiscano strategie condivise di intervento.

Riferimenti bibliografici

- 1) WHO/UNICEF/The World Bank - State of the world's vaccines and immunization, 2009.
- 2) Euro WHO - European Immunization Week, 2010. <http://eiv.euro.who.int/>.

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 ed alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La vaccinazione antinfluenzale è il principale strumento per la prevenzione dell'infezione e viene offerta, gratuitamente, alle persone di 65 anni ed oltre, nonché alle persone di tutte le età affette da patologie (ad esempio: malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato cardio-circolatorio, malattie metaboliche, malattie renali, malattie degli organi emopoietici, immunosoppressione, malattie infiammatorie croniche) per cui è maggiore il rischio di complicanze.

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 efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati, routinariamente, a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene, tuttavia, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dalla Circolare Ministeriale (1) per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

Come illustrato in Tabella 1, nell'ultima stagione 2009-10, il 19,6% della popolazione nazionale ha ricevuto il vaccino antinfluenzale; per tutte le classi di età al di sotto dei 65 anni è stato osservato un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente, in particolare nei soggetti di età inferiore a 5 anni (dal 4,6% al 6,1%)

Ogni anno, nella circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza", vengono indicati i gruppi di popolazione per i quali l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è prioritaria (1). Oltre a quelli sopracitati, i gruppi target della campagna vaccinale sono: bambini ed adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico; donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; gli individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenza; medici ed il personale sanitario di assistenza; familiari di soggetti ad alto rischio; soggetti addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed il personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

(Rapporto Osservasalute 2009, pag.84).

Negli ultra 65enni la copertura vaccinale è rimasta in linea con le stagioni precedenti e, nonostante la recente diffusione del virus influenzale pandemico A/H1N1, non si è registrato un aumento delle vaccinazioni, diversamente da quanto avvenuto nella stagione 2005-06 quando vi fu un picco di vaccinazioni pari al 68,3%, ascrivibile al condizionamento psicologico in merito al rischio di pandemia da influenza aviaria verificatasi contestualmente (Grafico 1). Nessuna regione, ad eccezione dell'Umbria (77,5%), ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura vaccinale negli anziani, anzi, in alcune regioni, si è registrata una netta diminuzione rispetto alla stagione precedente per questa categoria di soggetti, in particolare in Friuli Venezia Giulia (dal 68,1% al 49,7%), in Campania (dal 72,2% al 63,4%) ed in Calabria (dal 69,8% al 63,0%). Solo in Sardegna si evidenzia un significativo aumento del tasso di vaccinati, dal 49,6% al 60,9% (Tabella 2).

Tabella 1 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione e classe di età - Stagione 2009-2010

Regioni	Classi di età					Totale
	<5	5-14	15-24	25-64	≥65	
Piemonte	2,0	2,0	2,2	6,4	60,6	17,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,4	0,4	1,2	6,6	58,9	16,2
Lombardia	0,8	0,7	0,3	0,9	63,1	13,2
Bolzano-Bozen	1,9	1,6	0,9	4,5	47,7	11,5
Trento	3,3	2,7	1,6	6,0	67,0	16,8
Veneto	5,2	5,0	2,6	8,6	71,2	20,1
Friuli Venezia Giulia	1,9	1,8	1,6	6,7	49,7	15,6
Liguria	7,5	5,4	4,8	10,1	65,7	24,1
Emilia-Romagna	3,3	4,6	3,0	9,4	73,8	22,6
Toscana	17,7	10,7	3,6	11,4	71,1	24,9
Umbria	0,9	1,3	1,4	6,9	77,5	22,0
Marche	6,1	5,2	2,6	9,5	66,5	21,1
Lazio	3,5	4,6	3,7	11,4	67,7	20,7
Abruzzo	7,3	5,3	1,9	7,4	67,1	19,4
Molise	9,8	9,7	3,2	11,7	73,7	24,2
Campania	9,9	8,0	9,7	12,4	63,4	19,5
Puglia	23,2	18,1	6,7	12,4	73,0	24,7
Basilicata	2,8	3,2	2,1	11,8	72,6	21,8
Calabria	5,2	4,7	2,9	8,4	63,0	18,1
Sicilia	3,6	3,7	3,2	12,9	64,1	19,6
Sardegna	10,4	8,8	4,1	9,2	60,9	18,5
Italia	6,1	5,1	3,0	8,8	65,6	19,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

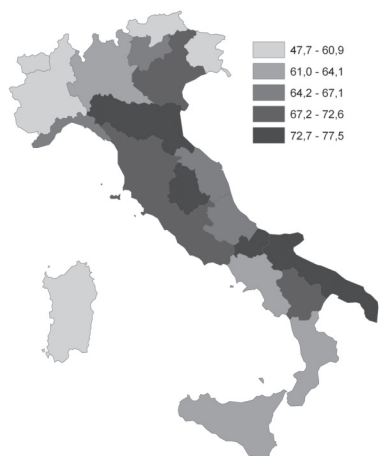
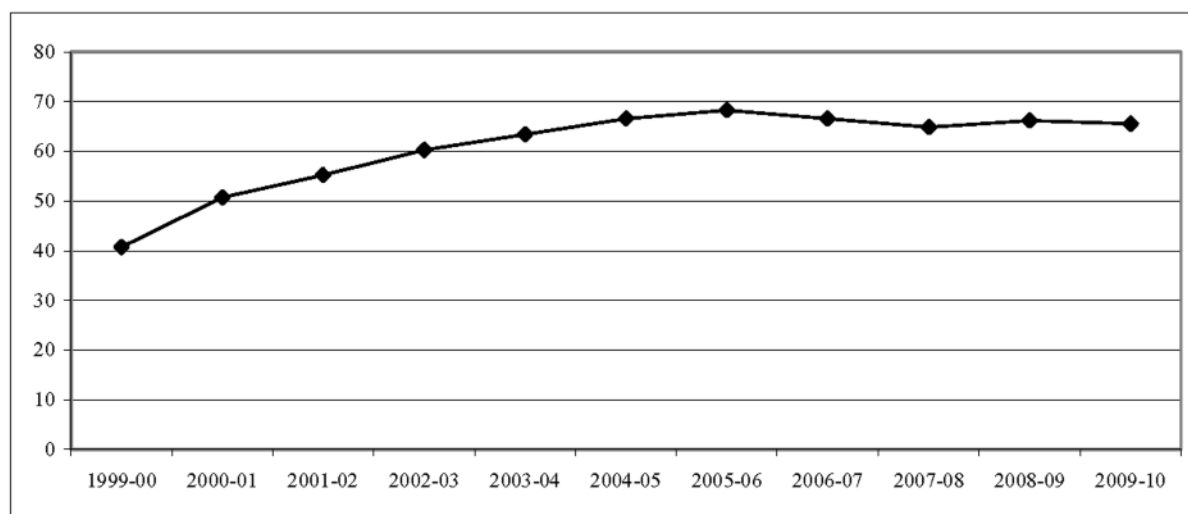
Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2009-2010

Grafico 1 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni ed oltre negli ultimi 10 anni - Anni 1999-2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Tabella 2 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 1999-2010

Regioni	Stagioni										
	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6
Valle d'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1
Bolzano-Bozen	n.p.	43,3	38,8	46,8	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0
Veneto	47,3	60,7	63,5	n.p.	70,9	n.p.	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2
Friuli Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1	n.p.	64,4	68,1	49,7
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7
Campania	38,1	62,3	n.p.	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6
Calabria	23,6	29,7	n.p.	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.p.	61,0	64,1
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La strategia vaccinale è la base per l'interruzione della trasmissione del virus influenzale: ottenere un'elevata copertura vaccinale permette il controllo dell'infezione, la prevenzione delle complicanze cliniche e la diminuzione dei decessi nella popolazione a

rischio. Per questi motivi la prevenzione dell'influenza è sempre stata oggetto di particolare interesse nei Piani Sanitari Nazionali e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la campagna vaccinale una strategia favorevole in termini di costo-beneficio e costo-efficacia. In Italia, analogamente ad altri Paesi

europei, l'obiettivo minimo, previsto dalla vigente circolare ministeriale, non è ancora stato raggiunto ed anche i valori stimati di copertura vaccinale di alcune categorie a rischio, ottenuti mediante indagini campionarie, sono ancora sub-ottimali. Pertanto, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di

Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta la prevenzione per le categorie target.

Riferimenti bibliografici

(1) Circolare del Ministero della Salute - Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2009-2010.

Fumo di tabacco

Significato. Il fumo di tabacco è causa nota di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, comprese diverse forme di cancro, e rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto passivamente.

Dal Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sullo stato di attuazione delle politiche globali di controllo del tabacco, emerge che il fumo di tabacco uccide circa 6 milioni di persone ogni anno e causa centinaia di miliardi di dollari di danni alle economie in tutto il mondo. Se le tendenze attuali si confermeranno, nel 2030 più di 8 milioni di persone moriranno ogni anno a causa del fumo (1).

Recentemente, la Commissione Europea ha pubblicato i dati relativi al sondaggio di Eurobarometro sul consumo di tabacco dal quale si evidenzia che, nono-

stante nei Paesi dell'Unione Europea (UE) il numero dei fumatori sia in calo, un terzo degli europei fuma ancora ed, ogni anno, muoiono prematuramente a causa del fumo 650 mila persone, 19.000 di queste per effetto dell'esposizione al fumo passivo (2).

In Italia, si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno ed oltre il 25% di questi decessi coinvolge soggetti tra i 35-65 anni (3). Anche se negli ultimi 50 anni si è assistito, in Italia come nel resto del mondo occidentale, ad una graduale diminuzione dei fumatori, nel nostro Paese il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile (3).

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

Numeratore	Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo	
		x 100
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 (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" condotta nel febbraio 2010 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 49.000 individui. La rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2010, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 22,8%. Il dato si conferma, complessivamente, stabile negli ultimi anni. Nel confronto con l'anno 2009 (dati non mostrati), non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo; si riscontra, infatti, solo una leggera prevalenza nelle regioni centrali (24,7%). Un aumento dei fumatori si evidenzia soprattutto in Campania (26,1% vs 22,8%) e nel Lazio (26,7% vs 24,6%), mentre una diminuzione si osserva in Emilia-Romagna (22,3% vs 24,6%) ed in Veneto (20,2% vs 22,3%) (Tabella 1). La prevalenza di ex-fumatori, nel periodo compreso tra il 2001 (20,2%) ed il 2010 (23,4%), è in lenta, ma costante crescita (Tabella 2); gli ex-fumatori risultano maggiormente

concentrati nelle regioni del Nord-Est (Veneto 27,9% e Friuli Venezia Giulia 26,7%) rispetto al Meridione (Campania 19,4% e Sicilia 19,4%). Non vi sono, invece, variazioni geografiche rilevanti per quanto riguarda la prevalenza dei non fumatori (52,0%).

Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 12,7, in netta diminuzione rispetto al 2001 dove erano 14,7 (Tabella 2); tale quantità aumenta scendendo verso le regioni del Sud (Tabella 1).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 29,2%, mentre le donne il 16,9% (Tabella 3). Dal 2001, la quota dei fumatori è diminuita di circa 2,0 punti percentuali, mentre per le fumatrici il rispettivo dato si è mantenuto sostanzialmente invariato (Tabella 2).

Il tabagismo è più diffuso nei giovani adulti ed, in particolare, tra i 25-34 anni, fascia di età in cui si concentra un terzo del campione (32,3%). Considerando separatamente uomini e donne, la percentuale raggiunge quasi il 39,7% negli uomini di 25-34 anni, mentre nelle donne ambedue le classi di età 25-34 e 45-54 anni presentano la medesima percentuale (24,4%). I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due generi; infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (64,7%) rispetto al genere maschile (38,3%), mentre gli ex-fumatori, tra gli uomini, sono quasi il doppio (30,7%) rispetto alle donne (16,7%) (Tabella 3).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per regione - Anno 2010

Regioni	Fumatori (%)	Ex-Fumatori (%)	Non Fumatori (%)	N medio di sigarette fumate al giorno
Piemonte	22,4	24,5	51,1	11,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,8	25,2	54,3	12,0
Lombardia	22,7	24,3	51,2	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>21,8</i>	<i>21,9</i>	<i>54,0</i>	<i>11,5</i>
<i>Trento</i>	<i>17,9</i>	<i>26,1</i>	<i>53,1</i>	<i>10,5</i>
Veneto	20,2	27,9	49,7	11,5
Friuli Venezia Giulia	21,6	26,7	50,0	11,2
Liguria	20,8	25,4	52,4	12,1
Emilia-Romagna	22,3	25,9	50,6	12,3
Toscana	22,6	25,4	50,7	12,6
Umbria	23,4	24,5	50,5	13,0
Marche	23,0	22,2	52,5	11,6
Lazio	26,7	23,7	47,1	13,5
Abruzzo	21,8	23,1	52,8	13,5
Molise	21,0	21,3	55,9	13,7
Campania	26,1	19,4	53,8	14,5
Puglia	22,2	20,0	56,9	12,9
Basilicata	21,3	20,7	55,2	13,4
Calabria	20,5	19,9	58,2	13,2
Sicilia	22,7	19,4	55,8	14,6
Sardegna	21,3	25,8	49,6	12,8
Italia	22,8	23,4	52,0	12,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudini al fumo per regione. Anno 2010

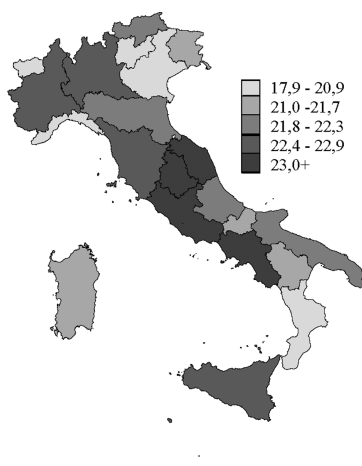


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per genere - Anni 2001-2010

Anni	Fumatori			Numero medio di sigarette fumate al giorno			Ex-Fumatori		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2001	31,0	16,9	23,7	16,4	11,9	14,7	27,6	13,3	20,2
2002	30,7	17,0	23,6	15,8	12,0	14,4	28,3	13,8	20,8
2003	30,9	17,2	23,8	15,4	11,6	14,0	28,6	14,2	21,1
2005	28,3	16,2	22,0	14,7	11,0	13,3	30,4	15,0	22,4
2006	28,8	17,0	22,7	14,8	11,2	13,4	30,5	15,7	22,8
2007	28,2	16,5	22,1	14,8	11,1	13,4	30,0	15,7	22,5
2008	28,6	16,3	22,2	14,9	11,1	13,5	30,4	15,9	22,9
2009	29,5	17,0	23,0	14,5	11,0	13,2	29,8	15,8	22,5
2010	29,2	16,9	22,8	13,9	10,9	12,7	30,7	16,7	23,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno
14-17	9,4	3,6	85,6	6,1	6,4	4,0	87,2	5,3	8,0	3,8	86,4	5,8
18-19	32,4	7,6	59,0	8,2	19,9	6,3	72,4	8,8	26,6	7,0	65,3	8,4
20-24	35,2	7,5	54,5	10,9	18,6	7,7	70,5	7,9	26,9	7,6	62,5	9,8
25-34	39,7	16,3	41,4	12,7	24,4	15,9	58,0	9,7	32,3	16,1	49,5	11,6
35-44	36,7	22,9	38,7	14,4	19,0	18,5	60,8	10,9	27,7	20,7	49,9	13,2
45-54	34,0	31,0	33,7	16,1	24,4	22,1	52,1	12,2	29,1	26,4	43,1	14,4
55-59	29,5	40,1	29,4	16,7	20,2	21,7	57,1	12,1	24,7	30,7	43,5	14,8
60-64	25,4	45,6	27,3	15,9	16,3	20,8	61,1	13,3	20,8	33,0	44,4	14,8
65-74	17,5	53,6	27,4	14,2	10,5	16,9	71,1	10,6	13,7	33,5	51,3	12,6
≥75	9,9	59,9	27,7	11,1	3,8	12,4	82,0	9,7	6,2	31,2	60,6	10,6
Totale	29,2	30,7	38,3	13,9	16,9	16,7	64,7	10,9	22,8	23,4	52,0	12,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La Convenzione dell'OMS sul controllo del tabacco (WHO *Framework Convention on Tobacco Control*), sviluppata come risposta alla globalizzazione del fenomeno del tabagismo, ribadisce il diritto di tutte le persone nel tendere al più alto livello di salute ed impegna gli Stati membri ad adottare, per tale fine, una strategia *evidence based* di regolamentazione.

Nell'ultimo rapporto si evidenzia come i progressi compiuti non siano ancora sufficienti e si propongono, di conseguenza, strategie alla portata di tutti i Paesi; in particolare, la riduzione della domanda e dell'offerta di tabacco, la sorveglianza della prevalenza del tabagismo, l'aumento del costo dei prodotti del tabacco ed il rafforzamento dei sistemi per il controllo del tabagismo (4).

In Europa, l'attenzione al problema fumo ha dato luogo a diverse iniziative ed atti; tra il 2001-2004 ci si è concentrati sulla legislazione che regola i contenuti delle sigarette, le caratteristiche delle avvertenze generali e la pubblicizzazione dei prodotti. Tra gli atti più recenti la Commissione Europea ha presentato il

"Green Paper-Towards a Europe free from Tobacco smoke: policy options at EU level" che prospetta le possibili legislazioni sul fumo passivo, sia autonome che comunitarie.

In Italia, nel 2004 è stato avviato un progetto, elaborato dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie e dal Ministero della Salute, nell'ambito del sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo con l'obiettivo di condividere le strategie attuate su tutto il territorio e confrontare le Linee Guida messe a punto sia a livello nazionale che locale. Le regioni hanno condiviso una strategia unitaria per la lotta al tabagismo, aderendo al documento programmatico in materia di prevenzione, sostegno alla disassuefazione, controllo del fumo passivo ed azioni di comunicazione ed informazione (5).

Nonostante queste iniziative, però, ancora una persona su quattro (22,8%) risulta fumatrice; in particolare, la prevalenza più alta e preoccupante si riscontra nei giovani (25-34 anni). Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore impegno per ampliare e valorizzare

al meglio sia l'offerta delle diverse opportunità per smettere di fumare che i programmi di educazione alla salute rivolti agli adolescenti per contrastare l'iniziazione al fumo o favorirne l'abbandono il prima possibile.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011.

(2) European Commission. Eurobarometer on tobacco, 2010.

(3) Ministero della salute. Attività per la prevenzione del tabagismo, rapporto 2009.

(4) FCTC - Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2011.

(5) CCM e Ministero della salute. Piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto a pianificatori regionali ed operatori pubblici e del privato sociale, 2004.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza tossica la cui associazione con oltre sessanta patologie acute e croniche, tra cui i tumori della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago e della mammella nelle donne, è statisticamente dimostrata. È stato di recente stimato che, in Italia, l'impatto dell'alcol sulla mortalità, al netto dei "guadagni" derivanti dai considerati effetti protettivi, è di oltre 20.000 decessi l'anno (1). Per molte malattie il rischio aumenta all'aumentare delle quantità consumate ed a seconda del genere e dell'età del bevitore (2).

L'esposizione al consumo di alcol è di per sé un indicatore di rischio per la salute per cui è necessaria un'analisi dettagliata delle quantità di alcol assunte, della frequenza delle occasioni di consumo nonché delle occasioni di consumo rischioso o dannoso. Pur nell'evidenza, ormai acquisita a livello internazionale che non esistono livelli di sicurezza nel consumo di alcol, attraverso la lettura delle Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (3), è possibile considerare a rischio: le donne che consumano più di 20

grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA¹); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli anziani di 65-74 anni ed ultra 75enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-5). Tali limiti, alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, sono in corso di revisione da parte degli organismi competenti di tutela della salute. Gli indicatori di sintesi per classi di età, adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), individuano come "consumatori a rischio" (4) tutti gli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore di ciascun indicatore, rispetto alla popolazione di riferimento.

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 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 19-64 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 (donne) adulte a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	x 100

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	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni ed oltre	x 100

Prevalenza di consumatori (donne) anziane 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	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva il numero di bicchieri di vino e birra ed il numero complessivo di bicchieri di aperitivi alcolici, amari e super alcolici consumati giornalmente. Il numero di bicchieri delle diverse bevande alcoliche è calcolato come somma delle UA consumate giornalmente. Gli indicatori proposti forniscono elementi utili nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale e per le implicazioni di salute pubblica che ne derivano. Tali indicatori permettono, infatti, di valutare gli stili di vita scorretti e la diversa capacità di smaltire l'alcol legata al genere ed all'età delle persone. Per l'anno 2009, non è stato possibile fornire i dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano e per Piemonte e Valle d'Aosta a causa della

mancata fornitura di dati sensibili da parte dell'Istat. Il problema verrà risolto nella prossima pubblicazione essendo stato inserito, nel Programma statistico nazionale 2011-2013, il monitoraggio del consumo di alcol.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è il valore italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-18 anni): 17,7% per gli uomini, 11,5% per le donne, 14,7% totale;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (19-64 anni): 20,5% per gli uomini, 5,3% per le donne, 12,9% totale;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65-74 anni): 47,7% per gli uomini, 14,1% per le donne, 29,7% totale;

- prevalenza dei consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): 40,7% per gli uomini, 8,4% per le donne, 20,6% totale.

Descrizione dei risultati

Non consumatori. (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori, cioè dei non esposti ad un rischio alcol correlato, è pari, nel 2009, al 28,7%, stabile rispetto all'anno precedente. A livello nazionale si registra una diminuzione degli astemi (coloro che non hanno mai bevuto nella vita) di 1,0 punto percentuale; la diminuzione è statisticamente significativa in Abruzzo dove si registra un decremento pari a 9,0 punti percentuali, a fronte di un incremento dei consumatori pari a 5,7 punti percentuali.

Consumatori a rischio. (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2009, è pari al 25,0% per gli uomini ed al 7,3% per le donne senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione. A livello regionale, rispetto al 2008, si registra, tra gli uomini, un incremento pari a 6,2 punti percentuali in Sardegna ed un decremento pari a 4,9 punti percentuali in Calabria; tra le donne, invece, l'unica variazione statisticamente significativa si registra in Emilia-Romagna dove le consumatrici sono passate dal 6,9% al 9,9% (dati non mostrati). Valori al di sopra del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Piemonte-Valle d'Aosta (M = 29,5%; F = 10,2%), Lombardia (M = 25,6%; F = 7,4%), Trentino-Alto Adige (M = 31,8%; F = 10,3%), Veneto (M = 31,4%; F = 9,5%), Friuli Venezia Giulia (M = 29,6%; F = 10,4%), Liguria (M = 27,3%; F = 8,1%), Emilia-Romagna (M = 27,0%; F = 9,9%), Toscana (M = 25,8%; F = 9,8%), Marche (M = 25,4%; F = 7,6%) e Molise (M = 38,3%; F = 7,8%); inoltre, frequenze superiori si osservano, solo per gli uomini, anche in Abruzzo (27,7%), Basilicata (32,0%) e Sardegna (36,8%) e per le donne solo in Umbria (7,7%). Al contrario, risultano inferiori al valore nazionale i consumatori a rischio di entrambi i generi nel Lazio (M = 22,3%; F = 7,0%), Campania (M = 18,6%; F = 4,9%), Puglia (M = 22,5%; F = 5,5%), Calabria (M = 21,2%; F = 3,7%) e Sicilia (M = 14,7%; F = 4,2%) e, per le sole donne, in Abruzzo (4,6%), Basilicata (4,3%) e Sardegna (6,0%).

Giovani. (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni, nel 2009, è pari al 17,7% per il genere maschile ed all'11,5% per quello femminile; a livello regionale non si registrano differenze statisticamente significative rispetto al 2008. L'unico dato statisticamente superiore rispetto a quello nazionale si registra, aggregando gli uomini e le donne, in Trentino-Alto Adige (M = 25,0%; F = 19,3%; T = 22,3%), mentre il dato significativamente inferiore si rileva in Campania (M = 12,4%; F = 5,3%; T = 9,0%).

Adulti. (Tabella 3). Nella fascia di età 19-64 anni, per entrambi i generi, le realtà a maggior rischio risultano essere: il Piemonte-Valle d'Aosta (M = 24,0%; F = 8,0%, T = 16,0%), il Trentino-Alto Adige (M = 30,6%; F = 8,7%; T = 19,7%), il Veneto (M = 26,7%; F = 6,7%; T = non statisticamente significativo), il Friuli Venezia Giulia (M = 25,8%; F = 6,3%; T = non statisticamente significativo) e l'Emilia-Romagna (M = 21,9%; F = 7,7%, T = 14,8%) a cui si aggiungono, per i soli uomini, l'Abruzzo (22,2%), il Molise (37,2%), la Basilicata (28,6%) e la Sardegna (36,0%), mentre per le sole donne le Marche (5,9%), l'Umbria (6,3%) e la Toscana (6,2%). Valori inferiori al dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Liguria, Campania, Lazio, Puglia, Calabria e Sicilia. Rispetto alla precedente rilevazione, per ciò che riguarda le consumatrici, non si registrano variazioni statisticamente significative ad eccezione del Piemonte-Valle d'Aosta e delle Marche dove la prevalenza di consumatrici a rischio è aumentata, rispettivamente, di 2,9 e di 3,5 punti percentuali e della Calabria dove, invece, la prevalenza è diminuita complessivamente per uomini e donne di 3,5 punti percentuali (dati non mostrati).

Analizzando separatamente le tipologie di consumo a rischio e cioè consumo di *binge drinking* e consumo giornaliero eccedentario (Tabella 4), si osserva che, tra gli uomini, la prevalenza di *binge drinker* è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni, ad eccezione di Liguria, Toscana e Puglia dove la differenza non risulta statisticamente significativa. Tra le donne la frequenza di *binge drinker* è più elevata (e statisticamente significativa) di quella di consumatrici a rischio per consumo giornaliero eccedentario in Piemonte-Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna e Lazio.

Anziani. (Tabella 5). I valori di prevalenza di anziani di età 65-74 anni a rischio tra gli uomini non presentano variazioni statisticamente significative rispetto al dato nazionale (47,7%) ad eccezione della Sicilia (26,4%). Tra le donne, risulta al di sopra del valore nazionale (14,1%) quello registrato in Piemonte-Valle d'Aosta (17,6%), Lombardia (15,1%), Veneto (20,6%), Friuli Venezia Giulia (26,0%), Liguria (15,7%), Emilia-Romagna (17,5%), Toscana (22,3%), Umbria (15,3%) e Molise (15,7%) mentre sono inferiori quelli riscontrati in Trentino-Alto Adige (12,9%), Marche (10,6%), Lazio (10,6%), Abruzzo (4,9%), Campania (10,5%), Puglia (9,1%), Basilicata (12,4%), Calabria (7,6%), Sicilia (6,3%) e Sardegna (10,4%). Eliminando la disaggregazione per genere risultano, inoltre, statisticamente superiori al dato nazionale (29,7%) i valori relativi alla Toscana (37,7%), al Friuli Venezia Giulia (38,2%) ed al Veneto (38,3%). Nel 2009, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori a rischio di 65-74 anni è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra

le donne e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto agli scorsi anni.

Molto anziani. (Tabella 6). I valori di prevalenza dei soggetti di 75 anni ed oltre a rischio non presentano variazioni statisticamente significative rispetto al dato nazionale (M = 40,7%; F = 8,4%), ad eccezione della Sicilia dove i valori risultano essere tra i più bassi

(M = 24,3%; F = 2,7%). Tra le donne la Toscana (14,4%) risulta essere l'unica regione con valori statisticamente superiori al dato nazionale. Nel 2009, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori a rischio ultra 75enni è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto agli scorsi anni.

Tabella 1 - Distribuzione (per 100) dei non consumatori e dei consumatori per regione - Anni 2008-2009

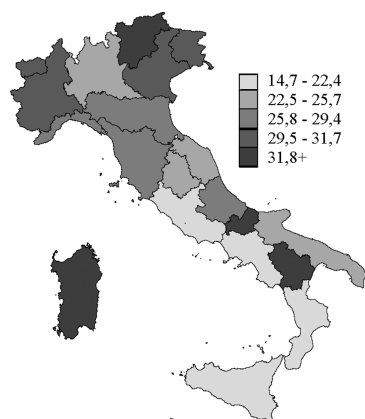
Regioni	2008				2009			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte-Valle d'Aosta	1,7	25,2	26,9	71,4	2,0	25,3	27,3	69,9
Lombardia	1,6	24,6	26,2	70,4	2,1	25,2	27,3	70,3
Trentino-Alto Adige*	2,3	22,9	25,2	71,3	2,7	22,2	24,9	71,7
Veneto	1,7	22,6	24,3	74,5	1,5	22,3	23,8	73,6
Friuli Venezia Giulia	2,4	23,1	25,5	72,0	2,5	21,5	24,0	73,9
Liguria	1,4	29,5	30,9	67,4	2,1	28,5	30,6	67,1
Emilia-Romagna	2,0	24,1	26,1	72,5	2,1	22,4	24,5	73,9
Toscana	1,6	25,6	27,2	70,8	2,1	22,9	25,0	73,2
Umbria	1,6	24,6	26,2	71,8	2,6	24,7	27,3	70,0
Marche	1,7	24,7	26,4	71,4	1,8	23,6	25,4	72,2
Lazio	1,3	25,6	26,9	68,4	1,3	25,0	26,3	68,5
Abruzzo	1,4	33,1	34,5	63,6	1,9	24,1	26,0	69,3
Molise	1,8	31,4	33,2	65,2	1,8	32,1	33,9	63,9
Campania	1,8	35,1	36,9	59,5	1,9	32,3	34,2	63,5
Puglia	1,4	30,0	31,4	67,4	1,3	31,0	32,3	64,9
Basilicata	1,8	32,8	34,6	63,2	1,6	32,6	34,2	62,4
Calabria	1,6	29,2	30,8	67,1	2,5	29,0	31,5	65,6
Sicilia	2,2	36,6	38,8	57,7	2,3	34,7	37,0	59,9
Sardegna	1,4	30,2	31,6	64,9	2,5	29,0	31,5	64,3
Italia	1,7	27,7	29,4	68,0	2,0	26,7	28,7	68,5

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it. Il totale tra "Non consumatori" e "Consumatori" non fa 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Istat dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2009, 2010.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2009



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2009

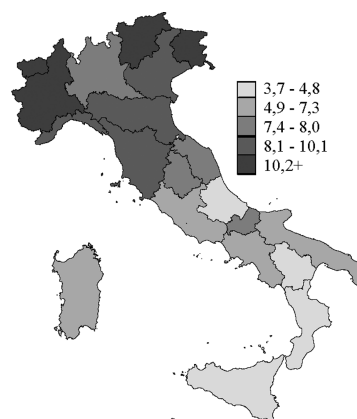


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 11-18 anni per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	19,8	16,9	18,4
Lombardia	19,5	15,0	17,3
Trentino-Alto Adige*	25,0	19,3	22,3
Veneto	25,5	17,0	21,4
Friuli Venezia Giulia	9,8	10,6	10,2
Liguria	16,4	14,1	15,2
Emilia-Romagna	17,0	10,8	13,9
Toscana	13,9	10,9	12,4
Umbria	-	11,1	8,8
Marche	28,1	13,5	20,7
Lazio	20,1	12,2	16,0
Abruzzo	24,2	7,8	15,7
Molise	14,0	14,6	14,3
Campania	12,4	5,3	9,0
Puglia	15,1	5,6	10,1
Basilicata	22,1	-	12,2
Calabria	16,2	9,8	13,1
Sicilia	13,8	10,4	12,1
Sardegna	22,4	13,7	18,7
Italia	17,7	11,5	14,7

- = non attendibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 19-64 anni per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	24,0	8,0	16,0
Lombardia	20,6	5,0	12,9
Trentino-Alto Adige*	30,6	8,7	19,7
Veneto	26,7	6,7	16,8
Friuli Venezia Giulia	25,8	6,3	16,1
Liguria	20,2	4,7	12,4
Emilia-Romagna	21,9	7,7	14,8
Toscana	20,5	6,2	13,3
Umbria	19,8	6,3	13,1
Marche	19,2	5,9	12,6
Lazio	17,0	4,7	10,7
Abruzzo	22,2	4,1	13,2
Molise	37,2	5,4	21,4
Campania	14,6	3,9	9,1
Puglia	18,5	4,9	11,7
Basilicata	28,6	3,0	16,0
Calabria	17,4	2,4	9,8
Sicilia	12,1	3,1	7,5
Sardegna	36,0	5,2	20,6
Italia	20,5	5,3	12,9

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2010.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di 19-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte-Valle d'Aosta	10,5	18,2	2,6	6,3	6,6	12,2
Lombardia	7,9	15,1	1,7	3,7	4,9	9,5
Trentino-Alto Adige*	6,9	28,0	1,8	7,5	4,3	17,8
Veneto	10,4	20,8	1,8	5,4	6,2	13,2
Friuli Venezia Giulia	10,9	20,0	2,0	4,7	6,5	12,4
Liguria	12,0	12,4	1,2	3,8	6,5	8,1
Emilia-Romagna	9,0	15,5	2,5	5,9	5,7	10,7
Toscana	12,0	11,7	3,4	3,3	7,7	7,5
Umbria	8,1	13,0	2,2	4,7	5,2	8,8
Marche	7,8	13,6	2,0	4,0	4,9	8,8
Lazio	6,5	13,2	1,2	3,9	3,8	8,5
Abruzzo	8,0	17,4	1,4	3,0	4,7	10,2
Molise	15,4	30,8	1,8	4,4	8,7	17,6
Campania	6,1	10,7	1,5	2,5	3,7	6,5
Puglia	10,6	10,9	1,8	3,2	6,1	7,0
Basilicata	12,8	22,5	-	2,2	6,9	12,5
Calabria	6,8	13,4	0,9	1,4	3,8	7,4
Sicilia	2,9	10,2	0,8	2,2	1,8	6,2
Sardegna	15,4	29,5	-	4,7	7,9	17,1
Italia	8,5	15,1	1,7	3,9	5,1	9,5

- = non attendibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2010.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65-74 anni per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	53,0	17,6	33,8
Lombardia	49,0	15,1	30,8
Trentino-Alto Adige*	42,3	12,9	26,7
Veneto	55,9	20,6	38,3
Friuli Venezia Giulia	53,6	26,0	38,2
Liguria	51,7	15,7	31,7
Emilia-Romagna	47,6	17,5	31,0
Toscana	53,4	22,3	37,7
Umbria	47,9	15,3	30,7
Marche	51,4	10,6	30,2
Lazio	46,5	10,9	27,0
Abruzzo	52,7	4,9	27,7
Molise	55,8	15,7	34,4
Campania	44,9	10,5	26,5
Puglia	42,7	9,1	23,9
Basilicata	49,7	12,4	30,4
Calabria	38,6	7,6	22,5
Sicilia	26,4	6,3	15,5
Sardegna	54,0	10,4	30,4
Italia	47,7	14,1	29,7

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2010.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	47,3	8,4	23,3
Lombardia	45,8	7,1	21,1
Trentino-Alto Adige*	40,1	9,8	20,9
Veneto	47,3	10,4	22,7
Friuli Venezia Giulia	43,1	12,8	24,3
Liguria	46,1	11,5	24,6
Emilia-Romagna	45,8	11,6	25,1
Toscana	37,7	14,4	22,8
Umbria	34,5	-	16,0
Marche	34,2	9,1	18,5
Lazio	37,1	12,9	22,3
Abruzzo	42,5	4,6	19,2
Molise	49,3	8,9	24,7
Campania	37,4	6,2	17,8
Puglia	42,5	4,7	20,4
Basilicata	48,7	-	21,7
Calabria	37,7	-	16,4
Sicilia	24,3	2,7	11,5
Sardegna	39,5	-	16,6
Italia	40,7	8,4	20,6

- = non attendibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante da anni si attuino, a livello regionale e nazionale, campagne di sensibilizzazione e di prevenzione alcol correlata, i trend che si intravedono, in alcune realtà territoriali di un possibile *outcome* positivo o di successo nel contrasto al rischio alcol, sono ancora insoddisfacenti. Come è stato per il consumo pro capite, che ha raggiunto da anni un *plateau* (1; 4), anche per gli indicatori di rischio alcol correlato è ragionevolmente argomentabile che esiste uno zoccolo duro di consumatori a rischio che rappresenta il vero ostacolo all'implementazione di strategie di riduzione del consumo rischioso che necessiterebbero di una migliore focalizzazione sui *target* specifici della popolazione a rischio. Ogni età ed ogni generazione ha il suo modello di rischio ed insieme ad esso le sue bevande di riferimento. Gli estremi della popolazione, i giovanissimi e gli anziani, hanno in comune un elevato impatto alcol correlato con stili e modelli di rischio basati, da un lato sul *binge drinking*, l'intossicazione occasionale attuata fuori pasto, e dall'altro sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino anche contestualizzata in un ambito alimentare. Il poli-consumo giovanile ed il rischio mono-bevanda degli anziani non possono, ovviamente, essere affrontati allo stesso modo, né è possibile generalizzare le iniziative o i messaggi di prevenzione che di solito non riescono a contrastare quelli ben studiati e, soprattutto, efficaci sulla promozione di bevande alcoliche che possono avvalersi di finanziamenti che

sovrastano di 300 volte gli investimenti in prevenzione (6). Molti fenomeni richiedono, peraltro, interventi normativi rivolti ad arginare la disponibilità delle bevande alcoliche, rese convenienti da strategie di marketing che invitano a bere al di là dei limiti della moderazione.

Gli esiti tangibili sono quelli della rilevante mortalità, oltre 20.000 decessi/anno per uso di alcol, morbosità, 137 ricoveri per 100.000 abitanti/anno per cause totalmente attribuibili all'alcol (1), disabilità ed invalidità nella popolazione lavorativa con ingenti problemi sociali oltre che di salute (7) ed un incremento costante di alcol dipendenti, attualmente oltre 67.000 (1). Invitare ad un "bere responsabile", secondo l'OMS, non conduce a porre in evidenza il vero significato della responsabilità, della consapevolezza e, soprattutto, della moderazione. L'OMS, nella *Framework on Alcohol*, è chiara a riguardo: "Appellarsi esclusivamente alla responsabilità individuale di bere con responsabilità manca di significato contestuale, non considera il fatto che le decisioni, spesso, devono essere prese quando l'individuo è già intossicato e, raramente, produce una risposta significativa in termini di comportamento"(8). Appare, pertanto, imperativo individuare con precocità il rischio alcol correlato (9-13), favorire la svalorizzazione dell'uso di bevande alcoliche da parte di minori e giovanissimi ed attuare una forte iniziativa di informazione e sensibilizzazione tra gli anziani, favorendo la diffusione di notizie valide e corrette. In ogni caso, i guadagni di salute sono

collegati alla possibilità di avvalersi di finanziamenti specifici in prevenzione e ricerca, riconoscendo che si tratta di investimenti e non di costi per la collettività.

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) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcolcorrelati: anni 2008-2009. Roma, 2010. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_a_llegato.pdf.
- (2) Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, et al. (2009) The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. *PLoS Med* 6(4): e1000058. doi:10.1371/journal.pmed.1000058.
- (3) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (4) Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/4). Disponibile sul sito: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2011/Apd2011_Istisan2011.pdf.
- (5) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2010. Istat, Roma, 2010.
- (6) Facts and figures: EU Advertising Spend Statistics. EACA, the European Association of Communications Agencies. Disponibile sul sito: <http://www.eaca.be/ff/search.asp> (sector alcoholic drinks).
- (7) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis D.Nutt F.Leslie A.King, L.D.Phillips on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. *The Lancet* - 2010 (Vol. 376, Issue 9752, Pages 1558-1565) DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
- (8) Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region. Quadro di riferimento per le politiche sull'alcol nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Traduzione a cura di E. Scafato e T. Codenotti. Disponibile sul sito: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Trad_FrameworkAlcol_WHO.pdf.
- (9) ISS. Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico. Disponibile sul sito: <http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20IPIB%20a%20edizione.1208857286.pdf>.
- (10) Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPIB (a cura di). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010).
- (11) Anderson P, Gual A, Colom, J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona, 2005.
- (12) WHO Regional Office for Europe. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Disponibile sul sito: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf.
- (13) Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms Rand technical report prepared for the European Commission Directorate General for Health and Consumers (DG SANCO) EUROPE, 2009. Disponibile sul sito: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689/.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta nella popolazione (1). Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2009 (2), consentono di descrivere il profilo alimentare delle 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 desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3).

L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti, riferito a 100 persone, selezionato per il legume, positivo o negati-

vo, con l'indicatore obiettivo "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF)" (4).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (3) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, "ortaggi e frutta" 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. Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare legato alle tradizioni gastronomiche (4), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti.

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

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 (2).

La tipologia di dati, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunti, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Non è possibile confrontare l'assunzione giornaliera di VOF con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1), ma la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF. Occorre tenere presente che, per ciò che riguarda gli alimenti multi-ingrediente, il consumo di singoli alimenti può essere sottostimato, nel senso che si può perdere la percezione dei singoli ingredienti.

Ad esempio, pensando alle porzioni di pomodori, il pomodoro consumato come componente della pizza può non essere incluso nel calcolo mentale che il rispondente fa per compilare il questionario, così come il latte contenuto nei dolci, il sale nei diversi prodotti e così via.

Valore di riferimento/Benchmark. La soglia delle 5 porzioni al giorno di VOF costituisce l'indicatore obiettivo. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5

porzioni al giorno di questo gruppo alimentare. I consumi per tipologia di alimenti sono analizzati in relazione all'indicatore obiettivo ed ad altri indicatori dello stile alimentare (luogo ed importanza dei pasti).

Descrizione dei risultati

Nel 2009, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di VOF (indicatore obiettivo) è uguale al 4,8% con un -0,9% rispetto al 2008, mostrando, per la prima volta dal 2005, una flessione dovuta allo slittamento complessivo, verso valori più bassi, dell'indicatore su tutto il territorio nazionale. I risultati dell'analisi descrittiva, relativa alla distribuzione della frequenza di coloro che consumano 5 o più porzioni di VOF, sono riportati, in riferimento ai diversi gruppi di alimenti rilevati nella stessa indagine, nella sezione relativa all'alimentazione (2), ossia altri gruppi alimentari (Tabella 1) ed altri indicatori dello stile alimentare (Grafico 1). La percentuale di coloro che dichiarano di consumare giornalmente "5 o più porzioni di VOF", presenta una correlazione positiva (coefficiente di correlazione $r \geq 0,5$) con la percentuale di coloro che dichiarano di consumare almeno una volta al giorno "formaggi", "verdure" ed "ortaggi", mentre una debole correlazione positiva ($0 \leq r < 0,5$) si ha tra il consumo quotidiano di "2-4 porzioni di VOF", "dolci" e "salumi" qualche volta a settimana. Una correlazione negativa ($r \leq -0,5$) si osserva, invece, per "uova" qualche volta a settimana, "una porzione al giorno di verdura" ed "una porzione al giorno di ortaggi". Una debole correlazione negativa

($-0,5 < r \leq 0$) si ha per tutti gli altri raggruppamenti di alimenti considerati nell'indagine: almeno una volta al giorno "pane, pasta o riso", consumo giornaliero di solo una porzione di "frutta" e "latte", qualche porzione al giorno di "VOF" ed almeno qualche volta a settimana "carne" (bovina, maiale e bianca), "pesce", "legumi in scatola" e "snack". Questo implica, ad esempio, che dove si consumano più frequentemente "5 o più porzioni di VOF" al giorno si tende meno frequentemente a consumare "uova" qualche volta a settimana e così via. Naturalmente, dove si tende più frequentemente a consumare una sola porzione al giorno di verdura o una sola porzione al giorno di ortaggi, si tende a non superare le 5 porzioni al giorno di VOF (il fatto di avere una frequenza meno elevata nel consumo di una sola porzione al giorno di frutta condiziona di meno l'indicatore obiettivo).

Variabile può essere il concetto di "qualche porzione al giorno di VOF" (nel 2006 il segno della correlazione era positivo), ossia "qualche volta al giorno" generalmente significa meno di 5 volte (correlazione di segno negativo nel 2005, 2007, 2008, 2009; correlazione di segno positivo nel 2006). Il gradiente geografico si conferma anche quest'anno: il quinto più elevato comprende 4 regioni settentrionali su 4, mentre sono tutte meridionali le regioni che si collocano nel quinto più basso.

Solo la quota di persone di 3 anni ed oltre che usualmente pranza in mensa o al ristorante si correla positivamente con la percentuale di persone che hanno indicato di consumare "5 o più porzioni al giorno di VOF", mentre l'analoga percentuale di chi pranza in

casa mostra una correlazione negativa ($r = -0,5$) con l'indicatore obiettivo. Coerentemente, una correlazione debole, ma sempre positiva, si ha tra indicatore obiettivo e percentuale di persone che consuma i pasti al bar o sul posto di lavoro.

Il Grafico 1 illustra la relazione tra percentuale di persone che hanno indicato di consumare "5 o più porzioni al giorno di VOF" ed i tre indicatori dello stile alimentare; "pranzo in casa"; "pranzo in mensa" e "pranzo al ristorante o trattoria". Il coefficiente di correlazione lineare è $\leq -0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in casa) o $\geq 0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in mensa o al ristorante/trattoria). L'analisi conferma, per il 2009, che la percentuale di persone che assume più di 5 porzioni al giorno di VOF è più elevata laddove è più frequente l'abitudine di pranzare in mensa o al ristorante.

L'analisi, estesa alla relazione tra indicatore obiettivo ed uso di olio di oliva mostra che, nei profili di consumo regionali del 2009, la frequenza percentuale di uso dell'olio di oliva per condire a crudo, corrisponde a percentuali più elevate tra le persone che assumono più di 5 porzioni al giorno di VOF; questa relazione positiva si riscontra solo da questo anno.

L'indicatore correla, inoltre, con l'attenzione al consumo di sale, sia come riduzione del sale aggiunto agli alimenti, sia come consumo di sale iodato.

Quest'ultima variabile ha raggiunto, nel 2009, il 38,2% (+9,0% rispetto al 2005), confermando come il pubblico si stia sensibilizzando rispetto a questo argomento.

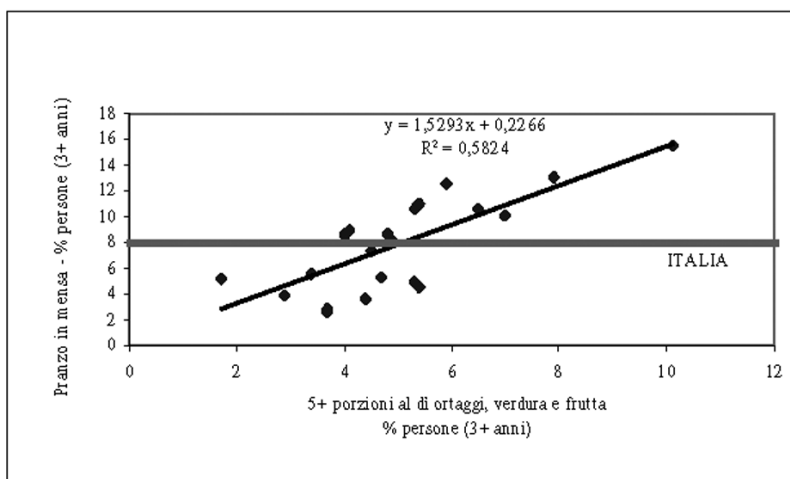
Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre della stessa zona per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2009

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)				Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)														
	0 ≤ r < 0,5		0,5 ≤ r ≤ 1		-1 ≤ r < -0,5		-0,5 ≤ r ≤ 0												
	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a											
	Dolci ^o	Salumi ^o	Ortaggi* ^o	Verdure* ^o	Formaggi* ^o	Uova ^o	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Carni di maiale ^o	Carni di pasta, riso* ^o	Carni bovine ^o	Latte* ^o	Snack ^o	Pesce ^o	Frutta* ^o	Frutta* ^o	Legumi in scatola ^o		
Trento	78,5	44,3	63,2	54,6	65,6	38,4	10,1	48,2	11,4	84,8	75,0	49,6	85,1	62,0	59,0	21,2	51,2	73,8	41,3
Emilia-Romagna	75,9	53,8	69,4	51,2	55,9	23,1	7,0	55,4	17,1	83,7	81,7	51,3	87,3	68,3	54,3	23,4	54,8	73,7	40,7
Valle d'Aosta	72,3	49,3	61,6	45,8	52,7	38,4	6,5	53,8	21,3	79,4	79,4	38,9	83,6	73,9	55,3	22,9	48,0	66,5	36,4
Lombardia	75,6	52,7	67,9	44,5	53,2	30,4	5,9	52,3	18,6	83,3	81,8	42,7	82,7	70,4	56,1	28,5	53,5	73,3	37,3
4° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 5,8%																			
Piemonte	80,1	50,9	57,4	52,9	60,1	32,3	5,4	59,7	14,5	87,0	81,8	39,1	81,4	72,7	56,3	21,8	51,6	78,2	33,7
Campania	74,0	44,4	63,7	32,7	41,1	10,5	5,4	63,3	20,6	81,0	85,9	55,6	86,4	75,4	61,8	32,5	68,5	75,7	71,4
Bolzano-Bozen	75,4	48,2	56,4	47,4	57,9	39,9	5,3	51,3	19,2	79,0	50,6	29,4	73,1	43,9	61,9	14,5	31,3	66,2	18,9
Umbria	79,2	51,5	65,8	48,5	58,0	22,9	5,3	60,5	15,5	85,6	86,1	63,5	82,7	74,0	62,4	18,9	62,2	76,0	52,9
Liguria	82,0	49,3	59,4	44,6	50,9	23,4	4,9	60,2	13,0	81,9	77,2	34,7	83,5	67,5	58,2	20,0	57,9	76,7	33,7
Friuli Venezia Giulia	78,0	54,2	61,4	48,2	65,4	31,0	4,8	51,8	17,2	83,9	78,2	45,9	81,2	66,9	57,8	21,2	52,9	69,7	32,4
Italia	76,5	48,5	61,8	41,7	49,9	22,9	4,8	57,0	18,7	83,7	81,0	47,9	84,9	71,7	59,4	25,4	58,4	75,4	45,9
Sardegna	78,8	45,7	51,9	42,8	44,8	30,1	4,7	51,4	16,5	81,2	76,4	54,4	80,1	70,4	62,3	23,7	55,1	75,6	36,8
Marche	78,0	51,7	65,3	45,4	56,3	14,3	4,5	52,7	17,5	85,8	85,5	51,9	89,0	71,4	60,2	19,8	61,6	75,5	37,8
Molise	75,8	45,6	70,7	33,6	39,0	16,0	4,4	61,9	19,8	84,7	80,8	58,1	88,8	68,2	61,9	33,7	64,5	79,4	64,4
Veneto	74,1	54,2	60,8	45,3	57,0	28,8	4,1	51,9	21,7	82,1	79,6	46,9	81,5	67,8	55,3	27,5	51,9	68,1	35,0
Toscana	81,0	51,5	56,8	49,9	55,3	20,3	4,0	54,8	15,0	85,4	85,6	53,0	89,0	76,6	66,9	19,3	58,7	77,7	48,2
Lazio	77,8	40,2	54,5	39,2	57,1	17,7	4,0	61,7	18,2	84,6	81,7	50,9	83,8	77,4	65,5	20,8	65,8	75,7	42,6
1° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 3,8%																			
Puglia	77,0	43,1	57,6	32,4	34,4	15,8	3,7	52,3	19,3	85,6	74,3	43,9	85,3	65,5	68,8	27,6	60,7	81,2	59,2
Sicilia	73,4	43,0	61,1	30,2	36,6	19,1	3,7	62,0	22,8	84,2	78,5	47,0	89,6	76,3	53,9	26,9	62,4	79,3	51,2
Abruzzo	75,1	51,5	63,4	34,4	40,2	14,2	3,4	61,2	21,5	82,1	84,2	54,4	87,6	72,8	57,7	23,2	56,3	75,6	53,2
Calabria	74,4	47,9	65,4	32,4	35,8	24,7	2,9	65,0	22,6	81,6	83,1	53,3	90,8	74,6	57,6	30,9	68,2	75,4	65,0
Basilicata	70,0	41,8	67,3	25,9	28,7	21,1	1,7	60,7	28,3	84,7	77,3	50,3	87,9	64,5	59,3	29,7	57,3	78,8	67,9

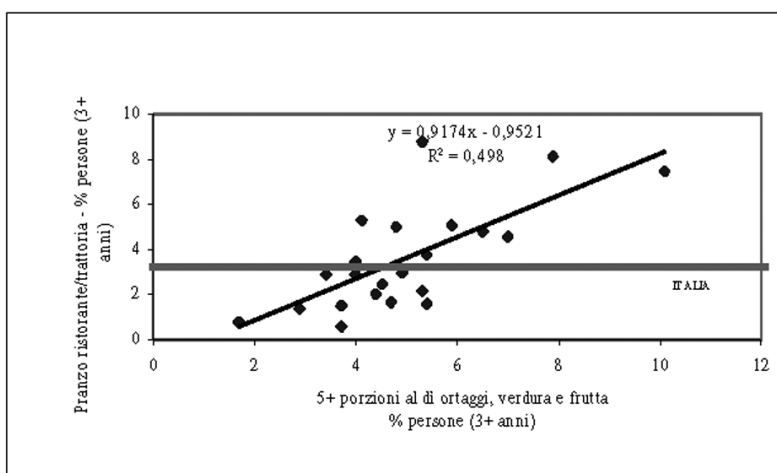
*Almeno una volta al giorno. ^oAlmeno qualche volta alla settimana. ^aPer 100 persone di 3 anni ed oltre della stessa zona che consumano verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno. **Nota:** gli intervalli di confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it. **Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Grafico 1 - Relazione tra proporzione (per 100) di persone di 3 anni ed oltre della stessa zona per consumo di “5 e più porzioni di ortaggi, verdura e frutta al giorno” e tre indicatori di stile alimentare: pranzo in mensa, pranzo al ristorante o trattoria e pranzo in casa per regione - Anno 2009

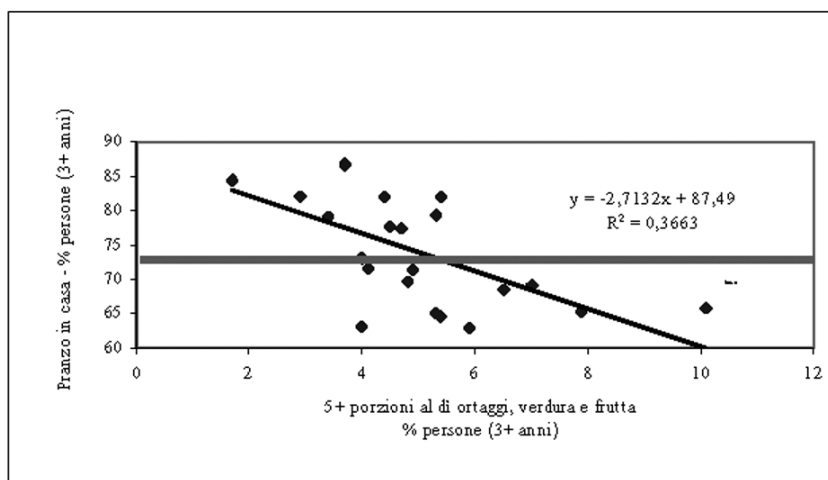
Pranzo in mensa



Pranzo al ristorante o trattoria



Pranzo in casa



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5 porzioni al giorno di VOF è limitata; nel 2009 si osserva una diminuzione che interrompe il lieve trend in ascesa riscontrato precedentemente. In quest'ottica sono impostati programmi come "Frutta nelle scuole" (5) promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (6).

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva e la riduzione nell'apporto di sale. Quest'ultimo è, attualmente, oggetto di una campagna a livello internazionale finalizzata alla riduzione dell'uso a tavola (7) e realizzata anche in Italia in relazione al consumo di sale fuori casa (8). Tale campagna promuove, inoltre, la collaborazione tra mondo della ricerca ed industria alimentare con lo scopo di individuare nuove formulazioni dei prodotti alimentari contenenti un ridotto contenuto di questo ingrediente (4).

Infine, il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (9), rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori (10) e gli operatori della ristorazione (4). L'immissione sul mercato di alimenti meno calorici e nutrizionalmente bilanciati può grandemente contribuire a migliorare la qualità della dieta.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile sul sito: <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - 2009. Collana Informazioni n. 7-2010; pp. 63-65. Istat. Roma, 2010.
- (3) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (4) 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.
- (5) Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it/.
- (6) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (7) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (8) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (9) 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: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf.
- (10) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=1400&menu=protocolli>.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono 1,5 miliardi gli adulti di età >20 anni in sovrappeso; di questi sono obesi circa 200 milioni di uomini e 300 milioni di donne. Sovrappeso ed obesità, prima considerati problemi solo dei Paesi ricchi, sono ora in crescita anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica. La condizione di eccesso ponderale è, infatti, il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti. In particolare, l'obesità infantile suscita preoccupazione avendo raggiunto livelli allarmanti: nel 2010, circa 43 milioni di bambini di età <5 anni sono stimati in sovrappeso e la gravità della diffusione di tale problema sta anche nel fatto che i bambini obesi rischiano di diventare adulti obesi (1). In Europa, rispetto agli anni Ottanta, la prevalenza di persone in eccesso ponderale si è tri-

plicata e continua a crescere; le percentuali, relativamente a sovrappeso ed obesità, sono comprese, rispettivamente, tra il 25-79% ed il 5-30% a seconda del Paese. Nello specifico, l'obesità contribuisce in maniera preponderante sul peso di malattie croniche che affliggono la popolazione europea e risulta essere responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2).

Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia-PASSI", il 31,6% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre il 10,6% è obeso; complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (42,2%) sono in eccesso ponderale (3).

Lo studio dei dati di prevalenza di questo allarmante fenomeno di carattere sanitario, economico e sociale diventa necessario per attuare programmi di prevenzione e trattamenti mirati ad arginare uno dei maggiori problemi del ventunesimo secolo.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-30 e } \geq 30}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre}} \times 100$$

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 (m²). 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 25-30 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (4).

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 nel febbraio 2010 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 49.000 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 2010, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,3%); complessivamente, il 45,9% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso pon-

derale (Tabella 1).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone in sovrappeso (Molise 41,8%, Basilicata 41,0%) ed obese (Basilicata 12,7%, Puglia 12,3%) rispetto alle regioni settentrionali (sovrappeso: PA di Trento 30,9% e Lombardia 31,4%; obese: PA di Trento e Liguria 7,8%).

Confrontando i dati con quelli dell'anno precedente (2009, dati non mostrati) si osserva in diverse regioni, sia al Nord che al Sud, una tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso. Tale andamento risulta più rilevante in Valle d'Aosta (31,7% vs 35,2%), in Sardegna (32,3% vs 35,7%) ed in Friuli Venezia Giulia (34,5% vs 38,0%).

Per quanto riguarda le persone obese, 10 regioni presentano tassi maggiori rispetto allo scorso anno e 10 regioni registrano una minor prevalenza, lasciando sostanzialmente il dato nazionale inalterato (Tabella 1). La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,7% della fascia di età 18-24 anni ad oltre il 45,0% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 3,0% al 16,2% per le stesse fasce di età. Nelle età più avanzate il valore diminuisce lievemente (sovrappeso: 43,2% ed obesità: 13,8% nelle persone di 75 anni ed oltre) (Tabella 2).

Sia la condizione di sovrappeso che di obesità sono più diffuse tra gli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 44,3% degli uomini rispetto al 27,6% delle donne ed obeso l'11,1% degli uomini ed il 9,6% delle

donne (Tabella 2). In Italia, nel periodo 2001-2010, è aumentata la percentuale sia di coloro che sono in sovrappeso (33,9% vs 35,6%) che quella degli obesi (8,5% vs 10,3%) (Tabella 3).

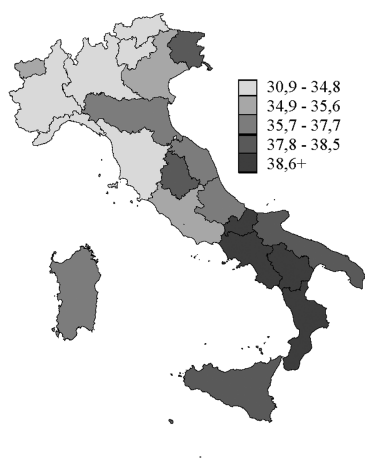
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2010

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,7	8,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,2	9,4
Lombardia	31,4	10,1
Bolzano-Bozen	33,5	8,2
Trento	30,9	7,8
Veneto	35,4	9,7
Friuli Venezia Giulia	38,0	10,1
Liguria	32,7	7,8
Emilia-Romagna	35,7	10,6
Toscana	34,5	8,9
Umbria	38,1	11,1
Marche	36,5	10,0
Lazio	34,9	10,6
Abruzzo	36,7	11,7
Molise	41,8	11,1
Campania	40,8	11,6
Puglia	38,1	12,3
Basilicata	41,0	12,7
Calabria	38,6	11,7
Sicilia	37,8	10,7
Sardegna	35,7	10,2
Italia	35,6	10,3

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2010



Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2010

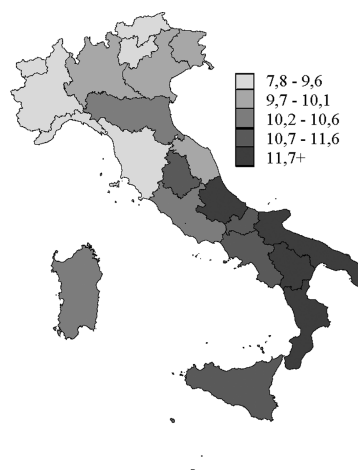


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	21,6	9,6	15,7	3,8	2,2	3,0
25-34	33,5	15,1	24,6	5,9	3,8	4,9
35-44	45,1	20,2	32,5	9,8	6,2	7,9
45-54	49,9	28,3	38,9	13,5	9,6	11,5
55-64	51,7	37,8	44,7	15,3	12,8	14,0
65-74	52,4	39,1	45,1	15,6	16,7	16,2
≥75	50,0	38,8	43,2	13,0	14,4	13,8
Totale	44,3	27,6	35,6	11,1	9,6	10,3

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese - Anni 2001-2010

Anni	Persone in sovrappeso	Persone obese
2001	33,9	8,5
2002	33,6	8,5
2003	33,8	9,0
2005	34,7	9,9
2006	35,0	10,2
2007	35,6	9,9
2008	35,5	9,9
2009	36,1	10,3
2010	35,6	10,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La diffusione di sovrappeso ed obesità è, ormai, un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale ed ha un importante impatto sui sistemi sanitari nazionali. In Italia, la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca e, negli ultimi anni, è cresciuto il ruolo dei sistemi di sorveglianza della popolazione che permettono di fornire, in tempi relativamente rapidi, informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare precocemente le tendenze positive o negative.

Nel 2007, è stato avviato il progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" promosso dal Ministero della Salute e da cui scaturiscono tre filoni di attività: la sorveglianza in età infantile effettuata dall'Indagine OKkio alla Salute, che raccoglie i dati relativi a stato ponderale, abitudini alimentari ed esercizio fisico dei bambini delle terze elementari; lo studio di approfondimento sulle abitudini alimentari Zoom8 e lo studio dell'*Health Behaviour in School-aged Children*-Italia sui comportamenti collegati alla salute nei ragazzi. Gli ultimi dati disponibili sull'eccesso ponderale mostrano un quadro preoccupante: il 23,0% dei bambini risulta in sovrappeso e l'11,0% obeso, con percentuali più alte nelle regioni del Centro e del Sud (5).

Per quanto riguarda la popolazione adulta, oltre ai sistemi di sorveglianza effettuati mediante intervista quali l'Indagine Multiscopo dell'Istat ed il sistema PASSI, il Progetto Cuore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute si occupa di effettuare, periodicamente, la misurazione dei fattori di rischio cardiovascolari su un campione di soggetti, attraverso esami fisici standardizzati. I dati, rilevati da una rete di centri ospedalieri pubblici dislocati in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, indicano che circa un quarto della popolazione studiata è obesa (25,0%), valore nettamente superiore rispetto a quello ottenuto grazie ai dati auto riferiti. Anche i dati raccolti dal database nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) offrono indicazioni interessanti sulla diffusione dell'obesità nel nostro Paese: l'analisi delle SDO, relative al periodo 2001-2009, rileva che a fronte di circa 40.000 ricoveri attribuiti ogni anno all'obesità ed ai disturbi da iperalimentazione come diagnosi principale, se ne registrano altri 110 mila nei quali l'obesità è indicata fra le diagnosi secondarie (6). 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 sia alla popolazione generale che al per-

sonale sanitario. Il programma nazionale “Guadagnare Salute” mira ad agire in modo integrato e coordinato verso i principali fattori di rischio modificabili, in particolare con iniziative dedicate all’alimentazione e consigli su come prendersi cura di sé mangiando sano nella vita di tutti i giorni. Il piano di comunicazione è integrato da un piano formativo rivolto al personale di assistenza sanitaria e non, che prevede percorsi didattici misti.

La collaborazione interistituzionale e l’integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per realizzare e rafforzare gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale nell’ottica di sviluppare iniziative di promozione di uno stile di vita sano. È, altresì, importante, attraverso i numerosi sistemi di sorveglianza epidemiologica operanti sul territorio, continuare a monitorare la

prevalenza dell’eccesso ponderale nelle diverse regioni e nelle diverse fasce di età, al fine di verificare i risultati raggiunti e di programmare, sulla base dei dati raccolti, iniziative di comunicazione rivolte a specifici gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, 2011.
- (2) European Commission. Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues, Implementation progress report, 2010.
- (3) Sistema di sorveglianza Passi, 2010.
- (4) World Health Organization. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.
- (5) OKkio alla Salute, 2010.
- (6) Cnesps-Iss. Ufficio di Statistica, L’obesità dalle schede di dimissione ospedaliera.

Attività fisica

Significato. L'attività fisica, se svolta con regolarità, induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene la morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente attività fisica riduce in maniera significativa il rischio di avere problemi di sovrappeso ed obesità, ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, depressione e traumi da caduta soprattutto negli anziani. Esiste ormai un ampio consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Mediamente, nel mondo, il 28% degli uomini ed il 34% delle donne sono fisicamente inattive, uno stile di vita che si ripercuote sull'incidenza dei decessi e dei *Disability Adjusted Life Years*, ossia gli anni di vita vissuti al netto della disabilità. Con circa 3,2 milioni di decessi annui la sedentarietà è considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il quarto tra i fattori di rischio per la mortalità. I dati dell'OMS, inoltre, mostrano un gradiente tra i diversi Paesi: circa la metà della popolazione femminile resi-

dente in America e nel Mediterraneo Orientale è sedentaria, mentre tale percentuale scende, rispettivamente, al 40,0% ed al 36,0% per gli uomini. Al contrario, il Sud-Est asiatico registra la minore percentuale di sedentarietà (15,0% degli uomini e 19,0% delle donne) (1).

In Europa, la sedentarietà è responsabile di circa 600 mila decessi annui, con una percentuale che oscilla tra il 5-10% del totale della mortalità a seconda del Paese, e di una perdita di 5,3 milioni di anni di vita in buona salute. Questi sono alcuni dei dati presenti nell'*European Health Report 2009* secondo cui, in Europa, una persona su cinque pratica poca o nessuna attività fisica (meno del minimo raccomandato), con dati ancora più allarmanti nelle regioni meridionali ed orientali (2). In Italia, i sedentari risultano essere oltre 23 milioni, mentre appena un terzo della popolazione di 3 anni ed oltre pratica sport.

A fronte di tali considerazioni, si ritiene necessario monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e spostare il campo di intervento dalla malattia alla promozione della salute, enfatizzando la possibilità di modificare i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, dieta ed attività fisica.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore	Personi 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 febbraio 2010 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 49.000 individui. La rilevazione dell'attività fisica si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

In Italia, nel 2010 (Tabella 1), il 22,8% della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando alcuna attività sportiva dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta etc.), sono il 28,2%. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno

sport né un'attività fisica, è pari al 38,3%.

L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni. Infatti, dall'analisi dei dati, emerge un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di un'attività fisica qualsiasi nella PA di Bolzano (38,3%) ed in Veneto (29,4%) e livelli più bassi in Campania (14,7%) e Sicilia (15,7%).

Verosimilmente, l'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Sicilia (58,2%) e Campania (56,5%) dove oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile (Tabella 2): il numero maggiore di sportivi che praticano attività fisica con continuità si riscontrano nella fascia di età 6-17 anni ed, in particolare, tra i maschi di 11-14 anni (66,2%). L'attività sportiva saltuaria registra, invece, le percentuali più alte tra i soggetti di 18-19 anni (18,0%).

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 continuo fino

ai 74 anni (37,6%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, dove aumenta la percentuale di sedentari pari al 68,2% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze. I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 27,7% pratica sport con continuità ed il 12,0% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 18,1% e dell'8,5%. La quota di sedentari è maggiore tra le

donne (42,8% vs 33,5%).

Rispetto al 2001, si riscontra un positivo aumento, in entrambi i generi, per quanto concerne la quota di persone che praticano sport in modo continuativo, passando dal 19,1% al 22,8%. La percentuale di sedentari, invece, è passata dal 40,3% al 38,3% ed, in particolare, tra le donne è scesa dal 46,1% al 42,8% (Tabella 3).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2010

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,8	12,5	30,3	32,3	*
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,9	18,9	20,3	33,8	n.d.
Lombardia	26,8	11,7	31,3	29,7	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>38,3</i>	<i>24,8</i>	<i>24,1</i>	<i>12,3</i>	<i>0,4</i>
<i>Trento</i>	<i>29,0</i>	<i>19,9</i>	<i>37,0</i>	<i>14,1</i>	<i>n.d.</i>
Veneto	29,4	13,2	35,5	21,6	0,4
Friuli Venezia Giulia	24,2	10,8	35,5	29,0	0,5
Liguria	21,6	8,5	28,2	41,0	0,8
Emilia-Romagna	25,8	10,7	33,9	29,2	0,4
Toscana	25,8	9,7	33,3	29,9	1,3
Umbria	22,4	9,8	29,0	38,7	*
Marche	24,3	8,1	27,7	39,4	0,5
Lazio	24,0	10,4	24,9	40,0	0,6
Abruzzo	21,6	9,4	27,6	41,1	0,4
Molise	18,5	7,5	22,2	50,8	1,0
Campania	14,7	6,4	21,8	56,5	0,5
Puglia	16,6	8,4	25,3	49,0	0,7
Basilicata	18,1	8,9	24,1	48,1	1,0
Calabria	17,8	8,7	25,2	47,5	0,8
Sicilia	15,7	7,2	18,2	58,2	0,7
Sardegna	21,3	9,9	28,3	40,2	0,4
Italia	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6

n.d. = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2010

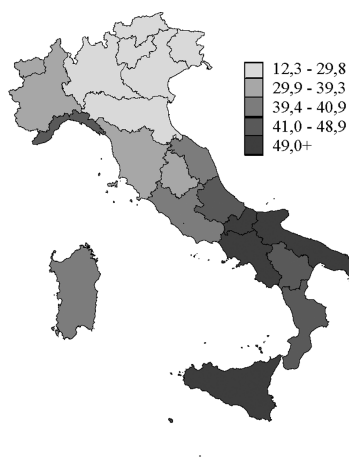


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	19,3	4,6	23,8	46,3	6,1
6-10	60,5	6,5	13,8	18,2	1,0
11-14	66,2	10,8	10,5	12,2	*
15-17	55,5	14,6	13,3	16,3	0,3
18-19	46,2	18,5	14,8	19,6	0,9
20-24	40,8	19,5	15,7	23,1	0,9
25-34	35,2	15,3	19,1	29,7	0,6
35-44	27,0	15,7	24,2	32,8	0,3
45-54	20,9	14,3	29,8	34,9	*
55-59	17,1	11,1	35,2	36,1	*
60-64	15,3	9,8	37,3	37,1	0,5
65-74	11,3	6,7	41,2	40,6	0,2
≥75	5,3	2,3	33,4	58,5	*
Totale	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
FEMMINE					
3-5	23,4	4,8	18,0	48,2	5,6
6-10	52,6	8,3	13,4	25,2	0,5
11-14	48,2	9,3	19,9	22,0	*
15-17	39,0	14,3	21,1	25,4	0,3
18-19	26,6	17,5	27,3	28,7	n.d.
20-24	25,9	14,1	26,6	32,8	0,7
25-34	20,9	11,2	31,3	36,3	0,3
35-44	17,7	11,5	33,3	37,4	0,1
45-54	14,5	9,4	36,1	39,8	*
55-59	12,7	7,4	37,1	42,5	*
60-64	10,9	5,4	37,7	45,1	1,0
65-74	8,5	4,2	34,6	52,4	0,3
≥75	2,2	1,8	20,9	74,5	0,5
Totale	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
TOTALE					
3-5	21,3	4,7	21,0	47,2	5,9
6-10	56,6	7,4	13,6	21,6	0,8
11-14	57,5	10,1	15,0	16,9	*
15-17	47,4	14,4	17,1	20,8	0,3
18-19	37,0	18,0	20,6	23,8	0,5
20-24	33,4	16,8	21,1	28,0	0,8
25-34	28,3	13,3	25,0	32,9	0,5
35-44	22,3	13,6	28,9	35,1	0,2
45-54	17,6	11,8	33,0	37,4	0,2
55-59	14,9	9,2	36,2	39,4	0,4
60-64	13,1	7,6	37,5	41,1	0,8
65-74	9,8	5,3	37,6	47,1	0,3
≥75	3,5	2,0	25,9	68,2	0,4
Totale	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6

n.d. = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2010

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
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
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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i risultati sopra riportati possano considerarsi incoraggianti, più di un terzo della popolazione italiana si dichiara sedentaria. Promuovere l'attività fisica rappresenta un'azione di Sanità Pubblica prioritaria, ormai inserita nella programmazione sanitaria di tutto il mondo: il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per gli Stati Uniti, mentre il *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica all'interno dell'Unione Europea.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano Nazionale della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma "Guadagnare Salute" si propone di favorire uno stile di vita attivo, con il coinvolgimento di diversi settori della società, allo scopo di "rendere facile" per il cittadino la scelta del movimento. Per essere

fisicamente attivi è, infatti, sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo", ovvero cercare di abbandonare uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro e prendere possesso dell'ambiente, camminando od usando la bicicletta per muoversi. Questa può già essere considerata un'attività fisica con numerosi effetti salutari per la persona e contribuire, inoltre, alla salvaguardia dell'ambiente.

Infine, è importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica in quanto i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare tale attività dei loro assistiti.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Global Health Observatory, 2011.
- (2) World Health Organization Europe - European Health Report, 2009.

Fumo di tabacco

Significato. Il fumo di tabacco è causa nota di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, comprese diverse forme di cancro, e rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto passivamente.

Dal Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di attuazione delle politiche globali di controllo del tabacco, emerge che il fumo di tabacco uccide circa 6 milioni di persone ogni anno e causa centinaia di miliardi di dollari di danni alle economie in tutto il mondo. Se le tendenze attuali si confermeranno, nel 2030 più di 8 milioni di persone moriranno ogni anno a causa del fumo (1).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre}} \times 100$$

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 nel marzo 2011 su un campione di 19.000 famiglie, per un totale di 48.000 individui. La rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2011, la quota di fumatori di sigarette tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 22,3% (Tabella 1). Il dato si conferma, complessivamente, stabile negli ultimi anni.

Non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo; si riscontra solo una maggior prevalenza rispetto al dato nazionale nel Lazio (27,2%) ed in Abruzzo (24,0%), entrambe in aumento rispetto al 2010 (26,7% e 21,8%, rispettivamente). Una netta diminuzione, rispetto all'anno precedente, si osserva,

In Italia, si stima che nel 2012 i fumatori saranno circa 10,8 milioni di persone, in netto calo rispetto agli ultimi anni (2). Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, più dei tre quarti (il 76,2%) di coloro che continuano a fumare non ha intenzione di cambiare le proprie abitudini ed il numero medio di sigarette fumate al giorno, a livello nazionale, è rimasto lo stesso rispetto agli ultimi anni, circa 13 sigarette (2).

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

invece, in Valle d'Aosta (19,8% vs 16,3%) ed in Campania (26,1% vs 23,1%). La prevalenza di ex-fumatori di sigarette, pari a 23,4%, è piuttosto omogenea nel territorio, con tassi maggiori nelle regioni settentrionali, soprattutto Emilia-Romagna (27,3%) e Liguria (26,6%); diversamente, i non fumatori risultano maggiori al Sud, in particolare in Calabria (60,5%) ed in Puglia (58,7%).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4%, mentre le donne il 16,6% (Tabella 2).

Il tabagismo è più diffuso nei giovani adulti ed, in particolare, tra i 25-34 anni, fascia di età in cui si concentra circa un terzo del campione (30,6%).

Considerando separatamente uomini e donne, la percentuale massima di fumatori si riscontra negli uomini di 25-34 anni (38,9%), mentre nelle donne prevale la classe di età 45-54 anni (23,3%). I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due generi; infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori tra le donne (65,1%) rispetto agli uomini (39,4%), mentre l'opposto avviene tra gli ex-fumatori, con gli uomini che sono quasi il doppio (30,5%) rispetto alle donne (16,7%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione - Anno 2011

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	23,0	26,2	49,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,3	25,8	55,4
Lombardia	23,0	23,6	51,8
Bolzano-Bozen	19,2	23,2	54,5
Trento	17,8	23,8	55,0
Veneto	18,6	26,0	54,4
Friuli Venezia Giulia	21,4	26,3	50,4
Liguria	20,9	26,6	51,8
Emilia-Romagna	21,2	27,3	49,8
Toscana	23,0	24,4	50,4
Umbria	21,6	24,8	52,0
Marche	21,4	24,0	52,8
Lazio	27,2	22,6	48,8
Abruzzo	24,0	25,1	49,4
Molise	21,7	23,1	54,7
Campania	23,1	19,7	56,5
Puglia	21,0	19,2	58,7
Basilicata	23,3	20,9	53,0
Calabria	18,8	19,4	60,5
Sicilia	22,7	19,9	53,9
Sardegna	19,4	26,6	52,3
Italia	22,3	23,4	52,7

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione. Anno 2011

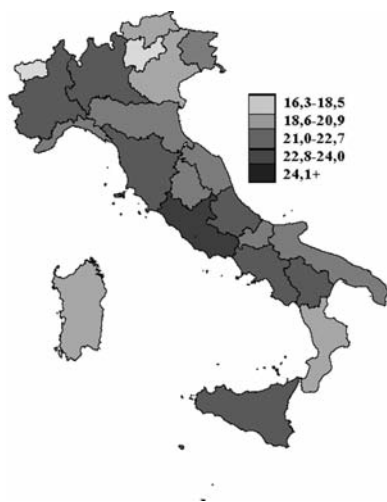


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per classe di età e genere - Anno 2011

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori
14-17	12,0	4,2	81,2	5,7	2,8	90,2	8,8	3,5	85,7
18-19	29,0	5,9	61,6	19,5	6,6	72,5	24,4	6,2	66,9
20-24	31,7	9,4	56,5	19,5	8,4	69,8	25,8	8,9	62,9
25-34	38,9	16,8	42,1	22,4	17,5	58,4	30,6	17,2	50,2
35-44	35,2	23,4	40,1	19,6	17,2	62,0	27,5	20,3	51,0
45-54	32,1	30,4	35,6	23,3	21,0	54,3	27,6	25,6	45,1
55-59	29,8	42,2	26,8	20,4	22,5	55,1	25,1	32,4	40,9
60-64	25,9	44,9	27,7	17,4	19,7	60,8	21,5	31,8	44,9
65-74	18,5	49,5	30,8	9,9	17,3	70,9	13,9	32,2	52,3
75 ed oltre	8,9	58,5	31,9	3,6	14,1	81,0	5,6	31,2	62,0
Totale	28,4	30,5	39,4	16,6	16,7	65,1	22,3	23,4	52,7

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fumare sono circa 2 italiani su 10 per cui la prevalenza sta diminuendo rispetto agli ultimi anni, segno di un graduale, ma costante successo delle politiche antifumo adottate finora; ad oggi, sono 16 i Paesi a livello mondiale che hanno introdotto leggi per la tutela dei non fumatori. Ciò ha determinato sia una riduzione del numero di fumatori che l'iniziazione al fumo, sebbene ci siano ancora 9 ragazzi su 100 che fumano nella fascia di età 14-17 anni.

I dati sono sicuramente confortanti, ma molto resta ancora da fare. Infatti, come risulta da un'indagine DOXA, oltre l'80% dei fumatori crede di essere in buona salute e per questo non pensa di smettere di fumare (2). Occorre, dunque, lavorare ancora per aumentare la consapevolezza del rischio e per sensibilizzare i fumatori a rivolgersi ai centri antifumo che da anni l'Istituto Superiore di Sanità censisce e supporta come il più valido alleato del Servizio Sanitario Nazionale nella lotta al

tabagismo. Nonostante i 380 Centri antifumo attualmente presenti sul territorio siano ben distribuiti, il numero di utenti seguiti annualmente è complessivamente basso, in quanto in pochi ne conoscono l'esistenza. In questo contesto risulta fondamentale la sensibilizzazione del personale sanitario, in particolare dei medici di famiglia che dovrebbero selezionare i fumatori, soprattutto se già portatori di patologie cardiovascolari e polmonari, ed inviarli ai centri antifumo.

Altri importanti interventi attuati per incentivare a smettere di fumare sono rappresentati dalla rimborsabilità delle prestazioni antitabagiche e dalla divulgazione delle informazioni sui danni provocati dal fumo di tabacco, sia attivo che passivo, attraverso i mass media e, più recentemente, riportate anche sui pacchetti di sigarette.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011.
- (2) Indagine DOXA-ISS, 2012.

Consumo di alcol

Significato. È scientificamente dimostrato che l'alcol è una sostanza tossica associata ad oltre sessanta patologie acute e croniche, tra cui i tumori della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago e della mammella nelle donne (1-3). Dalle analisi svolte, attraverso il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, si evince che l'alcol è tra i primi dieci fattori prioritari di danno alla salute preceduto soltanto dal fumo, dall'ipertensione, dall'inattività fisica e dalla mancata misurazione della pressione (4). Le Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (5) considerano a rischio: le donne che consumano più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche-UA¹); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi

quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-5). Tali indicazioni, tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Società Italiana di Alcolologia, hanno portato alla creazione dei seguenti indicatori di sintesi adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che individuano come "consumatori a rischio" (3) tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*).

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 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 19-64 anni	

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

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 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 19-64 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	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni ed oltre	x 100

Prevalenza di consumatori (donne) anziane 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	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva il numero di bicchieri di vino e birra ed il numero complessivo di bicchieri di aperitivi alcolici, amari e super alcolici consumati giornalmente. Il numero di bicchieri delle diverse bevande alcoliche è calcolato come somma delle UA delle diverse bevande consumate giornalmente. Gli indicatori proposti permettono di calcolare la frequenza e le quantità di alcol assunte dagli individui giornalmente e di evidenziare gli stili di vita scorretti. Gli stessi indicatori, inoltre, consentono di valutare il carico di morbosità e mortalità evitabili mediante attività di prevenzione a livello nazionale e regionale e di fornire utili indicazioni per la pianificazione delle politiche sanitarie e la valutazione degli interventi necessari.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è il valore italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-18 anni): 15,2% per gli uomini, 10,2% per le donne, 12,8% totale;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (19-64 anni): 21,5% per gli uomini, 5,4% per le donne,

- 13,4% totale;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65-74 anni): 47,4% per gli uomini, 13,3% per le donne, 28,7% totale;
- prevalenza di consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): 40,3% per gli uomini, 9,6% per le donne, 21,7% totale.

Descrizione dei risultati

Non consumatori. (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori, che corrispondono agli astemi ed agli astinenti degli ultimi 12 mesi, cioè di coloro che non risultano esposti ad un rischio alcol correlato, è pari, nel 2010, al 32,7% ed è aumentata rispetto agli ultimi anni (nel denominatore sono conteggiati anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito). L'aumento rispetto all'anno 2008, ultimo anno disponibile a livello di PA, è statisticamente significativo sia a livello nazionale (+3,3 punti percentuali) che in molte realtà locali grazie all'aumento degli astinenti degli ultimi 12 mesi (+2,8 punti percentuali); gli aumenti più consistenti si registrano in alcune regioni del Centro, quali Umbria (+7,7 punti percentuali), Marche (+6,5 punti percentuali) ed Emilia-Romagna (+5,7 punti percentuali).

Consumatori a rischio. (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2010, è pari al 25,4% per gli uomini ed al 7,3% per le donne, senza differenze statisticamente significative rispetto agli ultimi 4 anni. Differenze statisticamente significative, a livello regionale, si registrano in Valle d'Aosta, rispetto al 2008 (ultimo anno disponibile), tra le donne (+7,1 punti percentuali) ed in Abruzzo, rispetto al 2009, tra gli uomini (+6,3 punti percentuali). Tra il genere maschile, per il quarto anno consecutivo, continuano ad aumentare i consumatori a rischio in Molise (nonostante che la differenza rispetto al 2009 non raggiunga la significatività statistica) registrando un incremento di 5,5 punti percentuali. Valori statisticamente al di sopra del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in: Valle d'Aosta (M=38,3%; F=15,4%), PA di Trento (M=36,4%; F=9,5%), PA di Bolzano (M=35,9%; F=13,7%), Veneto (M=31,7%; F=9,6%), Friuli Venezia Giulia (M=31,2%; F=11,2%), Lombardia (M=26,3%; F=8,4%), Piemonte (M=29,4%; F=9,1%), Liguria (M=26,7%; F=9,1%), Emilia-Romagna (M=26,4%; F=7,7%) e Toscana (M=26,9%; F=9,6%). Inoltre, frequenze statisticamente superiori si osservano, solo per gli uomini, anche in Molise (43,8%), Abruzzo (34,0%), Marche (26,2%), Basilicata (31,2%) e Sardegna (33,2%). Al contrario, risultano statisticamente inferiori al valore nazionale i consumatori a rischio di entrambi i generi in Sicilia (M=15,2%; F=4,1%), Campania (M=19,1%; F=4,9%), Lazio (M=22,1%; F=6,9%), Calabria (M=22,5%; F=5,4%) e Puglia (M=22,6%; F=4,7%), oltre alle donne in Sardegna (5,3%).

Giovani. (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni, nel 2010, è pari al 15,2% per gli uomini ed al 10,2% per le donne, in diminuzione rispetto al 2007 (la diminuzione non risulta statisticamente significativa rispetto al 2008 ed al 2009); a livello regionale, non si registrano differenze statisticamente significative rispetto agli anni precedenti, ad eccezione della PA di Trento dove i consumatori a rischio di genere maschile risultano diminuiti rispetto al 2008 (ultimo dato disponibile) (29,3% vs 8,0%). Nel 2010, invece, valori statisticamente superiori al dato nazionale si registrano tra i ragazzi in Valle d'Aosta e tra le ragazze nella PA di Bolzano.

Adulti. (Tabella 3). Nell'anno 2010, nella fascia di età 19-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è pari a 21,5% per gli uomini, in aumento rispetto al 2009 di 1,0 punto percentuale, e stabile intorno al 5,4% per le donne. Rispetto agli anni precedenti si registra un aumento dei consumatori a rischio nella PA di Trento ed in Abruzzo per quanto riguarda gli uomini, mentre tra le consumatrici un incremento si osserva in Valle d'Aosta. Le realtà a maggior rischio,

con valori statisticamente al di sopra del dato nazionale, risultano essere, per entrambi i generi, la PA di Trento (M=35,3%; F=8,7%), la PA di Bolzano (M=37,0%; F=13,4%), la Valle d'Aosta (M=33,5%; F=10,4%), il Friuli Venezia Giulia (M=27,2%; F=8,5%) ed il Piemonte (M=5,0%; F=7,8) a cui si aggiungono, per i soli uomini, il Molise (42,8%), la Sardegna (34,0%), l'Abruzzo (31,2%) ed il Veneto (29,1%); valori al di sotto del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=13,1%; F=3,1%), Campania (M=14,9%; F=3,3%) e Puglia (M=18,0%; F=2,9%), a cui si aggiungono Umbria (16,9%) e Lazio (18,2%) per i soli uomini.

L'analisi delle diverse tipologie di consumo a rischio (*binge drinking* e giornaliero eccedentario) (Tabella 4) mostra che, tra gli uomini, la prevalenza di *binge drinking* in questa classe di età è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni; inoltre, risulta superiore al valore nazionale in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, PA di Bolzano, Abruzzo, Sardegna, Veneto e Piemonte per entrambi i generi. Relativamente alla prevalenza dei consumatori a rischio per consumo eccedentario giornaliero si registrano, per il genere maschile, valori superiori al dato nazionale in 13 regioni, soprattutto in Valle d'Aosta, Molise e Basilicata. Valori di molto inferiori, invece, si osservano nella PA di Bolzano ed in Sicilia.

Anziani. (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2010, è pari al 47,4% tra gli uomini ed al 13,3% tra le donne senza differenze significative rispetto alle precedenti rilevazioni. La percentuale più alta di anziani 65-74enni a rischio tra gli uomini si osserva nella PA di Trento (64,8%), Valle d'Aosta (62,1%) e Basilicata (59,9%); i valori minori, invece, si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=30,2%; F=4,3%), e Sardegna (M=36,6; F=5,8%). La prevalenza risulta, comunque, più elevata tra gli uomini che tra le donne in tutte le regioni.

Molto anziani. (Tabella 6). La prevalenza degli anziani di 75 anni ed oltre a rischio, nel 2010, è pari al 40,3% tra gli uomini ed al 9,6% tra le donne e non presenta variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni. Per entrambi i generi valori nettamente al di sopra del dato nazionale si registrano in Molise (M=58,4%; F=19,2%), mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia (M=19,9%; F=3,4%); tra le donne, inoltre, valori molto al di sopra del valore nazionale si registrano in Valle d'Aosta (34,5%). Nel 2010, si registrano differenze di genere statisticamente significative dei consumatori di bevande alcoliche a rischio in tutto il territorio, ad eccezione della Valle d'Aosta dove la differenza non risulta statisticamente significativa.

Tabella 1 - Prevalenza* (per 100) dei non consumatori e dei consumatori per regione - Anni 2008-2010**

Regioni	2008				2010			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,7	25,3	27,0	71,3	3,6	25,9	29,4	68,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,6	20,5	23,0	74,5	4,5	23,1	27,7	72,0
Lombardia	1,6	24,6	26,2	70,4	4,3	24,7	29,0	69,2
Bolzano-Bozen	2,8	17,9	20,8	76,0	6,7	17,8	24,5	73,1
Trento	1,9	27,7	29,5	66,8	6,0	26,9	32,9	66,0
Veneto	1,8	22,6	24,4	74,5	5,4	23,7	29,1	68,9
Friuli Venezia Giulia	2,4	23,1	25,5	72,0	3,9	25,4	29,3	69,4
Liguria	1,4	29,5	30,9	67,4	4,0	27,7	31,7	67,0
Emilia-Romagna	2,0	24,1	26,0	72,5	5,5	26,2	31,7	67,0
Toscana	1,6	25,7	27,2	70,8	4,8	25,0	29,8	69,0
Umbria	1,6	24,6	26,2	71,8	4,2	29,6	33,9	64,8
Marche	1,7	24,7	26,5	71,4	4,8	28,1	32,9	64,8
Lazio	1,3	25,6	27,0	68,4	4,8	26,8	31,5	65,9
Abruzzo	1,4	33,1	34,5	63,6	5,5	26,2	31,7	66,5
Molise	1,8	31,5	33,2	65,3	4,1	30,8	34,9	64,1
Campania	1,8	35,1	36,9	59,5	4,9	36,0	40,9	58,3
Puglia	1,4	30,0	31,4	67,4	2,8	32,2	35,0	64,1
Basilicata	1,8	32,8	34,6	63,3	3,0	32,6	35,7	61,9
Calabria	1,6	29,2	30,8	67,1	3,8	31,4	35,2	63,2
Sicilia	2,2	36,6	38,8	57,7	4,3	34,5	38,9	59,1
Sardegna	1,4	30,2	31,5	64,9	5,9	28,5	34,4	62,8
Italia	1,7	27,7	29,4	68,0	4,5	28,1	32,7	65,7

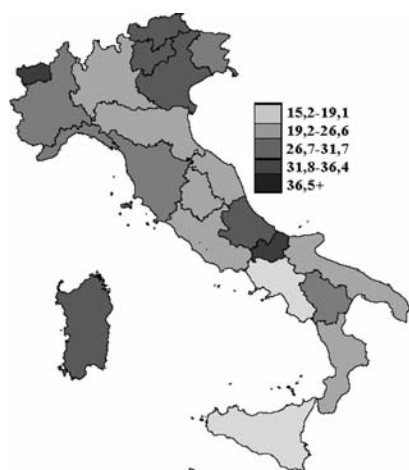
*Il confronto è stato effettuato con l'anno 2008 perché nel 2009 non si disponeva di dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento e per il Piemonte e la Valle d'Aosta.

**Il totale tra "Non consumatori" e "Consumatori" non fa 100 in quanto nel denominatore sono conteggiati anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2009, 2011.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2011



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2011

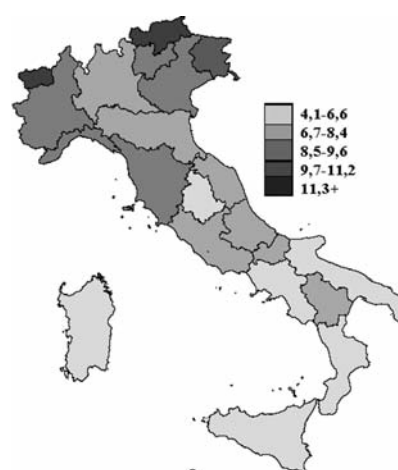


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 11-18 anni per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	23,5	13,1	18,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	38,0	11,6	25,0
Lombardia	16,8	14,1	15,5
Bolzano-Bozen	20,9	23,6	22,2
Trento	8,0	*	5,8
Veneto	17,6	11,2	14,5
Friuli Venezia Giulia	14,4	12,7	13,6
Liguria	16,1	8,6	12,4
Emilia-Romagna	12,4	9,3	10,9
Toscana	11,4	8,1	9,8
Umbria	8,9	10,2	9,5
Marche	20,5	*	13,3
Lazio	12,2	8,4	10,5
Abruzzo	18,8	21,0	19,8
Molise	27,2	*	16,7
Campania	16,9	5,9	11,4
Puglia	11,2	8,2	9,8
Basilicata	25,8	14,0	19,7
Calabria	11,6	10,0	10,8
Sicilia	10,9	11,0	11,0
Sardegna	17,7	7,8	12,5
Italia	15,2	10,2	12,8

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2011.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 19-64 anni per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	25,0	7,8	16,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,5	10,4	22,1
Lombardia	21,6	5,9	13,9
Bolzano-Bozen	37,0	13,4	25,4
Trento	35,3	8,7	22,3
Veneto	29,1	7,4	18,4
Friuli Venezia Giulia	27,2	8,5	17,8
Liguria	18,6	6,8	12,7
Emilia-Romagna	22,4	4,9	13,7
Toscana	21,2	6,9	14,0
Umbria	16,9	4,0	10,4
Marche	21,4	3,7	12,6
Lazio	18,2	5,7	11,8
Abruzzo	31,2	5,7	18,4
Molise	42,8	4,6	23,6
Campania	14,9	3,3	9,1
Puglia	18,0	2,9	10,3
Basilicata	24,9	5,4	15,1
Calabria	19,4	4,0	11,6
Sicilia	13,1	3,1	8,0
Sardegna	34,0	5,2	19,8
Italia	21,5	5,4	13,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2011.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio della classe di età 19-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	9,5	18,6	2,0	6,6	5,8	12,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,5	23,5	3,0	7,9	9,4	15,8
Lombardia	7,7	16,6	1,0	5,0	4,4	10,9
Bolzano-Bozen	4,9	34,9	1,6	12,4	3,3	23,8
Trento	8,2	30,7	0,9	8,0	4,7	19,6
Veneto	9,6	24,8	1,4	6,3	5,6	15,6
Friuli Venezia Giulia	9,0	22,6	1,9	7,3	5,4	14,9
Liguria	7,3	13,3	2,2	5,1	4,8	9,2
Emilia-Romagna	8,2	16,5	2,0	3,2	5,1	9,9
Toscana	8,3	15,6	1,3	5,9	4,8	10,7
Umbria	7,7	12,2	1,3	3,0	4,4	7,5
Marche	8,5	14,1	1,7	2,3	5,1	8,2
Lazio	6,4	13,4	1,4	4,5	3,8	8,8
Abruzzo	9,6	27,1	1,2	5,0	5,4	16,0
Molise	17,1	36,5	*	3,9	8,9	20,1
Campania	7,6	10,5	1,4	2,5	4,5	6,4
Puglia	8,6	12,3	0,7	2,2	4,6	7,1
Basilicata	11,8	19,3	1,8	4,4	6,8	11,8
Calabria	7,5	15,5	0,7	3,4	4,0	9,4
Sicilia	4,9	10,0	0,4	2,9	2,6	6,4
Sardegna	9,4	30,0	*	4,6	5,0	17,4
Italia	8,0	16,6	1,3	4,4	4,6	10,5

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**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 2011.**Tabella 5** - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 65-74 anni per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	47,6	14,1	29,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	62,1	23,4	43,4
Lombardia	47,6	15,5	30,1
Bolzano-Bozen	47,5	12,9	29,3
Trento	64,8	11,7	35,4
Veneto	50,5	16,7	33,0
Friuli Venezia Giulia	50,7	16,8	32,6
Liguria	58,8	13,5	33,7
Emilia-Romagna	48,6	17,5	31,5
Toscana	58,3	21,2	37,6
Umbria	44,0	10,1	24,8
Marche	47,5	21,2	33,9
Lazio	45,1	9,6	25,3
Abruzzo	51,4	9,5	30,3
Molise	50,5	12,1	28,4
Campania	44,0	10,9	25,2
Puglia	53,1	9,9	29,9
Basilicata	59,9	10,4	34,8
Calabria	40,4	12,1	24,5
Sicilia	30,2	4,3	15,3
Sardegna	36,6	5,8	20,0
Italia	47,4	13,3	28,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**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 2011.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	41,3	7,6	20,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,8	34,5	37,9
Lombardia	50,1	11,0	25,6
Bolzano-Bozen	22,7	*	12,2
Trento	41,6	16,1	25,9
Veneto	45,1	13,6	24,6
Friuli Venezia Giulia	49,1	17,0	28,6
Liguria	43,3	13,4	24,8
Emilia-Romagna	40,3	10,8	22,7
Toscana	40,4	11,5	23,3
Umbria	42,4	7,0	21,9
Marche	38,2	8,7	19,7
Lazio	36,5	10,1	20,7
Abruzzo	48,1	*	20,1
Molise	58,4	19,2	35,9
Campania	34,4	8,6	19,1
Puglia	40,6	8,3	21,1
Basilicata	52,2	9,7	26,4
Calabria	40,7	*	19,7
Sicilia	19,9	3,4	10,6
Sardegna	37,3	*	16,9
Italia	40,3	9,6	21,7

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'alcol è una tra le prime dieci priorità d'intervento in Italia. Il fenomeno del "bere per ubriacarsi" tra i minori, l'avvio precoce al consumo di alcol e l'incremento dei consumi fuori pasto sono le variabili più caratterizzanti le tendenze degli ultimi 10 anni. L'uso dell'alcol, inteso letteralmente come utilizzazione della sostanza psicoattiva legale disponibile ed a più basso costo, ed il droga-ponte favorente l'uso di droghe illegali tra cui, principalmente, la cannabis, è un fenomeno non marginale ed emergente in tutte le rilevazioni e le statistiche ufficiali, nelle Relazioni annuali trasmesse dal Ministro della Salute al Parlamento ed in quelle sulle tossicodipendenze della Presidenza del Consiglio. L'abbassamento progressivo e costante dell'età media di avvio all'uso dell'alcol (11-12 anni la più bassa in Europa) e la consolidata evidenza di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età, di cui due terzi maschi, che usano l'alcol secondo modalità rischiose e dannose, impongono l'attivazione d'iniziativa d'informazione e sensibilizzazione a partire dalla prima scolarizzazione.

Tutti gli organismi di tutela della salute sollecitano il coinvolgimento parentale e degli adulti competenti per una prevenzione che parta dai 6 anni di età oltre ad una rigorosa applicazione ed osservanza delle norme attualmente in grado di contrastare un comportamento responsabile del maggior rischio alcol correlato oggi esteso anche agli anziani, obiettivo negletto del-

la prevenzione in Italia. Le principali agenzie educative dei bambini, scuola e famiglia, dovrebbero essere coinvolte e supportate nel corso del ciclo delle scuole elementari per la realizzazione d'iniziative di avvio di una sensibilizzazione che possa consentire di sviluppare per tempo le abilità richieste ad evitare la creazione di disvalori supportati dal *marketing* e dalle pubblicità legati a bere ed al *binge drinking* in età adolescenziale.

Il bere per ubriacarsi, spesso legato all'assunzione contestuale di cocktail alcolici, *breezer*, *alcopops*, birre, vino e bevande superalcoliche, sta esplodendo. Appare, quindi, imperativo far sì che i giovani siano sostenuti nell'adozione di scelte più salutari ed informate. Nonostante da anni si attuino, a livello regionale e nazionale, campagne di sensibilizzazione e di prevenzione alcol correlate, i trend che si intravedono, in alcune realtà territoriali di un possibile *outcome* positivo o di successo nel contrasto al rischio alcol, non possono definirsi completamente soddisfacenti. Si continua ad evidenziare una connotazione di rischio caratteristico per ciascuna generazione con stili e modelli basati da un lato sul *binge drinking* (l'intossicazione episodica o occasionale ricorrente attuata fuori pasto, non esclusivamente attribuibile ai giovani, ma anche a molti adulti) e dall'altro sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino (bevanda principale in termini di consumo e di rischio).

Modelli e stili di consumo e di rischio alcol correlato

richiedono l'azione in più settori come indicato dalle strategie di prevenzione globali dell'OMS e riguardano, oltre ad un rinnovato approccio clinico d'identificazione precoce dei modelli rischiosi e dannosi, anche interventi normativi rivolti ad arginare la disponibilità delle bevande alcoliche, attraverso adeguata tassazione o introduzione del cosiddetto prezzo minimo già in discussione a livello comunitario ed applicato in alcune Nazioni. Dovrebbero essere attuati, inoltre, interventi più incisivi sulle pratiche di *marketing* che propongono messaggi o immagini ingannevoli per il consumatore, in particolare il minore.

Alla luce della crisi economica e delle condizioni socioeconomiche che hanno già modificato i comportamenti dei gruppi meno abbienti ed essendo nota l'influenza del disinvestimento nel *welfare*, della riduzione dei *budget* destinabili alla cura della salute, dell'incremento della disoccupazione nei periodi di recessione sulla mortalità alcol attribuibile, risulta urgente ed indispensabile un'attenzione ed una tutela particolare nei confronti dei gruppi di popolazione più svantaggiati attraverso specifiche ed intense campagne d'informazione e sensibilizzazione volte a svalorizzare e stigmatizzare il consumo di alcol.

In tal modo si contribuisce a connotare, senza ambiguità, le condizioni, i contesti e le circostanze che contribuiscono ad incrementare il rischio alcol correlato, aumentando la consapevolezza degli effetti negativi di modelli non salutari e non sicuri ed assicurando che gli interessi di salute pubblica ricevano un rinnovato impulso alla salvaguardia della salute rispetto alle logiche del mercato, attente ai consumatori, ma spesso non alla loro salute (7-8).

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) Alcohol in Europe Anderson P, Baumberg B, Institute of Alcohol Studies, UK June 2006.
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcolcorrelati. Roma, 2011. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1686_a_llegato.pdf.
- (3) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. 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 2012. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/3).
- (4) E. J. Simoes, S. Mariotti, Alessandra Rossi, Alicia Heim, Felipe Lobello, A. H. Mokdad, E. Scafato. The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors. International Journal of Public Health; Volume 57/2012.
- (5) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (6) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2011. Istat, Roma, 2011.
- (7) Stuckler D, Basu S, McKee M (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. British Medical Journal, 41: 77-79.
- (8) Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet, 374: 315-323.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta nella popolazione. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e pubblicate nei volumi "Aspetti della vita quotidiana", riferite agli anni 2010 e 2011, consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di percentuale di persone di 3 anni ed oltre che dichiarano una frequenza di assunzione dei differenti alimenti. La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo a seconda dell'uso

abituale e della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Infatti, i dati sono riferiti ad un consumo quotidiano per i derivati dei cereali, i prodotti lattiero-caseari, verdura, ortaggi, frutta e bevande, mentre negli altri casi l'assunzione degli alimenti avviene su base settimanale (carne, pesce, uova, legumi, dolci, snack) o occasionale. Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.

Percentuale 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	$\times 100$

Indicatore obiettivo

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 una porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	$\times 100$

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 (su base giornaliera o settimanale a seconda del tipo di alimento) indicata nell'apposito questionario: a coloro che consumano quotidianamente Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) viene richiesto di indicare quanti piatti (verdura o ortaggi) oppure quante porzioni, espresse come numero di pezzi (frutta), assume abitualmente nella giornata.

L'indicatore obiettivo è costituito dal consumo di almeno 5 porzioni e più al giorno di VOF calcolato sulle persone di 3 anni ed oltre che hanno dichiarato di consumare almeno una porzione di VOF.

La tipologia di dati permette di stimare quante persone consumano almeno 5+VOF considerate come piatti/porzioni, mentre una valutazione quantitativa dell'assunzione di VOF completa richiederebbe anche l'inclusione degli alimenti assunti come ingredienti. In questo modo si potrebbero recuperare tra i consumatori anche coloro che hanno mangiato alimenti afferenti a questo gruppo alimentare solo come condimento o farcitura. In questo caso, avrebbe anche senso considerare al denominatore tutta la popolazione oggetto della rilevazione e non solo i consumatori quotidiani. Così come è strutturato l'indicatore si ha

un valore leggermente superiore a quello che risulterebbe dal calcolo effettuato utilizzando l'intera popolazione di 3 anni ed oltre.

Valore di riferimento/Benchmark. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma 5+VOF e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti sono analizzate in relazione all'indicatore obiettivo e ad altri indicatori dello stile alimentare (luogo ed importanza dei pasti).

L'indicatore obiettivo 5+VOF, viene usato come guida per costruire una mappatura del consumo di tutti i gruppi alimentari rilevati a livello regionale.

Descrizione dei risultati

L'analisi di tipo descrittivo è stata condotta evidenziando i valori al di sopra ed al di sotto del dato nazionale della percentuale di risposte relative alle modalità sul consumo alimentare rilevate nel questionario dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" nel 2010 e nel 2011.

Si può osservare che, nel 2010 (Tabella 1), la distribuzione dei valori di 5+VOF è, tendenzialmente, legata al consumo quotidiano di "verdura" ($r=0,8$)¹ ed "ortaggi" ($r=0,7$), mentre il consumo di "frutta" segue un'andamento differente ($r=-0,4$). La stessa situazione si verifica nel 2011 (Tabella 2) con $r=0,5$ sia per la

¹Il coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson è indicato con r.

“verdura” che per gli “ortaggi”, mentre per la “frutta” si registra $r=-0,2$.

Passando alle altre tipologie di alimenti non incluse nel gruppo “VOF”, nel 2010 si osserva concordanza ($r=0,5$) dell’indicatore 5+VOF sia con il consumo settimanale di “dolci” che con il consumo quotidiano di “formaggio”. Per tutte le altre tipologie di alimenti si osserva, invece, mancanza di concordanza. Nel 2011, si riduce la concordanza per la voce “formaggio” ($r=0,4$) e rimane $r=0,5$ solo per il gruppo “dolci”. In entrambi gli anni, per tutte le altre tipologie alimentari, le percentuali di risposta a livello regionale discorrono dalla distribuzione dell’indicatore.

Considerando, infine, la relazione tra 5+VOF e gli indicatori dello stile alimentare, in particolare il pran-

zo e la cena (Tabella 3), si osserva che laddove si registrano percentuali più elevate di consumo di 5+VOF si ha una percentuale di persone minore che pranzano in casa ed una percentuale minore di persone che considerano il pranzo come pasto principale, mentre si hanno percentuali più elevate di persone che dichiarano di consumare fuori casa (soprattutto in mensa, ma anche ristorante/trattoria sul posto di lavoro o al bar, anche se con intensità inferiore rispetto alla percentuale di coloro che pranzano in mensa). I dati relativi al 2011 indicano che le tendenze osservate negli anni precedenti sono confermate nel segno, ma le relazioni sono meno forti ($r<0,5$) o si annullano ($r=0$), come nel caso del pranzo al bar.

Tabella 1 - Percentuale di persone della classe di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni cibi in relazione all'indicatore obiettivo (5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta) per regione - Anno 2010

	TRE	PIE	SAR	VDA	FVG	CAM	LOMI	VEN	TOS	LAZ	ABR	MAR	BOL	ITALIA	E-R	LIG	SIC	UMB	CAL	MOL	PUG	BAS
VOF 1 ^a	16,7	13,6	17,0	15,9	14,8	19,1	17,4	20,3	16,9	16,0	21,6	18,9	25,9	18,0	15,3	15,4	19,3	16,8	21,7	19,5	22,8	26,3
Frutta*	73,2	79,1	76,3	75,8	73,6	78,1	73,1	69,5	79,3	77,5	72,8	72,7	62,1	76,2	75,5	77,2	80,3	76,8	74,1	81,4	82,3	77,2
VOF ^o	84,1	87,1	84,2	86,3	86,2	82,9	83,1	82,9	87,1	85,4	79,9	85,2	77,0	84,2	84,0	83,5	83,8	84,3	79,6	85,8	87,7	83,0
VOF da 2 a 4 ^a	75,5	79,6	76,4	77,6	79,4	75,0	76,8	73,8	77,2	78,2	72,6	75,3	68,5	76,5	79,3	79,5	76,2	78,9	74,1	76,9	74,0	70,5
Ortaggi*	56,4	53,8	39,9	52,4	50,0	32,7	44,6	45,6	49,8	43,7	33,2	46,5	39,5	42,1	50,1	45,4	31,5	48,1	28,5	36,4	32,9	23,7
Verdure ^o	67,5	62,1	45,9	60,6	65,9	42,1	54,0	58,0	55,3	57,6	40,0	56,6	51,4	50,9	56,5	53,7	39,9	55,1	36,1	37,9	35,6	29,1
5+VOF ^a	7,8	6,8	6,6	6,5	5,9	5,9	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,7	5,6	5,5	5,5	5,1	4,5	4,3	4,2	3,5	3,1	3,1
Quinto	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Formaggio*	43,3	31,0	33,0	46,8	34,4	10,4	31,8	31,4	24,4	17,1	18,0	13,8	43,1	24,5	26,2	26,4	22,1	16,9	26,9	16,8	19,5	16,2
Dolci ^o	50,7	50,3	49,0	55,7	52,5	46,1	53,7	56,0	50,8	43,6	55,9	52,9	47,3	49,8	56,3	48,5	44,5	50,2	48,5	47,8	43,2	43,5
Latte*	60,6	55,4	59,1	58,9	59,2	59,9	57,5	56,0	67,8	66,3	59,1	59,4	60,0	58,9	51,7	58,9	52,0	58,5	58,4	61,1	66,1	56,9
Carni bianche ^o	74,3	83,6	76,8	81,5	80,1	85,2	81,2	79,7	85,1	81,0	85,7	85,0	51,7	81,2	80,7	81,0	79,1	87,2	81,1	85,9	76,7	80,3
Carni bovine ^o	59,2	72,9	69,3	78,8	64,8	73,8	69,3	68,8	72,4	74,1	73,0	73,4	43,2	70,7	67,3	69,7	73,7	77,5	72,0	76,8	67,1	66,0
Pane, pasta, riso*	83,6	83,3	79,6	82,3	81,8	87,7	82,8	83,0	89,7	83,3	88,7	87,7	73,6	84,9	85,8	81,1	88,2	85,7	89,2	79,8	84,2	91,6
Carni di maiale ^o	45,6	38,1	60,2	37,9	46,0	56,0	39,9	44,1	51,2	48,2	54,3	53,1	29,3	47,0	50,9	35,5	44,3	62,8	51,6	61,2	47,2	50,7
Snack ^o	22,9	22,4	21,5	19,9	20,0	32,4	28,8	27,3	18,9	21,6	28,5	21,6	15,1	25,4	24,2	19,0	24,6	20,0	31,8	30,6	26,8	26,8
Pesce ^o	47,3	53,9	55,8	54,9	50,6	72,9	55,8	51,0	60,5	62,5	60,3	65,4	28,8	59,2	53,0	62,9	62,7	58,7	65,5	66,3	60,9	60,0
Salumi ^o	61,4	56,4	56,0	63,8	62,4	64,2	66,4	57,8	60,8	57,0	66,0	65,4	60,3	62,0	67,6	57,6	61,2	64,6	68,6	73,1	59,9	63,9
Uova ^o	46,1	57,6	55,3	60,5	54,0	62,7	49,6	49,7	55,0	59,1	63,3	56,0	50,2	55,9	51,9	61,1	59,7	60,8	63,8	69,0	54,3	61,7
Legumi in scatola ^o	39,9	31,8	40,0	37,8	32,3	78,7	36,5	34,7	48,3	43,6	56,5	40,9	21,2	46,0	39,4	36,5	48,5	48,3	62,9	66,0	55,1	71,7

^aPer 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

^oAlmeno una volta al giorno.

[°]Almeno qualche volta alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

Tabella 2 - Percentuale di persone della classe di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni cibi in relazione all'indicatore obiettivo (5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta) per regione - Anno 2011

	SAR	TRE	FVG	ABR	VDA	UMB	PIE	MOL	LOM	VEN	MAR	LIG	E-R	ITALIA	BAS	BOL	LAZ	TOS	CAM	SIC	PUG	CAL
VOF 1 ^a	15,4	15,6	14,5	15,9	18,8	16,8	15,1	21,5	19,2	18,1	14,8	15,3	16,8	18,5	25,9	20,0	17,6	16,6	22,2	19,7	22,1	23,4
Frutta*	80,0	72,8	75,4	80,7	66,7	77,5	78,4	81,6	72,6	72,3	78,7	79,9	74,4	76,3	74,9	67,0	74,7	75,6	77,3	80,0	81,7	79,5
VOF**	85,9	84,2	86,5	86,4	78,0	86,8	88,3	87,9	83,4	85,2	87,8	87,1	85,0	85,0	79,6	75,6	84,8	84,9	83,0	85,2	87,3	84,7
VOF da 2 a 4 ^a	76,5	77,0	78,6	77,5	74,0	76,8	78,7	72,4	74,8	75,9	79,6	79,5	78,1	76,6	69,4	75,6	78,5	79,6	74,0	76,6	75,2	74,1
Verdure*	47,4	67,7	63,5	48,1	52,0	56,1	60,5	36,0	53,4	59,7	58,7	52,7	58,2	51,4	27,4	53,1	59,3	55,0	40,5	40,3	38,2	38,4
Ortaggi*	44,1	57,9	48,0	41,2	45,5	49,0	54,2	28,9	45,2	49,9	50,3	46,5	50,9	43,7	22,4	44,0	47,0	49,6	33,9	32,2	34,2	31,8
5+VOF ^a	8,1	7,4	7,0	6,6	6,4	6,4	6,2	6,1	6,0	6,0	5,5	5,3	5,2	4,9	4,7	4,4	3,9	3,8	3,8	3,7	2,7	2,5
Quinto	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Dolci ^o	50,9	45,6	52,9	48,1	51,2	52,7	51,3	49,8	54,2	57,8	54,4	53,3	52,1	49,1	49,8	51,6	42,9	46,2	44,1	42,0	43,7	44,9
Formaggio*	32,9	34,2	33,4	17,0	39,0	17,4	32,0	16,3	30,3	29,9	16,8	26,6	22,0	23,6	19,5	43,0	18,3	19,9	10,2	22,5	19,0	23,4
Carni di manzo*	55,6	43,5	45,6	53,6	40,7	64,2	38,4	59,3	39,9	43,6	50,7	37,2	51,3	46,5	48,2	30,9	47,1	49,3	55,1	45,4	45,2	53,9
Carni bianche ^o	76,9	76,2	78,9	84,2	85,4	86,6	83,8	83,1	83,7	79,1	84,7	81,8	82,5	81,7	82,9	53,4	81,8	83,3	84,2	77,3	79,7	83,0
Carni bovine ^o	70,2	57,4	62,2	71,8	76,4	75,4	71,9	68,6	67,9	66,7	71,0	70,6	66,2	69,8	68,7	47,4	74,2	69,9	74,6	71,0	67,3	73,5
Latte*	62,4	58,8	58,1	60,0	50,4	65,4	55,8	67,0	57,6	56,5	58,6	62,3	53,5	59,6	55,2	59,1	67,4	63,7	59,4	53,5	70,8	56,8
Pane, pasta, riso*	83,8	83,5	80,9	89,6	80,4	85,1	84,1	90,7	81,0	83,3	86,8	79,1	83,1	84,2	87,6	71,5	84,1	84,7	87,0	87,2	84,8	90,4
Salumi ^o	54,4	58,2	63,0	58,2	62,2	65,1	56,5	70,6	67,8	59,3	67,6	63,5	69,7	62,0	65,3	62,1	54,9	56,2	64,6	57,8	61,2	70,4
Snack ^o	23,4	19,3	22,1	25,5	24,5	19,3	21,0	31,8	31,8	28,4	18,9	25,4	21,9	25,6	30,9	17,9	21,9	16,7	30,9	24,8	28,1	29,5
Pesce ^o	55,4	50,3	50,0	61,1	53,6	64,0	52,9	59,5	56,9	51,9	64,4	63,9	54,2	59,4	63,6	35,8	65,2	56,7	70,6	60,8	63,3	66,1
Legumi in scatola ^o	38,2	41,2	37,1	56,8	39,8	56,7	33,8	61,9	36,1	35,0	41,7	39,3	40,7	46,2	68,1	25,1	44,4	46,5	73,4	47,8	56,3	71,5
Uova ^o	54,0	45,6	52,6	60,9	54,5	60,6	58,6	65,6	51,0	51,5	55,1	63,6	51,1	56,8	62,8	52,3	61,2	54,1	63,7	59,1	57,2	69,1

^aPer 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

*Almeno una volta al giorno.

^oAlmeno qualche volta alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 3 - Coefficiente di correlazione tra l'indicatore obiettivo (5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta) e gli indicatori di stile alimentare - Anni 2005-2011

Indicatori stile alimentare	2005	2006	2007	5+VOF* 2008	2009	2010	2011
Pranzo in casa	-0,6	-0,8	-0,5	-0,5	-0,6	-0,7	-0,4
Pranzo in mensa	0,6	0,8	0,5	0,5	0,7	0,7	0,4
Pranzo al ristorante/trattoria	0,4	0,6	0,4	0,5	0,7	0,5	0,4
Pranzo al bar	0,4	0,7	0,1	0,3	0,2	0,4	0,0
Pranzo sul posto di lavoro	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,5	0,1
Pasto principale pranzo	-0,5	-0,6	-0,1	-0,3	-0,2	-0,6	-0,1
Pasto principale cena	0,5	0,6	0,1	0,4	0,2	0,5	0,1

*Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5+VOF continua ad essere limitata, pertanto risulta fondamentale il proseguimento di programmi, come "Frutta nelle scuole", promosso dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali in linea con il corrispondente programma europeo.

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva, alimento caratteristico della dieta mediterranea e la riduzione nell'apporto di sale.

Aspetto non secondario è il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica, che rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori e gli operatori della ristorazione.

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. In questo quadro, l'Istat, nel 2012, ha sottolineato l'importanza d'investigare sul pranzo fuori casa che, seppure stia perdendo un po' della sua importanza, rappresenta un atto quotidiano e 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.

Tuttavia, i risultati che vedono nel 2011 una riduzione dell'associazione tra consumo di 5+VOF ed il consumo fuori casa, sembrano indicare la necessità di approfondire lo studio di questi aspetti per verificare

se e come i cambiamenti nello stile alimentare incidano nei profili di consumo a livello territoriale ed, eventualmente, quali interventi di politica nei riguardi del tema alimentazione e salute debbano essere messi allo studio.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile sul sito: <http://nutrition.med.uoc.gr/eurodiet/index.html>.
- (2) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Istat. Roma, 2011. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/36071>
- (3) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". "Aspetti della vita quotidiana". Istat. Roma, 2012. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/66990>
- (4) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003. Disponibile sul sito: www.fruttanellescienze.gov.it/.
- (5) Disponibile sul sito: ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (6) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (7) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (8) European Commission (2008). Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile sul sito: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf.
- (9) 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_Action_plan_2008-2013.pdf.
- (10) 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. 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 di 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. Molti governi stanno adottando nuovi approcci di prevenzione ed interventi sulla popolazione in quanto negli ultimi 30 anni l'obesità è più che raddoppiata ed attualmente, a livello globale, ci sono più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso, di questi oltre 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne sono obesi (1).

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 (m²). 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 ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (4).

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 nel marzo 2011 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 48.000 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 2011, più di un terzo della popolazione adulta (35,8%) è in sovrappeso, mentre 1 persona su 10 è obesa (10,0%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Basilicata

In molti Paesi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la prevalenza di obesità è addirittura triplicata dagli anni Ottanta e continua a crescere, diventando responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2).

In Italia, dallo studio Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia è emerso che, nel 2011, più di 4 adulti su 10 (42%) risultano essere in eccesso ponderale (3). La rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di 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.

13,1% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Campania 40,1% e Puglia 40,4%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: PA Trento 6,4%; sovrappeso: Veneto 31,4%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macro-regioni (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) si osserva che dal 2001 nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (2,4 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale, mentre nel Nord-Est è cresciuta notevolmente la prevalenza di persone obese.

Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone in sovrappeso ed obese è rimasta pressoché stabile negli ultimi anni. A livello nazionale, i dati del 2011 risultano sovrapponibili rispetto a quelli del 2010, ma confermano il trend in aumento degli ultimi 10 anni (Grafico 1).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,7% della fascia di età 18-24 anni ad oltre il 45,0% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,5% al 15,5% per le stesse fasce di età. Nelle età più avanzate il valore diminuisce lievemente (sovrappeso: 42,3% ed obesità: 13,0% nelle persone di 75 anni ed oltre) (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra gli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 45,5% degli uomini rispetto al 26,8% delle donne ed obese il 10,7% degli uomini ed il 9,4% delle donne. La fascia

di età in cui si registrano le maggiori percentuali negli uomini è quella dei 55-64 anni (sovrappeso: 55,0%; obeso: 15,5%), mentre nelle donne è 65-74 anni (sovrappeso: 40,3%; obeso: 15,9%), probabilmente

questa differenza nelle donne è dovuta all'influenza di fattori ormonali ed alla maggiore sedentarietà (Tabella 2).

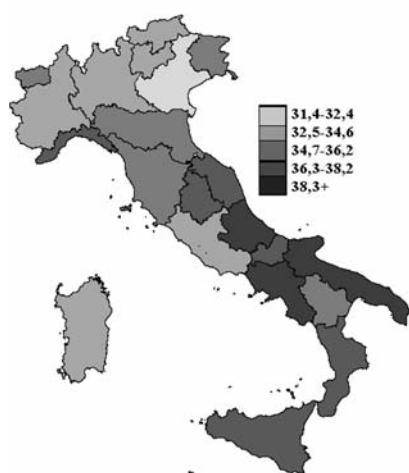
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2011

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,5	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,6	8,7
Lombardia	34,4	8,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	32,9	8,9
<i>Trento</i>	33,4	6,4
Veneto	31,4	8,4
Friuli Venezia Giulia	34,7	9,9
Liguria	37,9	11,8
Emilia-Romagna	36,2	12,0
Toscana	35,2	8,7
Umbria	38,2	11,2
Marche	38,1	9,6
Lazio	34,0	9,2
Abruzzo	39,2	8,7
Molise	37,1	13,5
Campania	40,1	10,9
Puglia	40,4	12,6
Basilicata	36,1	13,1
Calabria	37,1	11,4
Sicilia	37,8	9,8
Sardegna	32,9	10,2
Italia	35,8	10,0

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2011



Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2011

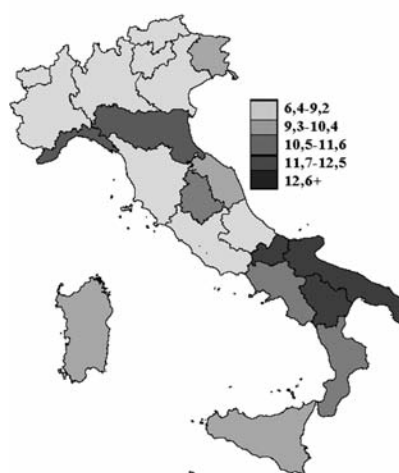


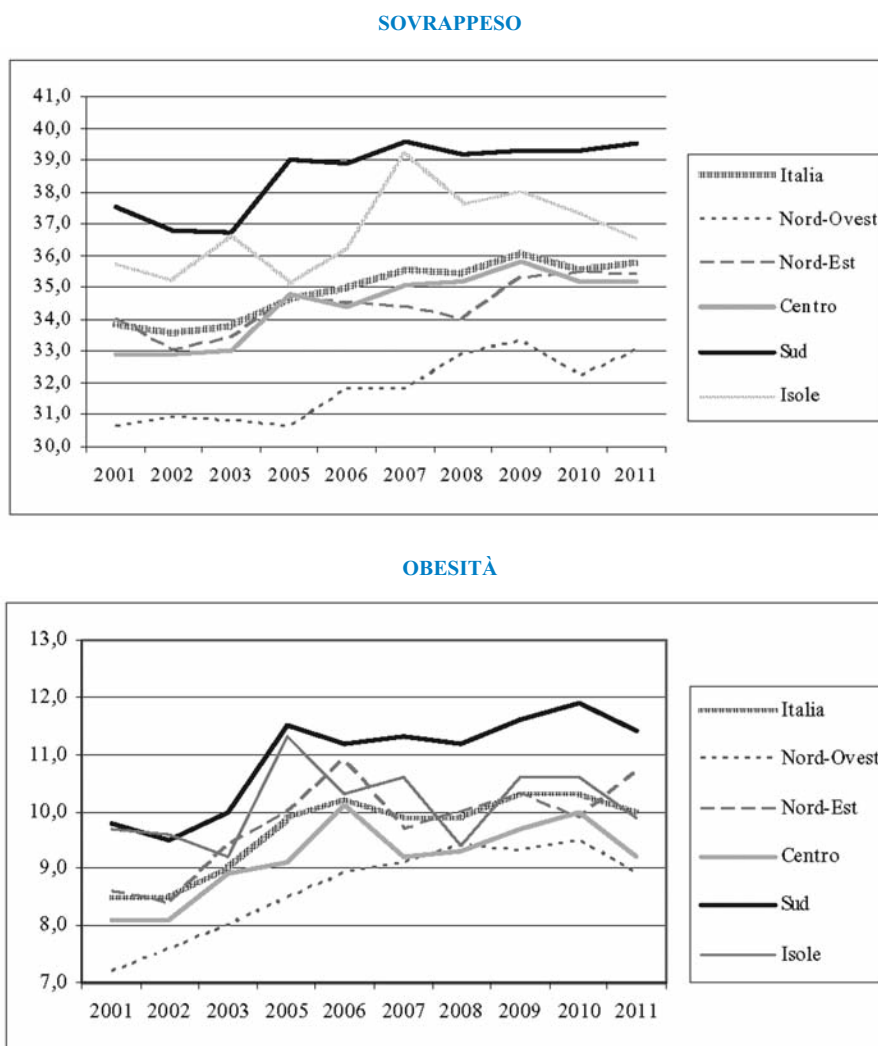
Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per classe di età e genere - Anno 2011

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	22,1	8,8	15,7	3,2	1,7	2,5
25-34	35,9	14,3	25,1	5,6	3,2	4,4
35-44	45,0	19,8	32,5	8,8	5,6	7,2
45-54	50,1	26,5	38,1	13,7	9,8	11,7
55-64	55,0	35,8	45,2	15,5	13,9	14,7
65-74	54,1	40,3	46,7	14,9	15,9	15,5
75 ed oltre	50,1	37,4	42,3	11,4	13,9	13,0
Totale	45,5	26,8	35,8	10,7	9,4	10,0

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2011



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

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 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 (45,8%) 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, recentemente, ad un incremento 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 della popolazione, la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità passa attraverso la promozione d'iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione, rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario. La collaborazione inter-istituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per migliorare sia l'offerta dei servizi di assistenza che gli interventi terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare. L'esempio più concreto è il programma nazionale "Guadagnare Salute" che si pone come obiettivo quello di promuovere campagne informative ed educative affinché le persone possano fare le scelte migliori per la propria salute e mira ad agire in modo integrato e coordinato per contrastare i principali fattori di rischio modificabili, in particolare con iniziative dedicate all'educazione alimentare.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, May 2012.
- (2) WHO European Region Obesity, 2012.
- (3) Sistema di sorveglianza Passi, 2011.
- (4) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.

Attività fisica

Significato. Svolgere una regolare attività fisica di moderata intensità, ossia circa 30 minuti di movimento (cammino, nuoto, bicicletta etc.) al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici sulla salute generale della persona. Negli ultimi anni, infatti, numerosi studi hanno dimostrato che, rispetto alle persone sedentarie, quelle fisicamente attive, oltre ad avere una migliore forma muscolare e livelli più alti di funzionalità cardiorespiratoria, presentano un minor rischio di sviluppare condizioni disabilitanti e malattie croniche. L'attività fisica risulta essere un fattore protettivo nei confronti di diverse patologie quali ipertensione, ictus cerebrale, malattia coronarica, diabete di tipo 2, sindrome metabolica e, non ultimi, cancro del colon, con evidenza scientifica di riduzione del rischio del 30-40% rispetto alle persone sedentarie, e del polmone (fino al 20% in meno nelle persone fisi-

camente attive) (1). Inoltre, nelle donne, l'attività fisica esercita i suoi effetti protettivi riducendo i livelli ormonali, abbassando i livelli d'insulina e coadiuvando il mantenimento di un Indice di Massa Corporea normale, evitando l'accumulo di grasso. Per questa influenza sui livelli e sul metabolismo degli ormoni, l'attività fisica delle donne si associa a riduzione del rischio di cancro del seno e dell'endometrio (2). Altra categoria che può giovare dell'attività fisica sono gli anziani per i quali, oltre ai benefici sopra riportati, l'essere fisicamente attivi comporta migliori funzioni cognitive e minor rischio di cadute.

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

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore	Personi 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, "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2011 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 48.000 individui. La rilevazione dell'attività fisica si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

In Italia, nel 2011 (Tabella 1), il 21,9% della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando alcuna attività sportiva dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta etc.), sono il 27,7%. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, è pari al 39,8%. L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni. Infatti, dall'analisi dei dati, emerge un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di una qualsiasi attività fisica nella PA di Bolzano

(37,9%) ed in Valle d'Aosta (29,3%) e livelli più bassi in Campania (13,1%) e Puglia (13,6%).

L'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Sicilia (57,0%) ed in Puglia (57,2%) dove oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile (Tabella 2): il numero maggiore di sportivi che pratica attività fisica con continuità si riscontra nella fascia di età 6-14 anni ed, in particolare, tra i ragazzi di 11-14 anni (59,3%). L'attività sportiva saltuaria registra, invece, le percentuali più alte tra i soggetti di 20-24 anni (16,4%).

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 continuo fino ai 74 anni (37,2%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, dove aumenta la percentuale di sedentari, pari al 70,9% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze. I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità ed il 12,6% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 18,0% e del 7,9%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,4% vs 35,0%).

Rispetto al 2010, in entrambi i generi, si riscontra un aumento per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 38,3% a 39,8%) ed una riduzione di

coloro che praticano sport o attività fisica, passando dal 61,2% al 59,8%.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2011

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,7	12,2	31,1	31,5	0,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,3	15,4	22,8	31,7	0,8
Lombardia	26,8	12,8	29,6	30,3	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>37,9</i>	<i>18,9</i>	<i>27,9</i>	<i>15,1</i>	<i>0,3</i>
Trento	28,7	17,6	40,0	13,5	n.a.
Veneto	28,7	12,6	34,5	23,9	0,3
Friuli Venezia Giulia	25,0	11,1	35,7	27,9	0,3
Liguria	21,8	8,3	26,9	42,6	0,4
Emilia-Romagna	26,4	11,5	31,5	30,5	0,0
Toscana	23,5	8,5	31,3	36,4	0,3
Umbria	21,2	13,4	27,6	37,5	0,3
Marche	23,7	10,5	28,6	36,3	0,9
Lazio	22,1	9,8	22,5	44,9	0,7
Abruzzo	20,8	9,5	28,7	40,4	0,6
Molise	20,5	7,5	21,4	50,3	0,2
Campania	13,1	6,3	23,5	56,3	0,8
Puglia	13,6	7,1	21,5	57,2	0,6
Basilicata	16,3	5,8	29,1	48,4	0,4
Calabria	14,4	7,6	26,4	51,0	0,5
Sicilia	15,1	7,9	19,4	57,0	0,6
Sardegna	21,6	10,6	32,5	35,2	0,2
Italia	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.
n.a = non applicabile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica per regione. Anno 2011

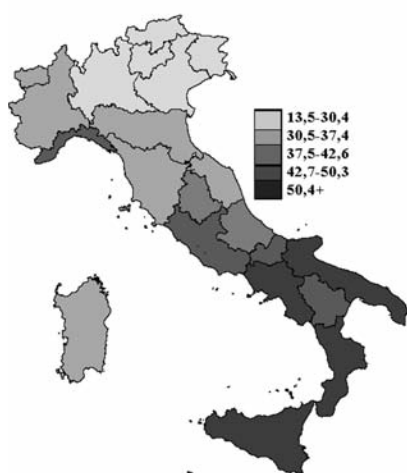


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2011

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	18,6	4,5	23,6	50,0	3,4
6-10	57,4	8,6	11,1	21,8	1,1
11-14	59,3	10,8	14,7	14,7	0,5
15-17	51,9	17,8	13,7	16,2	0,4
18-19	42,8	16,5	20,9	19,8	-
20-24	44,3	18,4	16,8	20,4	*
25-34	34,5	17,7	19,1	28,4	0,3
35-44	23,1	16,7	25,0	35,0	0,3
45-54	19,5	14,2	28,6	37,7	0,1
55-59	16,8	10,9	31,5	40,7	0,2
60-64	15,4	9,6	37,6	37,1	0,4
65-74	11,0	6,8	40,7	41,3	0,2
75 ed oltre	4,7	2,7	30,9	61,1	0,5
Totale	26,0	12,6	26,0	35,0	0,4
FEMMINE					
3-5	20,9	2,6	24	47,7	4,8
6-10	51,3	7,2	15,7	25,1	0,8
11-14	52,6	9,9	17,0	19,6	0,9
15-17	40,8	13,0	21,2	24,6	0,4
18-19	28,5	12,5	26,8	32	0,2
20-24	24,4	14,2	27,8	33	0,5
25-34	20,8	11,8	31,0	36,2	0,2
35-44	17,2	11,3	31,0	40,2	0,3
45-54	14,2	8,6	35,3	41,4	0,4
55-59	11,4	6,2	36,5	45,6	0,3
60-64	12,9	5,2	33,7	47,5	0,7
65-74	8,6	3,3	34,1	53,7	0,3
75 ed oltre	1,8	1,2	19,3	77	0,6
Totale	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
TOTALE					
3-5	19,7	3,6	23,7	48,9	4,1
6-10	54,3	7,9	13,4	23,4	0,9
11-14	56,1	10,4	15,8	17,0	0,7
15-17	46,5	15,5	17,4	20,3	0,4
18-19	35,9	14,6	23,8	25,6	0,1
20-24	34,7	16,4	22,1	26,5	0,3
25-34	27,7	14,7	25,1	32,3	0,2
35-44	20,2	14,0	28,0	37,6	0,3
45-54	16,8	11,4	32,0	39,6	0,2
55-59	14,1	8,6	34,0	43,1	0,2
60-64	14,1	7,3	35,6	42,5	0,5
65-74	9,7	4,9	37,2	48,0	0,3
75 ed oltre	2,9	1,8	23,8	70,9	0,6
Totale	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

- = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati sopra riportati non possono certo considerarsi positivi in quanto più di un terzo della popolazione si dichiara sedentaria e rispetto all'anno precedente sono diminuiti coloro che praticano sport ovvero un'attività fisica.

A livello globale, la promozione di uno stile di vita sano, nonché attivo, è diventato uno degli obiettivi prioritari di Sanità Pubblica ed è ormai inserita nella programmazione sanitaria di tutto il mondo.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza del-

L'attività fisica per la salute; il programma "Guadagnare Salute" si propone di favorire uno stile di vita attivo, con il coinvolgimento di diversi settori della società, allo scopo di "rendere facile" per il cittadino la scelta del movimento. Per essere fisicamente attivi è, infatti, sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo", ovvero cercare di abbandonare uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro e contribuire alla salvaguardia dell'ambiente, camminando o usando la bicicletta per muoversi. A questo proposito, a fine 2011, è stato pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità Europea lo "Health economic assessment tools for walking and for cycling" (3), manuale dedicato al camminare ed all'andare in bicicletta indirizzato ad un'ampia gamma di professionisti, oltre a quelli della sanità, sia a livello nazionale che locale: decisori nel settore dei trasporti, ingegneri del traffico, gruppi di interesse, economisti

della salute, esperti di attività fisica e di promozione della salute.

Recentemente è stata pubblicata una relazione del progetto nazionale di promozione dell'attività motoria finanziato dal Ministero della Salute che si pone tra gli obiettivi quello di attuare campagne informative che prevedono una serie d'iniziative efficaci per la modifica dei comportamenti sedentari e quello di aumentare il livello delle conoscenze degli operatori sanitari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Lee I, Oguma Y. Physical activity. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2006.
- (2) McTiernan A, editor. *Cancer Prevention and Management Through Exercise and Weight Control*. Boca Raton: Taylor & Francis Group, LLC, 2006.
- (3) WHO Europe. Health economic assessment tools for walking and for cycling. Download. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87482/E90948.pdf.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano lo strumento più efficace per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere, in modo duraturo ed efficace, la persona vaccinata dall'infezione o dalle sue complicanze. Si stima che nel mondo, annualmente, le vaccinazioni prevengono tra i 2-3 milioni di morti per difterite, tetano, pertosse, morbillo, parotite e rosolia (1).

Inoltre, le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura

vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica. Appare chiaro, quindi, come la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento che consente, da un lato, d'identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente prevedendone l'eventuale comparsa e, dall'altro, di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione. Nel nostro Paese tali tassi vengono rilevati annualmente e vengono calcolate le coperture vaccinali nei bambini fino al 24° mese di vita, ossia che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV), Poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) ed una dose del vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Bambini vaccinati di età <24 mesi}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente di età <24 mesi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute. I tassi al 24° mese per MPR, si riferiscono ad una dose. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 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 indica, come obiettivo, quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali di MPR, entro i 2 anni, superiori al 95%.

Descrizione dei risultati

Nell'arco temporale 2000-2011, nel nostro Paese sono aumentate le coperture relative a tutte le vaccinazioni previste in età pediatrica (Tabella 1). La copertura delle vaccinazioni previste dal calendario nazionale che si

somministrano nel primo anno di vita, sia obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) che raccomandate (pertosse e *Haemophilus influenzae* di tipo b), è mediamente superiore al 95% ed uniformemente distribuita su tutto il territorio, con un valore nazionale pari al 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Tabella 2).

Per quanto riguarda la prima dose di vaccinazione MPR, i tassi di copertura vaccinale non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (dato nazionale 90,8%) ed il dato è sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Tuttavia, nel 2011, si registra una regione, la Sardegna, che ha raggiunto una copertura vaccinale superiore al 95% (95,8%), mentre Lombardia (94,6%) ed Umbria (94,7%) si avvicinano molto all'obiettivo minimo per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Essendo morbillo e rosolia malattie infettive estremamente contagiose, il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale non permette di bloccare la circolazione dei due virus per cui periodicamente si sono registrate piccole, ma pericolose epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Tabella 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia - Anni 2000-2011

Anni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
2000	96,6	95,3	94,1	74,1	54,7
2001	95,8	95,9	94,5	76,9	70,2
2002	95,9	96,8	95,4	80,8	83,4
2003	96,6	96,6	95,4	83,9	90,4
2004	96,8	96,6	96,3	85,7	93,8
2005	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7
2006	96,5	96,6	96,3	88,3	95,5
2007	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0
2008	96,3	96,7	96,1	90,1	95,7
2009	96,1	96,2	96,1	90,0	95,6
2010	96,3	96,4	95,8	90,6	94,6
2011	96,4	96,6	96,3	90,8	95,9

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia e regione - Anno 2011

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	95,9	96,0	95,9	92,2	95,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	95,6	95,3	94,8	86,4	94,9
Lombardia	97,0	97,1	96,2	94,6	95,9
Bolzano-Bozen	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Trento	95,9	95,8	95,5	89,1	95,1
Veneto	95,3	95,3	95,1	92,5	94,7
Friuli Venezia Giulia	96,0	96,7	95,4	91,6	95,0
Liguria	96,7	96,7	96,7	85,7	96,3
Emilia-Romagna	96,5	96,6	96,3	92,9	95,4
Toscana	96,2	98,6	95,9	92,2	95,2
Umbria	97,8	97,8	97,4	94,7	97,5
Marche	97,2	97,1	97,1	92,4	97,1
Lazio	96,6	96,5	99,9	90,0	96,8
Abruzzo	99,1	99,1	99,1	91,9	99,1
Molise	99,0	99,0	99,0	89,7	99,0
Campania	91,9	91,9	90,2	86,5	88,1
Puglia	96,9	96,9	96,9	92,7	97,2
Basilicata	98,6	98,6	98,6	92,4	98,6
Calabria	95,4	95,4	95,4	82,5	95,4
Sicilia	94,8	94,8	94,8	90,1	94,8
Sardegna	96,1	96,0	96,0	95,8	96,0
Italia	96,4	96,6	96,3	90,8	95,9

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati: Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione. Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Durante la Settimana Europea della vaccinazione del 2012, iniziativa organizzata dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, si sono sottolineati alcuni punti chiave sul tema delle vaccinazioni: ruolo cruciale degli operatori sanitari nei programmi d'immunizzazione e per il loro successo; prioritaria importanza nel monitorare i focolai di morbillo in atto nei Paesi europei e prevenire ulteriori casi all'interno dell'Europa; decimo anniversario della certificazione di *status polio-free* della regione europea.

In Italia, a febbraio 2012, è stato approvato il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 che, oltre a mantenere l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie, prevede l'inserimento a

livello nazionale dei vaccini anti-meningococco e anti-pneumococco, mentre viene posticipata al 2015 l'introduzione universale della vaccinazione anti-varicella (2).

Tra gli obiettivi indicati è presente anche il raggiungimento ed il mantenimento dei valori soglia delle coperture vaccinali ed il proseguimento della sorveglianza epidemiologica attiva da realizzare mediante le anagrafi vaccinali che dovranno obbligatoriamente essere soggette ad un processo d'informatizzazione. In considerazione del fatto che la situazione delle coperture vaccinali non è completamente soddisfacente, appena 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro morbillo, rosolia e parotite, e che il mancato rispetto di obiettivi vaccinali da

parte anche di una sola regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, è stato stabilito che le regioni inadempienti, anche per un solo obiettivo vaccinale specifico, dovranno presentare un apposito piano contenente la descrizione degli interventi che si intendono adottare per rispettare il *target* prestabilito.

Questo permetterà di garantire alte coperture vaccina-

li e, soprattutto per quanto concerne la vaccinazione MPR, di rientrare nel piano di eliminazione del morbillo, obiettivo che si è posta la Regione Europea dell'OMS per il 2015.

Riferimenti bibliografici

(1) WHO - World Immunization Week 2012.

(2) Ministero della Salute - Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali e la vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze. Questa viene offerta in via preferenziale e gratuita ai gruppi di popolazione maggiormente a rischio ed, in ambito europeo, esiste una sostanziale concordanza sul fatto che i principali destinatari del vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere le persone di età ≥ 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso d'influenza.

Ogni anno, il Ministero della Salute, attraverso la Circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza", indica gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale quali la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte nonché la diminuzione dei costi sociali connessi con morbosità e mor-

talità (1). Per centrare tali obiettivi, è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione *target* della vaccinazione. Nello specifico, oltre alle categorie a rischio sopracitate, vi sono: le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; gli individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti; i medici ed il personale sanitario di assistenza; i familiari di soggetti ad alto rischio; gli addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed il personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali non umani (1).

A partire dalla stagione influenzale 2010-2011, è stato predisposto un sistema informatizzato di registrazione della vaccinazione antinfluenzale, che ha permesso di ottenere per tutte le regioni i dati di copertura, per fascia di età, categoria *target* e tipo di vaccino somministrato.

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, tuttavia, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dalla Circolare Ministeriale (1), per tutti i gruppi *target*, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

Come illustrato in Tabella 1, nell'ultima stagione 2010-2011, il 17,9% della popolazione ha ricevuto il vaccino antinfluenzale e non si registrano particolari differenze a livello regionale. Tuttavia, in quasi tutte le regioni si osserva una notevole diminuzione delle coperture rispetto all'anno precedente (Rapporto Osservasalute 2010). Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di coperture vaccinali, a livello nazionale, non superano il 4,5% nelle diverse classi di età. Si registra, invece, un valore

più alto per la fascia di età 45-64 anni pari al 12,2%, mentre negli ultra 65enni appena 6 anziani su 10 ricevono la vaccinazione antinfluenzale.

Inoltre, negli ultra 65enni la copertura vaccinale risulta diminuita di circa 3 punti percentuali rispetto alla stagione 2009-2010. Molto probabilmente, l'allarme per l'epidemia da virus influenzale pandemico A/H1N1 nella stagione passata ha creato una sorta di sfiducia nella prevenzione antinfluenzale creando questo effetto "boomerang". Diversamente, invece, nella stagione 2005-2006 si è registrato un picco, pari al 68,3%, ascrivibile al condizionamento psicologico sul rischio di pandemia d'influenza aviaria (Tabella 2).

Solo l'Umbria ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura negli anziani, mentre nella maggior parte delle regioni si è registrata una netta diminuzione rispetto alla stagione precedente, in particolare in Lombardia (dal 63,1% al 54,2%), Emilia-Romagna (dal 73,8% al 63,4%) e Basilicata (dal 72,6% al 63,6%). Solo in Friuli Venezia Giulia ed in Campania si evidenzia un aumento del tasso di vaccinati, dal 49,7% al 62,4% e dal 63,4% al 68,8%, rispettivamente (Tabella 2).

Tabella 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età e regione - Stagione 2010-2011

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,7	1,1	1,4	1,3	1,7	1,9	8,9	57,3	16,4
Valle d'Aosta	0,2	1,7	1,9	1,3	0,8	1,8	9,1	55,6	15,0
Lombardia	1,2	0,8	1,2	1,9	0,8	0,9	4,4	54,2	12,6
Bolzano-Bozen	2,1	1,4	1,5	1,1	0,9	1,6	6,7	44,5	10,5
Trento	0,9	2,2	2,2	1,7	1,4	2,1	8,4	61,8	15,2
Veneto	1,5	3,0	3,1	2,8	2,3	3,2	11,7	67,8	18,2
Friuli Venezia Giulia	0,2	0,2	0,1	1,4	1,3	2,6	11,2	62,4	18,7
Liguria	2,8	4,8	4,1	3,5	3,7	5,0	16,1	58,0	22,1
Emilia-Romagna	1,1	2,3	3,1	2,8	2,3	3,4	12,7	63,4	19,2
Toscana	8,1	13,9	10,9	5,6	3,5	3,7	14,6	68,8	22,5
Umbria	0,2	0,6	0,8	1,0	0,9	2,1	10,8	75,2	21,1
Marche	1,4	3,3	3,5	2,4	2,5	3,0	10,7	63,9	18,7
Lazio	0,9	3,0	3,4	3,1	2,6	4,3	15,7	64,1	18,9
Abruzzo	2,2	2,9	3,6	2,3	1,3	1,4	9,7	60,9	16,5
Molise	4,8	8,5	7,7	4,6	4,5	5,2	20,3	65,6	22,6
Campania	4,0	6,0	6,6	4,4	4,9	3,7	16,0	68,8	17,5
Puglia	11,5	16,0	11,3	12,8	10,1	5,7	19,4	71,7	22,5
Basilicata	2,9	2,7	3,4	2,1	3,2	4,8	16,7	63,6	19,4
Calabria	6,9	10,1	10,3	9,6	5,0	10,0	19,5	55,8	20,8
Sicilia	0,6	2,1	2,5	1,8	4,5	4,9	14,5	61,3	17,2
Sardegna	9,0	8,2	5,1	3,7	7,6	8,9	6,7	59,6	17,5
Italia	2,9	4,5	4,3	3,8	3,5	3,6	12,2	62,4	17,9

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della salute - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da regioni e PA. Anno 2012.

Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone della classe di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2010-2011

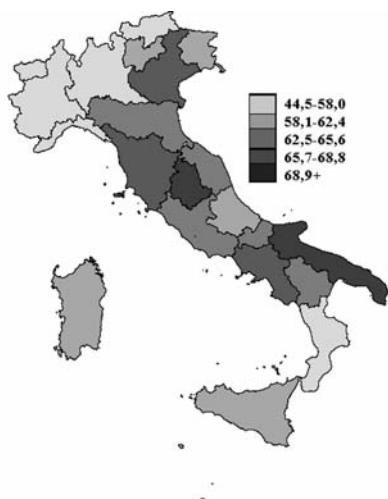


Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale della classe di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 1999-2000/2010-2011

Regioni	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3
Valle d'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2
Bolzano-Bozen	n.p.	43,3	38,8	46,8	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7	44,5
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0	61,8
Veneto	47,3	60,7	63,5	n.p.	70,9	n.p.	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8
Friuli Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1	n.p.	64,4	68,1	49,7	62,4
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6
Campania	38,1	62,3	n.p.	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6
Calabria	23,6	29,7	n.p.	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.p.	61,0	64,1	61,3
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6	62,4

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della salute - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da regioni e PA. Anno 2012.

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 d'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. Purtroppo, in Italia, così come in altri Paesi europei, l'obiettivo *target* di copertura vaccinale previsto non è ancora stato raggiunto ed anche i valori ottenuti in alcune categorie a rischio sono ancora sub-ottimali. Occorre sensibilizzare sia la popolazione generale che il personale medico e sanitario sulle finalità della vaccinazione che non deve essere intesa solo come uno strumento di protezione

individuale, ma anche come protezione della collettività: la vaccinazione, infatti, riducendo il numero dei malati e lo *shedding* virale da parte dei soggetti infetti, riduce la diffusione e limita la circolazione interumana dei virus. Inoltre, con una buona copertura vaccinale contro l'influenza è possibile anche ridurre da un lato l'assenteismo dal lavoro e dall'altro i rischi connessi con l'attività lavorativa, ossia la riduzione dell'impatto della malattia nei soggetti (e nelle rispettive famiglie) che per attività lavorativa sono a maggiore contatto con il pubblico.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute-Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria-Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2011-2012.

Fumo di tabacco

Significato. Il fumo di tabacco è uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo e causa di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, nonché diverse forme di cancro. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno, sono 6 milioni le persone che muoiono per malattie correlate al fumo. Se le tendenze attuali si confermeranno, per il 2030 oltre 8 milioni di persone moriranno, di cui l'80% nei Paesi economicamente avanzati (1). Il fumo è implicato in uno ogni dieci decessi in età adulta e manifesta i suoi danni nel lungo periodo, data la latenza tra l'inizio dell'abitudine e l'insorgenza della malattia. Per i fumatori si stima, infatti, una riduzione dell'aspettativa di vita di circa 10 anni, ma anche il fumo passivo è un importante fattore nelle statistiche delle patologie fumo-correlate: oltre 600 mila persone muoiono ogni anno a causa del fumo passivo.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre}} \times 100$$

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 nel marzo 2012 su un campione di oltre 19.330 famiglie, per un totale di circa 46.600 individui. I dati sono stati ottenuti mediante l'auto compilazione di questionari, pertanto la rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2012, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 21,9% (Grafico 1). Il dato è di poco inferiore rispetto all'anno precedente, ma si colloca in un trend caratterizzato da una lenta ma costante diminuzione della percentuale di persone che fumano dal 2001 al 2012. Per contro, non si è registrato un aumento di persone che hanno smesso di fumare andando ad interrompere la linea in crescita degli ultimi anni.

Non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo: sono 6 le regioni che riportano percentuali di fumatori superiori al valore nazionale (Lombardia, Toscana, Lazio, Abruzzo, Campania e

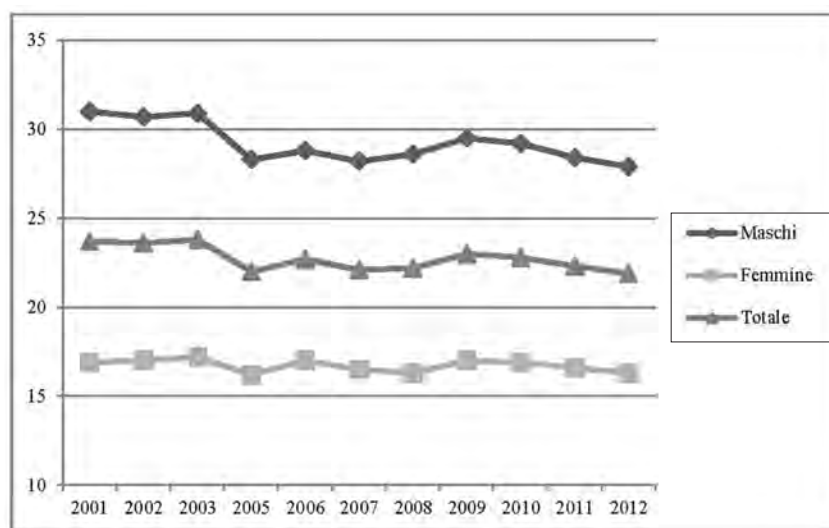
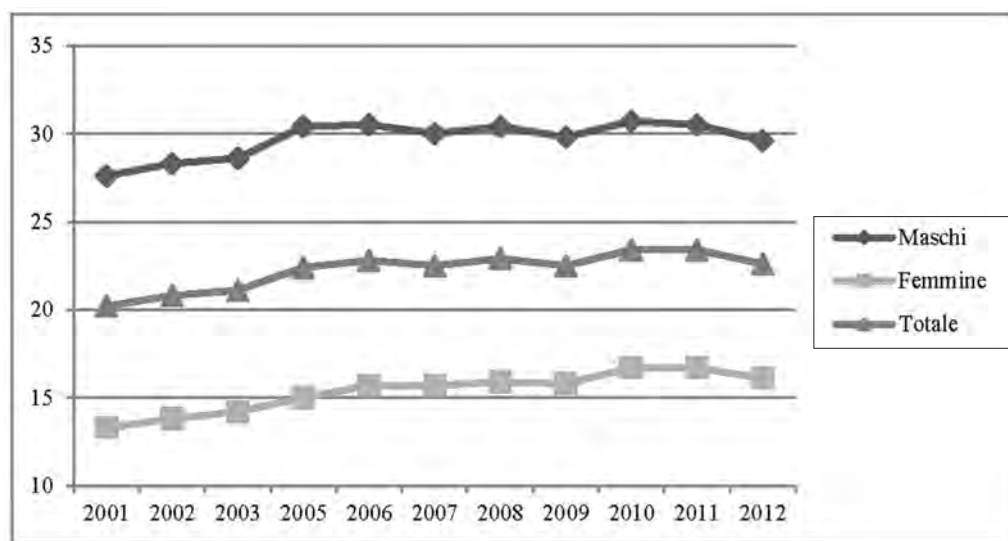
In Europa, nel 2012, si è registrata complessivamente una diminuzione del consumo di sigarette del 5,7%: Germania ed Italia sono i mercati di maggior consumo con, rispettivamente, 103 e 86 miliardi di sigarette (2). In Italia, si stima che, nel 2013, i fumatori saranno circa 10,8 milioni di persone, mantenendo il trend decrescente degli ultimi anni ed anche il numero medio di sigarette fumate al giorno è diminuito notevolmente negli ultimi 10 anni, passando da valori medi di 16,1 del 2003 a 12,7 del 2013 (3). Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, alcuni dati sono ancora preoccupanti: oltre il 70% delle persone che iniziano a fumare si concentrano nella fascia di età 15-20 anni e solo il 30% dei fumatori ha intenzione di smettere (3).

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.

Sicilia), in particolare, i valori della Sicilia (24,5%) e della Campania (24,6%) differiscono maggiormente dal resto del Paese. La prevalenza di ex-fumatori, pari a 22,6%, è piuttosto omogenea sul territorio, con tassi maggiori in Friuli Venezia Giulia (26,5%) ed Umbria (26,9%); la Campania, invece, si discosta negativamente perché neppure due persone su dieci (18,1%) sono ex-fumatori. Diversamente, i non fumatori sono maggiori al Sud, in particolare in Calabria (60,1%) ed in Puglia (60,9%) (Tabella 1).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 27,9%, mentre le donne il 16,3% (Tabella 2).

Il tabagismo è più diffuso in due differenti fasce di età: i giovani di 25-34 anni e gli adulti di 45-54 anni, dove quasi tre persone su dieci sono fumatori (rispettivamente, 28,6% e 28,7%) (Tabella 2). Considerando separatamente uomini e donne, la percentuale massima di fumatori si riscontra negli uomini di 25-34 anni (35,9%), mentre nelle donne prevale la classe di età 45-54 anni (23,4%). I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due generi; infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (66,3%) rispetto al genere maschile (41,2%), mentre gli ex-fumatori, tra gli uomini, sono quasi il doppio (29,6%) rispetto alle donne (16,1%) (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo - Anni 2001-2012**FUMATORI****EX-FUMATORI**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione - Anno 2012

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	21,4	23,7	53,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,5	25,2	56,9
Lombardia	22,5	22,8	53,9
Bolzano-Bozen	20,9	25,3	52,2
Trento	18,2	25,0	53,1
Veneto	19,8	25,5	53,6
Friuli Venezia Giulia	20,7	26,5	50,7
Liguria	21,4	25,0	52,4
Emilia-Romagna	20,8	24,4	52,9
Toscana	23,5	25,3	49,9
Umbria	20,2	26,9	51,9
Marche	20,6	24,1	53,2
Lazio	22,8	21,7	53,2
Abruzzo	23,3	20,4	54,1
Molise	21,0	19,0	59,1
Campania	24,6	18,1	56,7
Puglia	19,2	19,4	60,9
Basilicata	21,3	20,1	55,4
Calabria	19,1	19,2	60,1
Sicilia	24,5	21,2	53,0
Sardegna	19,0	25,6	54,1
Italia	21,9	22,6	54,2

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Prevalenza (per 100) di persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione. Anno 2012

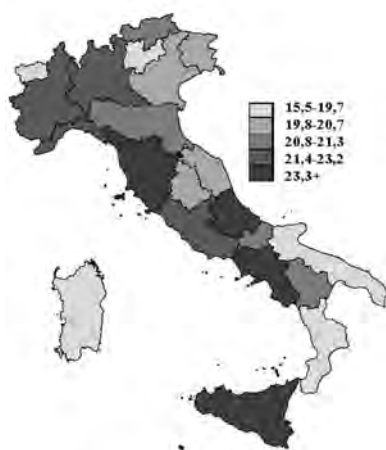


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone per abitudine al fumo per genere e classe di età - Anno 2012

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori
14-17	9,3	2,9	85,9	4,3	4,2	89,4	6,7	3,5	87,7
18-19	27,5	4,3	66,9	14,0	6,4	78,3	21,0	5,3	72,4
20-24	32,6	9,1	56,4	22,4	8,6	68,3	27,8	8,9	62,1
25-34	35,9	15,7	46,9	21,3	15,2	62,5	28,6	15,5	54,7
35-44	35,1	23,3	40,1	19,5	16,8	62,4	27,3	20,1	51,2
45-54	33,9	28,2	36,7	23,4	20,0	55,5	28,7	24,1	46,1
55-59	29,5	38,0	31,8	21,4	20,4	56,8	25,3	28,9	44,8
60-64	23,9	45,7	29,5	15,4	21,1	62,3	19,4	32,9	46,6
65-74	18,5	48,3	32,2	10,6	17,6	70,4	14,3	32,2	52,3
75 ed oltre	8,2	58,0	32,5	3,5	13,4	81,5	5,3	30,2	63,0
Totale	27,9	29,6	41,2	16,3	16,1	66,3	21,9	22,6	54,2

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'input che arriva dall'OMS in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco del 2013 è quello di eliminare la pubblicità, la promozione e la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco. È ormai provato che abolendo qualsiasi forma pubblicitaria dei prodotti del tabacco si contiene sia l'iniziazione al fumo sia il mantenimento dell'abitudine proteggendo le generazioni attuali e future non solo dalle conseguenze del fumo sulla salute, ma anche dai suoi effetti negativi sul piano sociale, ambientale ed economico. Il problema del fumo, infatti, si sta sempre più spostando da una questione individuale, da gestire come scelta più o meno consapevole del consumatore, ad un determinante di salute della popolazione, da affrontare con politiche sanitarie coordinate.

In Italia, osservando l'abitudine al fumo sul lungo periodo, è motivo di soddisfazione e di speranza constatare che, ormai da parecchi anni, continua a scendere la prevalenza dei fumatori. D'altra parte, sono fonte di preoccupazione alcune categorie di fumatori, come le donne ed i giovani, in cui il declino è meno marcato o l'andamento è, o è stato fino a pochissimi anni fa, in controtendenza. Secondo i dati riferiti dal Ministero della Salute si stima che, in Italia, siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35-65 anni di età e più di 1 milione sono gli anni di vita persi in buona salute: il fumo di tabacco rappresenta la principale causa prevenibile di mortalità. Questi dati, insieme ai dati di prevalenza sopra 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.

Da diversi anni, le regioni e le PA hanno condiviso una strategia nazionale per la lotta al tabagismo, elaborata dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute. In particolare, la prevenzione del tabagismo rappresenta una delle aree di azione del programma Guadagnare Salute che ha lo scopo di promuovere azioni efficaci contro i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta ed inattività fisica). Guadagnare Salute pone l'accento sull'importanza di un approccio trasversale ad essi e, soprattutto, sulla necessità di un'azione intersettoriale, con forte coinvolgimento delle amministrazioni centrali, attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport, al fine di migliorare la salute dei cittadini.

Anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, così come in quello 2014-2018 in corso di elaborazione, il contrasto al tabagismo rappresenta un impegno prioritario da perseguire con un approccio integrato e con impegno su tre fronti: la prevenzione dell'iniziazione, il contenimento dell'esposizione al fumo passivo ed il supporto alla cessazione. Queste indicazioni sono state recepite dai Piani Regionali di Prevenzione, sviluppando una quarantina di progetti e programmi coerenti con i bisogni di salute del territorio.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013.
- (2) KPMG. Project star report 2012, 16 Aprile 2013.
- (3) Osservatorio Fumo Alcol e Droga (OSSFAD). Indagine DOXA-ISS 2013, 31 Maggio 2013.

Consumo di alcol

Significato. Il consumo di alcol provoca ogni anno 2,5 milioni di morti ed una significativa percentuale di questi si verifica nelle fasce più giovani della popolazione (1-2). L'alcol è il terzo fattore di rischio per la salute a livello globale poiché numerosi problemi alcol-correlati possono avere impatti devastanti sulle persone e sulle loro famiglie; è responsabile di danni sociali, mentali ed emotivi, compresi la criminalità e le violenze in ambito familiare, oltre che di incidenti stradali e sul lavoro. Il consumo dannoso di alcol è uno dei quattro più comuni fattori di rischio modificabili e prevenibili per le principali malattie non trasmissibili ed esistono anche numerosi studi che evidenziano una correlazione tra il consumo di alcol e la diffusione di numerose malattie trasmissibili quali, ad esempio, la tubercolosi e l'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) (1, 2). Le attuali Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (3) considera-

no a rischio: le donne che consumano più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche-UA¹); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (3-5). Tali indicazioni, tenendo conto anche delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Società Italiana di Alcolologia, hanno portato alla creazione dei seguenti indicatori di sintesi utilizzati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che individuano come "consumatori a rischio"(3, 4) tutte le persone che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*).

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 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 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 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 19-64 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 (donne) adulte a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	x 100

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	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	x 100

Prevalenza di consumatori (donne) anziane 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	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	x 100

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

Numeratore	Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva la numerosità di bicchieri di vino e birra e di bicchierini di aperitivi alcolici, amari o super alcolici consumati giornalmente. Il totale delle UA è calcolato come somma delle singole UA delle diverse bevande. Gli indicatori proposti permettono di calcolare la frequenza e le quantità di alcol assunte dagli individui giornalmente e di evidenziare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai componenti 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. Il riferimento considerato è il valore italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-18 anni): 14,1% per gli uomini, 8,4% per le donne, 11,4% totale;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (19-64 anni): 19,8% per gli uomini, 5,3% per le donne, 12,5% totale;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65-74 anni): 45,7% per gli uomini, 11,7% per le donne, 27,4% totale;
- prevalenza di consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): 39,5% per gli uomini, 10,2% per le donne, 21,5% totale.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori, che corrispondono agli astemi ed agli astinenti degli ultimi 12 mesi, è pari, nel 2011, al

33,6% ed è aumentata rispetto all'ultimo anno di 0,9 punti percentuali (nel denominatore sono conteggiati anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito). L'aumento rispetto all'anno 2010 è statisticamente significativo sia a livello nazionale sia in Toscana ed in Abruzzo (+3,6). L'aumento dei non consumatori in Abruzzo è dovuto, in particolare, all'aumento degli astemi (cioè di coloro che non hanno mai bevuto nella loro vita); si registra, invece, un aumento significativo a livello nazionale di 1,1 punti percentuali degli astinenti degli ultimi 12 mesi, che risulta significativo nella PA di Trento (+3,3), Friuli Venezia Giulia (+2,4), Toscana (+1,8), Puglia (+2,2) e Sicilia (+2,0).

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2011, è pari al 23,9% per gli uomini, con una riduzione di 1,5 punti percentuali rispetto al 2010, ed al 6,9% per le donne. Analizzando le prevalenze registrate negli ultimi anni, si registra un trend lineare in diminuzione delle prevalenze dei consumatori uomini a rischio in Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Calabria e Puglia; in quest'ultima regione il trend in diminuzione si evidenzia anche per le donne. Rispetto alla precedente rilevazione, si registrano delle diminuzioni significative tra i consumatori a rischio di genere maschile nella PA di Trento (-5,4), in Molise (-6,5) ed in Puglia (-4,8). Valori statisticamente inferiori al dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=15,1%; F=3,3%), Campania (M=19,0%; F=4,0%), Puglia (M=17,8%; F=4,0%) e Calabria (M=19,0%; F=4,2%) e, per le sole donne, anche in Sardegna (5,0%); valori statisticamente al di sopra di quello nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Piemonte (M=29,0%; F=9,5%), Friuli Venezia Giulia (M=33,3%; F=9,7%), PA di Bolzano (M=35,0%; F=11,5%), Valle d'Aosta (M=34,3%; F=11,8%), oltre a Veneto (28,6%), Abruzzo (30,5%), PA di Trento (31,0%), Sardegna (31,3%) e Molise (37,3%) per i soli uomini e Lombardia (9,0%) per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni di età, nel 2011, è pari al 14,1% per i maschi ed all'8,4% per le femmine e si conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione registrato negli ultimi anni. A livello regionale, la diminuzione risulta statisticamente significativa, rispetto al 2007, per il genere maschile in Piemonte, Puglia e Sicilia, mentre non si registrano variazioni statisticamente significative dei giovani consumatori a rischio rispetto alla precedente rilevazione in entrambi i generi. Valori statisticamente superiori al dato nazionale si registrano per le femmine nella PA di Bolzano (20,7%), mentre valori inferiori al dato nazionale si registrano, per i maschi, in Sicilia (6,7%).

Adulti (Tabella 3). Nel 2011, nella fascia di età 19-64

anni, la prevalenza dei consumatori a rischio tra gli uomini (19,8%) è diminuita rispetto al 2010 di 1,7 punti percentuali ed è rimasta pressoché stabile (5,3%) tra le donne. Nel corso degli ultimi anni, tra gli uomini a livello regionale si è registrato un trend in aumento dei consumatori a rischio nel Lazio e un trend in diminuzione, sempre tra gli uomini, in Emilia-Romagna, Toscana, Puglia, Basilicata e Calabria; in Molise, nonostante il trend in crescita registrato negli anni 2007-2010, si è registrata nel corso dell'ultimo anno una riduzione dei consumatori a rischio di 7,9 punti percentuali. Le realtà a maggior rischio nel 2011, con valori statisticamente al di sopra del valore nazionale, risultano essere, per entrambi i generi, la PA di Bolzano (M=35,5%; F=11,1%) e il Piemonte (M=23,0%; F=8,0%), a cui si aggiungono, per i soli uomini, la Valle d'Aosta (31,7%), la PA di Trento (29,1%), il Veneto (24,5%), il Friuli Venezia Giulia (29,3%), il Molise (34,9%), la Sardegna (29,3%) e l'Abruzzo (28,3%); valori al di sotto del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=13,4%; F=2,6%), Campania (M=14,4%; F=2,7%), Calabria (M=15,3%; F=2,8%) e Puglia (M=13,7%; F=3,3%).

L'analisi delle diverse tipologie di consumo a rischio (*binge drinking* e consumo giornaliero eccedentario) (Tabella 4) mostra che la prevalenza di *binge drinker* è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni, ad eccezione di Liguria, Toscana, Campania e Puglia per entrambe i generi, e di Marche e Basilicata per gli uomini e di Umbria e Molise per le donne. La prevalenza di *binge drinker* risulta superiore al valore nazionale in Piemonte, PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia per entrambi i generi ed in Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Sardegna, Abruzzo e Molise per il genere maschile (in queste ultime 2 regioni anche la prevalenza di consumatori eccedentari giornalieri risulta superiore al valore nazionale); risulta, infine, inferiore al dato nazionale la prevalenza dei *binge drinker* in Campania e Sicilia per entrambe i generi, in Liguria, Toscana, Umbria e Marche per i soli uomini e in Puglia e Calabria per le sole donne. Rispetto alla precedente rilevazione, tra gli uomini è diminuita la prevalenza di *binge drinker* in Toscana, Molise e Puglia.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2011, è pari al 45,7% tra gli uomini, e l'11,7% tra le donne, senza differenze significative rispetto alle precedenti rilevazioni. La percentuale di anziani (65-74) anni a rischio superiore al dato nazionale si è registrata in Molise (62,0%) tra gli uomini ed in Liguria (21,2%) tra le donne; risultano, invece, inferiori al valore nazionale le prevalenze dei consumatori a rischio in Sicilia (M=31,1%; F=5,4%), indipendentemente dal genere. La prevalenza risulta, comunque, più elevata tra gli uomini che tra le donne in tutte le regioni.

Molto anziani. (Tabella 6). La prevalenza degli anziani di 75 anni ed oltre a rischio, nel 2011, è risultata pari al 39,5% per gli uomini ed al 10,2% per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Per gli uomini, un valore statisticamente superiore al dato nazionale si registra in Piemonte (52,8%),

mentre i valori più bassi si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=21,0%; F=3,6%). Nel 2011, si registrano differenze di genere statisticamente significative dei consumatori di bevande alcoliche a rischio sia a livello nazionale che regionale.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) dei non consumatori e dei consumatori per regione - Anni 2010-2011*

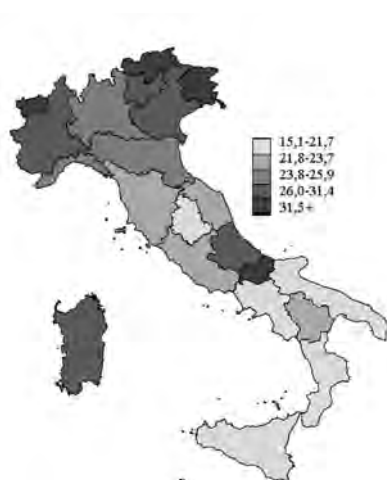
Regioni	2010				2011			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	3,6	25,9	29,4	68,8	4,4	26,8	31,2	67,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	23,1	27,7	72,0	4,7	22,1	26,7	71,1
Lombardia	4,3	24,7	29,0	69,2	5,2	25,0	30,2	68,6
Bolzano-Bozen	6,7	17,8	24,5	73,1	7,5	17,1	24,6	72,0
Trento	6,0	26,9	32,9	66,0	9,3	26,7	35,9	63,7
Veneto	5,4	23,7	29,1	68,9	6,1	24,4	30,5	69,0
Friuli Venezia Giulia	3,9	25,4	29,3	69,4	6,3	24,3	30,5	67,6
Liguria	4,0	27,7	31,7	67,0	5,3	28,6	33,8	65,7
Emilia-Romagna	5,5	26,2	31,7	67,0	5,3	24,6	29,8	68,7
Toscana	4,8	25,0	29,8	69,0	6,6	26,8	33,4	64,6
Umbria	4,2	29,6	33,9	64,8	4,8	29,1	33,9	64,9
Marche	4,8	28,1	32,9	64,8	6,9	26,9	33,8	64,5
Lazio	4,8	26,8	31,5	65,9	5,8	26,0	31,8	66,9
Abruzzo	5,5	26,2	31,7	66,5	5,8	29,5	35,3	63,5
Molise	4,1	30,8	34,9	64,1	5,2	32,9	38,1	61,1
Campania	4,9	36,0	40,9	58,3	5,2	33,5	38,6	60,4
Puglia	2,8	32,2	35,0	64,1	5,0	32,8	37,8	61,7
Basilicata	3,0	32,6	35,7	61,9	3,1	34,0	37,1	60,1
Calabria	3,8	31,4	35,2	63,2	4,5	30,7	35,2	63,6
Sicilia	4,3	34,5	38,9	59,1	6,3	34,5	40,8	56,3
Sardegna	5,9	28,5	34,4	62,8	7,5	28,9	36,4	62,5
Italia	4,5	28,1	32,7	65,7	5,6	28,0	33,6	65,0

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

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2011, 2012.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2011



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2011

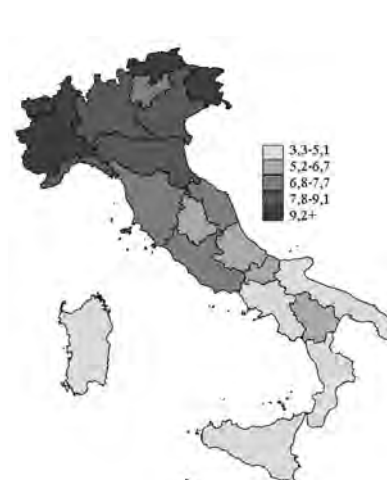


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 11-18 anni per genere e regione - Anno 2011

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

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2012.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 19-64 anni per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	23,0	8,0	15,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,7	8,2	20,0
Lombardia	21,8	6,4	14,2
Bolzano-Bozen	35,5	11,1	23,4
Trento	29,1	6,0	17,6
Veneto	24,5	5,6	15,1
Friuli Venezia Giulia	29,3	7,0	18,2
Liguria	17,1	4,7	10,8
Emilia-Romagna	18,5	6,6	12,5
Toscana	17,6	6,0	11,7
Umbria	16,5	4,3	10,3
Marche	18,0	5,9	11,9
Lazio	20,9	6,8	13,7
Abruzzo	28,3	5,6	16,9
Molise	34,9	5,1	20,1
Campania	14,4	2,7	8,5
Puglia	13,7	3,3	8,4
Basilicata	18,2	4,1	11,2
Calabria	15,3	2,8	9,0
Sicilia	13,4	2,6	7,8
Sardegna	29,3	4,6	16,9
Italia	19,8	5,3	12,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2012.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 19-64 anni per genere, tipologia di comportamento a rischio e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	7,4	18,6	2,7	6,0	5,0	12,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	9,7	27,5	1,8	6,4	5,8	17,0
Lombardia	7,0	16,9	1,6	5,1	4,3	11,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	5,7	33,1	1,2	10,1	3,5	21,7
<i>Trento</i>	6,5	25,5	1,4	4,6	4,0	15,1
Veneto	7,1	20,1	1,8	4,1	4,5	12,2
Friuli Venezia Giulia	7,3	26,3	0,6	6,4	4,0	16,4
Liguria	8,4	10,6	2,0	3,5	5,1	7,0
Emilia-Romagna	6,9	12,6	2,2	4,9	4,6	8,8
Toscana	9,1	9,9	2,2	4,2	5,6	7,0
Umbria	6,5	11,7	1,4	3,0	3,9	7,2
Marche	9,0	10,6	1,7	4,7	5,3	7,6
Lazio	6,9	16,5	1,7	5,3	4,3	10,8
Abruzzo	10,7	23,4	1,3	4,5	5,9	13,9
Molise	13,5	27,7	1,5	3,8	7,5	15,9
Campania	7,7	9,7	1,0	1,8	4,3	5,7
Puglia	7,1	8,6	1,2	2,1	4,1	5,3
Basilicata	9,8	13,3	1,1	3,9	5,4	8,6
Calabria	5,6	12,1	0,5	2,4	3,0	7,2
Sicilia	4,3	10,2	0,3	2,4	2,3	6,2
Sardegna	8,3	26,4	0,7	4,1	4,5	15,2
Italia	7,2	15,0	1,5	4,1	4,3	9,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2012.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 65-74 anni per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	52,2	12,2	31,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	53,5	21,6	35,0
Lombardia	46,0	14,8	29,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	37,7	11,5	24,0
<i>Trento</i>	48,4	11,9	28,6
Veneto	51,4	11,6	29,7
Friuli Venezia Giulia	48,8	14,1	29,1
Liguria	51,2	21,2	35,8
Emilia-Romagna	50,0	11,4	30,2
Toscana	46,3	13,5	28,7
Umbria	40,4	14,2	26,9
Marche	41,4	14,5	27,4
Lazio	39,3	12,4	24,5
Abruzzo	49,8	5,5	26,2
Molise	62,0	11,8	36,2
Campania	48,4	9,1	27,5
Puglia	40,0	6,4	21,9
Basilicata	40,0	15,4	25,9
Calabria	44,9	11,1	27,3
Sicilia	31,1	5,4	16,7
Sardegna	50,5	8,6	27,8
Italia	45,7	11,7	27,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2012.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della popolazione di età 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	52,8	14,4	29,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,3	19,3	28,9
Lombardia	46,3	13,7	25,6
Bolzano-Bozen	41,3	6,0	19,4
Trento	55,8	10,6	27,0
Veneto	42,6	17,2	27,0
Friuli Venezia Giulia	51,3	15,6	29,8
Liguria	43,3	11,9	22,9
Emilia-Romagna	39,6	14,8	23,9
Toscana	40,6	7,2	20,1
Umbria	39,1	8,4	20,1
Marche	31,6	10,8	18,7
Lazio	33,5	8,4	18,3
Abruzzo	45,2	8,0	22,8
Molise	44,6	8,8	22,1
Campania	41,9	7,9	20,7
Puglia	35,5	5,1	17,3
Basilicata	39,3	9,6	22,8
Calabria	29,2	*	13,1
Sicilia	21,0	3,6	10,9
Sardegna	33,7	*	14,8
Italia	39,5	10,2	21,5

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi complessiva dei dati evidenzia la sostanziale presenza di un fenomeno che, nonostante gli interventi di prevenzione, di comunicazione e di sensibilizzazione, non mostra nel corso degli anni il raggiungimento di quegli obiettivi di sostanziale diminuzione del rischio alcol correlato che sarebbero auspicabili. Sono ancora troppi i consumatori a rischio, in particolare gli individui adulti che bevono secondo modalità quale il *binge drinking*, che non possono essere associati a culture trasgressive o "modaiole" dei più giovani. Milioni di individui consapevoli, in età produttiva, costituiscono lo "zoccolo duro" dei consumatori a rischio che non si sono mostrati sensibili alle sollecitazioni della prevenzione, dell'informazione, e delle stesse nuove indicazioni che pongono l'alcol come uno dei principali fattori di rischio, di malattia, di disabilità evitabili a fronte dell'adozione di più sani e salutari modelli e stili di consumo. L'alcol resta ancora tra le prime dieci priorità d'intervento in Italia (7). I giovanissimi e gli anziani, insieme alle donne, sono sicuramente le fasce di popolazione fisiologicamente più vulnerabili, in quanto più esposti a problematiche e condizioni patologiche alcol-correlate; non è, quindi, possibile proporre iniziative di prevenzione globale in grado di intervenire sui fattori di rischio alcol correlato presenti nei differenti contesti in cui individui così diversi agiscono. I comportamenti dei diversi *target* di popolazione hanno, infatti, come unico deno-

minatore le pressioni sociali al bere che sono legate a forme e modalità di *marketing* e di pubblicità troppo spesso ingannevoli e pervasive.

Gli organismi di tutela della salute sollecitano, in particolare per i giovani, l'attivazione delle due principali ambienti educativi, la scuola e la famiglia, ma hanno poche possibilità di conseguire risultati tangibili se non si realizzano iniziative mirate al maggiore coinvolgimento dei parenti e degli adulti competenti per una prevenzione in grado di contrastare un comportamento a maggior rischio e di proporre alternative al valore d'uso dell'alcol. Otto milioni di consumatori a rischio rappresentano il bacino di riferimento per il potenziale sviluppo di alcolodipendenti; il dato non è trascurabile. Alla luce del concetto che il rischio alcol correlato è un *continuum*, in cui appare impossibile verificare le continue modifiche delle abitudini di consumo o lo spostamento della persona da una categoria di medio rischio a quella di alto rischio e di alcol dipendenza, appare indispensabile riconsiderare e valorizzare l'approccio di identificazione precoce del rischio e del conseguente *case management*. Ciò per consentire a ben più degli attuali 58.000 alcolodipendenti in carico ai servizi di essere prima di tutto intercettati da una rete di competenze ad oggi mal definita e di accedere, quindi, in maniera più congrua alle cure e prestazioni specifiche che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può erogare. L'intercettazione precoce e lo screening dei consumatori a rischio che non

hanno ancora sviluppato una dipendenza da alcol è fondamentale; un ampliamento della prevenzione, intesa in tal senso, può favorire la riduzione del bere e progressivamente l'astensione, contribuendo a ridurre sia le patologie e problematiche alcol-correlate sia il loro impatto sulla società e sul SSN in modo da abbattere i 22 miliardi di euro annuali che l'alcol comporta in termini di costi in Italia. Le attività di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol, con particolare riguardo all'Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) (8), rappresentano aree strategiche presenti in tutti i documenti programmatici sanitari come il Piano Nazionale Alcol e Salute, il Piano Nazionale Prevenzione ed il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ciò nonostante, l'IPIB è un intervento offerto sporadicamente e molti consumatori a rischio non hanno consapevolezza di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale si può uscire.

Gli 8 milioni di italiani che hanno problemi con l'alcol avrebbero bisogno di un più adeguato e moderno supporto sanitario, ma metà dei medici di base non ha ricevuto formazione adeguata a consentire il riconoscimento dei pazienti a rischio. Oltre il 50% dei Medici di Medicina Generale non ha ricevuto una formazione universitaria o post-universitaria sufficiente e specifica o un'adeguata offerta di formazione sulle patologie e le problematiche correlate all'alcol. Solo il 31,9% dei medici dichiara di avere dimestichezza con gli strumenti di screening per l'individuazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol. Un *gap* significativo rispetto alle realtà delle altre Nazioni europee che è urgente colmare per assicurare più elevati livelli di salute e sicurezza non minacciati dal consumo rischioso e dannoso di bevande alcoliche.

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 - Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster (NMH). Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Switzerland 2013.
- (2) World Health Organization - Global status report on alcohol and health. Switzerland 2011.
- (3) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (4) Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati anni 2011-2012. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf.
- (5) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). 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 2013. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/3).
- (6) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2011. Istat, Roma, 2012.
- (7) Rossi A, Heim A, Lobello F, Mokdad AH, Scafato E. The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors. Simoes EJ, Mariotti S, Int J Public Health. 2012 Aug; 57 (4): 719-33. doi: 10.1007/s00038-012-0341-5. Epub 2012 Feb 14.
- (8) L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Alimentazione e nutrizione assicurano l'essenziale scambio, materiale ed energetico, fra ambiente ed organismi che lo popolano (1). Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta nella popolazione (2). Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2012 (3), 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 (4).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (4) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, al consumo di "Verdura, Ortaggi e Frutta" (VOF) è riconosciuta una forte valenza positiva nella riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, la capacità di veicolare sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. Seguendo le indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo fondamentale di politica nutrizionale.

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 una porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	x 100

Validità e limiti. Gli indicatori considerati permettono di analizzare il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione (3). Ciò 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 una 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. La percentuale di popolazione di 3 anni ed oltre che consuma almeno 5 porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi o Frutta (5+VOF), tra coloro che consumano almeno una porzione di Verdura, Ortaggi o Frutta (1+VOF) e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti, sono analizzati come parte del profilo mediano nella popolazione totale e tra i consumatori di 5+VOF al di.

Descrizione dei risultati

Complessivamente, nel nostro Paese, le persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF costituiscono una percentuale abbastanza stabile, con un valore nazionale che raggiunge il massimo (85,3%) nel 2006, ed un minimo (83,7%) nel 2009 (3). Tuttavia, in questo sottogruppo di popolazione, solo una piccola percentuale, circa il 5%, consuma le quantità raccomandate di VOF (5 o più porzioni al giorno), con un trend rimasto sostanzialmente stabile nel periodo considerato, ma che evidenzia una leggera tendenza alla diminuzione nell'ultimo biennio (2011-2012) (Tabella 1). Passando ad analizzare alcune categorie di alimenti, si osserva che, nel 2012, la metà della popolazione consuma "almeno una volta al giorno" verdura, frutta, pane, pasta e riso, mentre ha un consumo settimanale di pomodori (escluso conserve), ortaggi, patate, carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello e "meno che settimanale" di legumi secchi, *snack* salati e dolci. Il consumo di queste categorie di alimenti è stato osservato anche tra le persone che consumano le quantità di VOF raccomandate, al fine di evidenziare profili alimentari diversi dal resto della popolazione. Gli indicatori non evidenziano particolari differenze tra questi due gruppi di popolazione. L'analisi regionale mette in luce poche peculiarità che testimoniano abitudini alimentare molto simili su tut-

to il territorio nazionale (Tabelle 2 e 3). Le principali differenze riscontrate, prendendo in considerazione la popolazione regionale complessiva, sono nel consumo di verdure in Liguria ed in tutte le regioni del Mezzogiorno (consumo settimanale), meno frequente rispetto a quello nazionale. Riguardo al consumo di salumi, l'unica regione che si differenzia dal resto del territorio è l'Emilia-Romagna (consumo meno che

settimanale), mentre, in generale, per la carne di maiale in Toscana, Umbria, Basilicata e Calabria, si osserva un consumo più elevato (settimanale) rispetto al resto del territorio. Infine, sempre nella popolazione complessiva, risulta inferiore al dato nazionale il consumo di carni bovine nella PA di Bolzano (consumo meno che settimanale).

Tabella 1 - Percentuale della popolazione di età 3 anni ed oltre* per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) e quinto di appartenenza per regione - Anni 2005-2012

Regioni	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Quinti della distribuzione 5+VOF							
									2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Trento	8,7	8,5	10	8,1	10	7,8	7,4	8,1	5	5	5	5	5	5	5	5
Piemonte	6,7	7,3	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	5	5	4	5	4	5	4	4
Veneto	6,7	6,2	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,5	5	4	4	4	2	3	3	4
Friuli Venezia Giulia	7,7	5,5	4,7	7,4	4,8	5,9	7,0	5,5	5	3	1	5	3	4	5	4
Liguria	5,5	7,0	5,3	5,9	4,9	5,1	5,3	4,2	4	5	2	3	3	2	3	2
Sardegna	6,4	4,9	6,8	5,9	4,7	6,6	8,1	6,0	4	2	4	3	3	5	5	5
Toscana	5,7	4,9	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,6	4	2	2	2	2	3	1	3
Campania	5,9	4,4	5,6	6,6	5,4	5,9	3,8	3,7	4	1	3	5	4	4	1	2
Lazio	5,5	5,6	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	3	4	3	4	2	3	2	4
Emilia-Romagna	5,1	6,0	5,3	5,5	7,0	5,5	5,2	5,4	3	4	2	3	5	2	2	4
Umbria	5,2	4,8	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	3	2	3	2	4	1	4	3
Lombardia	4,9	5,8	6,9	5,5	5,9	5,8	6,0	5,8	2	4	5	3	5	3	3	5
Valle d'Aosta	4,4	6,2	3,8	6,6	6,5	6,1	6,4	5,0	2	4	1	5	5	5	4	3
Bolzano-Bozen	4,6	5,3	7,3	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	2	3	5	2	4	2	2	1
Molise	4,7	4,5	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,6	2	1	5	2	2	1	4	1
Marche	4,5	3,8	6,6	4,5	4,5	5,7	5,5	3,4	2	1	4	1	3	3	3	2
Abruzzo	4,3	5,1	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	1	3	3	4	1	3	5	2
Sicilia	4,4	4,6	3,5	4,7	3,7	4,5	3,7	4,3	1	2	1	1	1	2	1	3
Basilicata	3,2	4,7	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	1	2	1	1	1	1	2	1
Puglia	3,3	3,6	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1	1	2	1	1	1	1	1
Calabria	2,5	2,9	2,7	4,1	2,9	4,2	2,5	2,1	1	1	1	1	1	1	1	1
Italia	5,3	5,3	5,6	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7								

*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 2013.

Tabella 2 - Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (vegetali, frutta e derivati dei cereali) consumati dalle persone di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Verdure in foglia (escluse conserve)		Pomodori e ortaggi (escluse conserve)		Porzioni giornaliere di ortaggi e/o verdure	Frutta	Porzioni giornaliere di frutta	Legumi secchi o in scatola	Patate	Pane, pasta, riso	Snack salati (patatine, pop corn, salatini, olive)
		cofte e crude (spinaci, insalate, cicoria, cavolo, broccoli)	foglia (melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche cavolfiore, piselli e altri legumi freschi)	Verdure in foglia (escluse conserve)	ortaggi (melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche cavolfiore, piselli e altri legumi freschi)							
Piemonte	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	a	a	a	a
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Lombardia	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Bolzano-Bozen	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Trento	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Veneto	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Friuli Venezia Giulia	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Liguria	Totale	Settimanale	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	a	a	a	a
Emilia-Romagna	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	b	a	a	a
Toscana	Totale	a	b	a	a		a	a	b	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	b	a	a	a
Umbria	Totale	a	b	a	a		a	a	b	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	b	a	a	a
Marche	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Lazio	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	b	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

b = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella dei consumatori giornalieri di 5+VOF dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 2 - (segue) Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (vegetali, frutta e derivati dei cereali) consumati dalle persone di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Verdure in foglia cotte e crude (spinaci, insalate, cicoria, cavolo, broccoli)		Pomodori e (escluse conserve) e ortaggi (melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche cavolfiore, piselli e altri legumi freschi)		Porzioni giornaliere di ortaggi e/o verdure	Frutta	Porzioni giornaliere di frutta	Legumi secchi o in scatola	Patate	Pane, pasta, riso	Snack salati (patatine, pop corn, salatini, olive)
		Settimanale	Settimanale	a	b							
Abruzzo	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Molise	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Campania	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	4 porzioni	b	a	a	a
Puglia	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	4 porzioni	b	a	a	a
Basilicata	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	4 porzioni	b	a	a	a
Calabria	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Sicilia	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	a	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Sardegna	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b	b	b	b	a	a	a	a
Italia	Totale	1 volta al giorno	Settimanale	1 porzione	1 volta al giorno	2 porzioni	1 volta al giorno	2 porzioni	Meno che settimanale	Settimanale	1 volta al giorno	Meno che settimanale
	5+VOF	Più volte al giorno	Più volte al giorno	1 volta al giorno	Più volte al giorno	3 porzioni	Più volte al giorno	3 porzioni	Settimanale	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

b = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella dei consumatori giornalieri di 5+VOF dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 3 - Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (carni, latte e prodotti caseari, uova e pesce) consumati dalle persone di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Salumi	Carne di pollo, tacchino, coniglio, vitello	Carni bovine (manzo, vitellone etc.)	Carni di maiale (escuso salumi)	Latte	Formaggi, latticini	Uova	Pesce
Piemonte	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Lombardia	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Bolzano-Bozen	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	Meno che settimanale	Meno che settimanale	a	a	a	a	Meno che settimanale
Trento	5+VOF	Meno che settimanale	a	Meno che settimanale	a	Settimanale	I volta al giorno	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Veneto	5+VOF	a	a	Meno che settimanale	a	a	I volta al giorno	Meno che settimanale	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Friuli Venezia Giulia	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	Meno che settimanale
Liguria	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Emilia-Romagna	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	Meno che settimanale	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Toscana	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Umbria	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Marche	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	Meno che settimanale
Lazio	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Abruzzo	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Molise	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Campania	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 3 - (segue) Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (carni, latte e prodotti caseari, uova e pesce) consumati dalle persone della classe di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Salumi	Carne di pollo, tacchino, coniglio, vitello	Carni bovine (manzo, vitellone etc.)	Carni di maiale (escuso salumi)	Latte	Formaggi, latticini	Uova	Pesce
Puglia	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
Basilicata	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
	5+VOF	Meno che settimanale	Meno che settimanale	Meno che settimanale	a	a	a	a	a
Calabria	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
Sicilia	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Sardegna	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
Italia	Totale	Settimanale	Settimanale	Settimanale	Meno che settimanale	1 volta al giorno	Settimanale	Settimanale	Settimanale
	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5+VOF continua ad essere limitata e, negli ultimi 2 anni, anche decrescente. Pertanto, risulta fondamentale il proseguimento di programmi come “Frutta nelle scuole” (1) promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (5).

Differenze regionali nei profili di consumo devono essere tenute presenti per disegnare interventi mirati sia per il totale della popolazione che per i consumatori di 5+VOF in quanto, talvolta, risultano associati a comportamenti diversi dalle raccomandazioni (ad esempio, la frequenza di consumo delle carni bovine e suine) per altri gruppi alimentari.

L'evoluzione di altri indicatori mostra una crescita dell'attenzione ad aspetti salutistici come alla riduzione dell'uso del sale o l'uso del sale iodato che, già da tempo, sono oggetto di campagne, anche a livello internazionale (6-10). L'uso dei grassi da condimento rimane largamente a favore dell'olio d'oliva. Le potenzialità per migliorare ancora esistono ed il monitoraggio continuo delle abitudini alimentari potrà fornire gli indicatori utili per intervenire al riguardo. Gli aspetti della crisi economica devono essere affrontati anche in riferimento ai riflessi su una sana alimentazione cercando di sostenere i consumi di verdura,

ortaggi e frutta per far sì che la percentuale di persone che raggiungono l'obiettivo ricominci ad aumentare e che non si perda la tendenza ad assumere comportamenti salutari fino ad ora ancora diffusi.

Riferimenti bibliografici

- (1) Mariani Costantini A, Cannella C, Tomassi G (a cura di) (2006): Alimentazione e Nutrizione Umana. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. p.3.
- (2) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile sul sito: <http://nutrition.med.uoc.gr/eurodiet/index.html>.
- (3) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana. Istat. Roma, 2012.
- (4) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (5) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana - 2010. Istat. Roma, 2012. Disponibile sul sito: <http://nutrition.med.uoc.gr/eurodiet/index.html>.
- (6) Disponibile sul sito: <http://www.fruttanellescuole.gov.it/>.
- (7) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (8) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (9) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (10) 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.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Molte delle malattie croniche, che rappresentano attualmente la prima causa di morte, si possono prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità. Quest'ultima, infatti, è diventata universalmente uno dei maggiori problemi di Sanità Pubblica con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali ed è considerata una vera e propria epidemia: in 30 anni il fenomeno è più che raddoppiato ed attualmente, a livello globale, ci sono più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso, di questi oltre 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne sono obesi (1). In Europa, le ultime stime riportano una percentuale di persone in sovrappeso che variano dal 30-70% e si

registrano valori di obesità dal 10-30% della popolazione adulta. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) della Regione europea riportano una prevalenza di obesità che è addirittura triplicata dagli anni Ottanta e che continua a crescere, divenendo responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2).

In Italia, nel 2012, più di quattro adulti su dieci sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e valutare precocemente le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

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

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 (m²). 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 ≥ 25 ed "obeso" un IMC ≥ 30 (3).

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 nel marzo 2012 su un campione di oltre 19.330 famiglie, per un totale di circa 46.600 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 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 46,0% dei soggetti di età >18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma, come

negli anni precedenti, il gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Puglia 12,9% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9% e Campania 41,1%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: Liguria 6,9% e PA di Bolzano 7,5%; sovrappeso: Liguria 32,3% e PA di Bolzano 32,5%).

Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti si osserva che, dal 2001, si è registrato un aumento di 3,6 punti percentuali di persone con eccesso ponderale; in particolare, negli ultimi 11 anni, è cresciuta maggiormente la prevalenza di persone obese (da 8,5% a 10,4%) (Grafico 1).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,8% della fascia di età 18-24 anni al 45,8% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,8% al 15,9% per le stesse fasce di età. Nelle età più avanzate il valore diminuisce lievemente (sovrappeso 42,5% ed obesità 13,2% nelle persone di 75 anni ed oltre) rispetto alla fascia di età precedente (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra gli uomini; infatti, è in sovrappeso il 44,2% degli uomini rispetto al 27,6% delle donne e obeso l'11,3% degli uomini ed il 9,5% delle donne. La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali per entrambi i generi è quella dei 65-74 anni: negli uomini 52,5% di sovrappeso e 16,1% di obesità, mentre nelle donne è, rispettivamente, 39,6% e 15,8% (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2012

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	34,9	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,8	9,3
Lombardia	32,6	10,3
Bolzano-Bozen	32,5	7,5
Trento	32,6	8,4
Veneto	34,2	10,7
Friuli Venezia Giulia	34,9	10,7
Liguria	32,3	6,9
Emilia-Romagna	33,7	10,6
Toscana	36,5	8,8
Umbria	37,4	12,0
Marche	33,8	10,8
Lazio	33,7	9,3
Abruzzo	39,4	12,4
Molise	39,6	13,5
Campania	41,1	11,0
Puglia	39,0	12,9
Basilicata	39,9	12,6
Calabria	37,2	10,6
Sicilia	38,3	10,8
Sardegna	33,9	9,1
Italia	35,6	10,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2012



Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2012

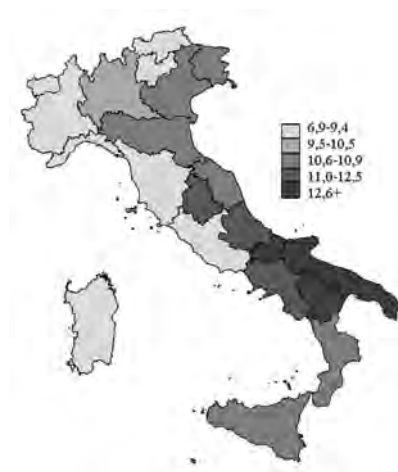
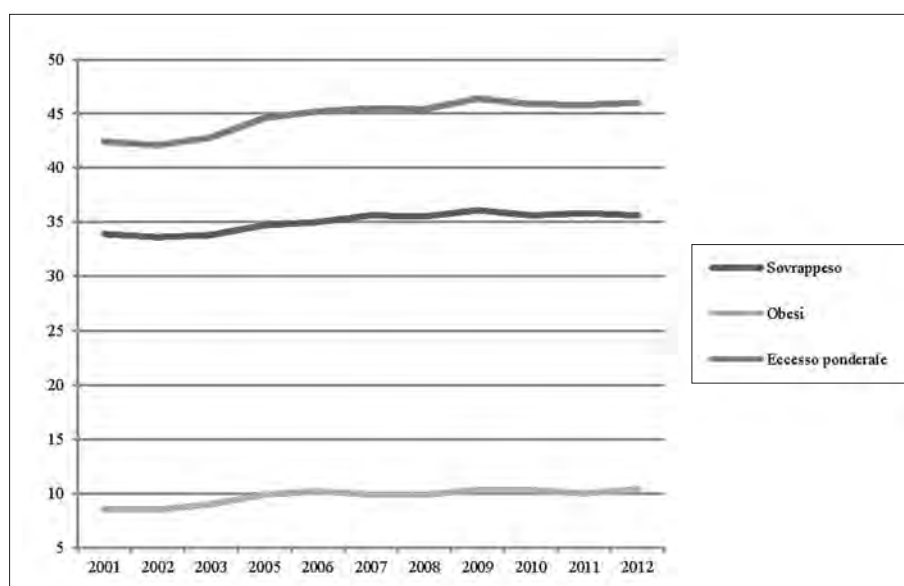


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2012

Classi di età	Persone in sovrappeso	Persone obese
MASCHI		
18-24	20,2	3,2
25-34	33,6	5,7
35-44	46,4	10,3
45-54	47,6	12,8
55-64	52,1	15,5
65-74	52,5	16,1
75 ed oltre	49,5	14,0
Totale	44,2	11,3
FEMMINE		
18-24	10,9	2,3
25-34	14,8	4,7
35-44	20,5	6,0
45-54	27,7	9,5
55-64	36,1	13,4
65-74	39,6	15,8
75 ed oltre	38,3	12,8
Totale	27,6	9,5
TOTALE		
18-24	15,8	2,8
25-34	24,2	5,2
35-44	33,5	8,2
45-54	37,6	11,1
55-64	43,8	14,4
65-74	45,8	15,9
75 ed oltre	42,5	13,2
Totale	35,6	10,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese - Anni 2001-2012

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dai dati sopra riportati emerge che ben il 46,0% della popolazione adulta italiana è in eccesso ponderale. Senza dubbio è un dato allarmante che si conferma stabile, se non in aumento, negli ultimi anni. La rilevanza del problema ha portato sia ad un incremento dei sistemi di sorveglianza che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita della popolazione nelle diverse aree geografiche e fasce di età e valutare precocemente le tendenze positive o negative sia ad investire maggiormente in strategie di prevenzione, essendo queste il trattamento principale per contrastare l'incremento di sovrappeso ed obesità nel nostro Paese. A questo riguardo, si inserisce l'impegno concreto dell'OMS Europa sottoscritto al termine della conferenza "WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health", ossia portare avanti politiche ed interventi contro l'obesità e le altre malattie croniche provocate da cattiva alimentazione e da uno stile di vita sedentario. Il documento finale, che punta sul coinvolgimento e sulla consapevolezza dei cittadini, vuole dare nuovo slancio alla strategia comunitaria "Health 2020", sottolineando l'importanza di promuovere l'attività fisica, di agire sull'etichettatura dei

prodotti alimentari e di contrastare il dilagare delle disuguaglianze di salute legate a determinanti di tipo sociale ed economico (4).

Nel contesto nazionale, la politica sanitaria degli ultimi anni si è incentrata sull'idea che, per promuovere scelte consapevoli e combattere la diffusione delle malattie croniche, è necessario avere un approccio multisettoriale ed avviare strategie di prevenzione a livello di popolazione. È in questo scenario che si inseriscono iniziative come l'"Obesity Day", la giornata di sensibilizzazione nazionale su sovrappeso e salute, i progetti del programma "Guadagnare Salute" e, più recentemente, "Focus Aliment...Azione", un nuovo sistema *online* di promozione di una corretta alimentazione e di una sana attività fisica nei diversi gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, March 2013.
- (2) WHO European Region. Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. Implementation progress report European Commission, 2010.
- (3) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.
- (4) WHO European Region. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, 4-5 July 2013, Vienna, Austria.

Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia ed i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, attualmente, più di 30 milioni di bambini in eccesso ponderale vivono in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche ricono-

scono all'obesità in età preadolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato che, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione da adulti (4).

In Italia, a partire dal 2010, l'Istituto Nazionale di Statistica ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso dei minori di 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui.

Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (6-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

Prevalenza di minori in eccesso di peso

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 6-17 anni in sovrappeso od obese}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo di 6-17 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori, è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri, strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale. La possibilità di avere tramite l'indagine "Aspetti della vita quotidiana" informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (le regioni o, in alternativa, macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione ad informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva *versus* sedentarietà). È possibile, inoltre, effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.

I dati vengono forniti come stime biennali che costituiscono valori più robusti e che permettono, quindi, un livello di analisi anche subnazionale.

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di 14-17 anni ed in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di 6-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce di per sé un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso ed obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (4) perché hanno rappresentato negli ultimi anni valori di riferimento ampiamente utilizzati in numerosi studi nazionali (5) ed internazionali (6). Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati, ormai, ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC pari a 25 per il sovrappeso e pari a 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso¹. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

¹Tra i *cut point* più utilizzati a livello internazionale, possiamo citare anche i *cut point* CDC-2000, WHO-2006, Cole-IOTF 2012. Nel contesto italiano, va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani dai 2 ai 20 anni.

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard di riferimento. Essendo i dati utilizzati per queste analisi disponibili dal 2010 in poi, non si dispone ancora di una serie storica di dati cui riferirsi; si può, quindi, assumere come riferimento il valore più basso registrato nel biennio considerato (2011-2012). Tuttavia, per il futuro, quando si disporrà anche di una serie storica di dati, si potrà ipotizzare di assumere come riferimento un andamento tendenziale che vada verso la diminuzione del fenomeno nei gruppi di popolazione in cui è più diffuso (maschi di 6-10 anni, residenti al Sud ed Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.) e che si attesti verso valori più bassi.

Descrizione dei risultati

I dati (media 2011-2012) mostrano che i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole e pari al 26,9% (Tabella 1). Emergono forti differenze di genere: il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (30,1% contro il 23,6%). Tali differenze permangono in tutte le classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni). L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove supera il 35%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i

ragazzi di 14-17 anni. Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano significativamente passando dal Nord al Sud (34,6% al Sud rispetto al 22,7% del Nord-Ovest, al 21,1% del Nord-Est, al 24,6% del Centro ed al 31,1% delle Isole), con percentuali particolarmente elevate in Campania (40,6%), Sicilia (33,3%), Molise e Basilicata (32,9%) e Calabria (30,5%).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso.

Inoltre, sono soprattutto i bambini ed i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso ad essere anche loro in sovrappeso od obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini ed adolescenti dai 6 ai 17 anni in sovrappeso sale al 38,1% rispetto alla percentuale del 28,1% (solo madre in sovrappeso) e del 26,5% (solo padre in sovrappeso). La quota di bambini in sovrappeso con entrambi i genitori normopeso scende al 20,4%. Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree.

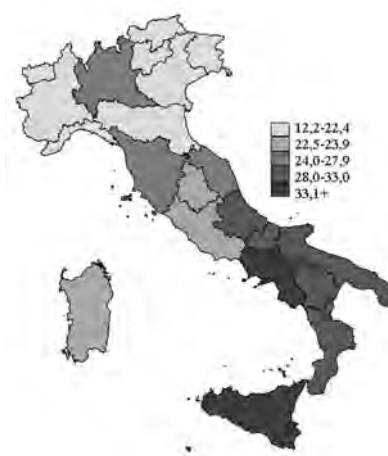
Tabella 1 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2011, 2012

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10	35,2	36,3	35,7
11-13	30,1	19,5	25,2
14-17	23,7	11,0	17,3
Totale	30,1	23,6	26,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Tabella 2 - Prevalenza media (per 100) di minori della classe di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	20,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,1
Lombardia	24,2
Bolzano/Bozen	12,2
Trento	19,8
Veneto	21,2
Friuli Venezia Giulia	22,2
Liguria	17,8
Emilia-Romagna	22,3
Toscana	25,3
Umbria	23,8
Marche	27,8
Lazio	23,4
Abruzzo	29,0
Molise	32,9
Campania	40,6
Puglia	29,4
Basilicata	32,9
Calabria	30,5
Sicilia	33,3
Sardegna	22,5
Italia	26,9

Prevalenza media (per 100) di minori della classe di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2011-2012

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Tabella 3 - Prevalenza media (per 100) di minori della classe di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere, titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2011, 2012

Titolo di studio della madre*	Maschi	Femmine	Totale
Laurea	28,3	20,7	24,3
Diploma scuola superiore	26,7	22,7	24,8
Scuola dell'obbligo	32,7	25,3	29,0
Titolo di studio del padre*			
Laurea	24,6	15,1	19,9
Diploma scuola superiore	26,8	23,0	24,9
Scuola dell'obbligo	32,2	25,8	29,1
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche Ottime-adequate	28,4	21,6	25,1
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,9	25,9	28,9
Eccesso di peso dei genitori*			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	23,8	16,8	20,4
Solo la madre in eccesso di peso	28,9	27,3	28,1
Solo il padre in eccesso di peso	29,6	23,3	26,5
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	42,9	33,5	38,1
Totale	30,0	23,6	26,9

*Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo in Italia, ma anche in tutti i Paesi del resto del mondo e che merita una particolare attenzione.

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso dei bambini e ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede al Sud, chi vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e con un livello socio-economico non elevato).

Ciò è di particolare importanza perché consente di avere strumenti teorici importanti che possono essere utilizzati per costruire azioni di prevenzione e di contrasto del fenomeno.

Una figura importantissima e che gioca un ruolo fondamentale è rappresentata dalla famiglia che è centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi ed è il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione, nonché incentivando l'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, March 2013.
- (2) Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula MK, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.
- (4) Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984.
- (5) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1.240.
- (6) Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma 10-12 settembre 2002). Istat.
- (7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006;17 (3): 27-42.
- (8) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11 /25.
- (9) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (10) Cacciari E, Milani S, Balsamo A and SIEDP Directive Council 2002-03. Italian cross sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J Endocrinol Invest 29; 581-93, 2006.

Sovrappeso ed obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. L'eccesso ponderale nei bambini, fattore predittivo di obesità nell'età adulta, rappresenta un problema prioritario di salute pubblica, sia per la tendenza all'aumento del fenomeno registrata negli ultimi anni sia per le implicazioni dirette sulla salute presente e futura dei bambini (1). 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 (2).

In Italia, per monitorare il sovrappeso e l'obesità nella popolazione pediatrica, dal 2007, è attivo il sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE" (3), 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 ed il Ministero dell'Istruzione,

dell'Università e della Ricerca. 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" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

"OKkio alla SALUTE" è rivolto ai bambini della terza primaria (8-9 anni di età) e, mediante strumenti standardizzati su tutto il territorio nazionale, prevede l'acquisizione diretta di parametri antropometrici (peso ed altezza), informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e sulle eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana nutrizione.

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

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Validità e limiti. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza per ragioni di efficienza operativa, in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento, e per ragioni di utilità, in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza. Peraltro, il numero di bambini che non frequentano la scuola primaria è molto piccolo e, quindi, non inficia la rappresentatività del campione nella fascia di età considerata.

Nell'ambito della scuola primaria, 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 ed 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 individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dal-

le 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 presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro delle équipes su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (*random* o casuale semplice) che, probabilmente, richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL. 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 desi-

derati per le stime ottenibili a livello regionale (3%) o di singola ASL (5%).

A differenza di altre raccolte dati, i bambini sono misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe, utilizzando strumenti identici e di alta precisione e con procedure standardizzate. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità, è stato calcolato l'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), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica ed ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso ed obesità, si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (4).

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 2012, alla terza raccolta dati di "OKkio alla SALUTE", hanno partecipato 2.622 classi, 46.483 bambini e 48.668 genitori, distribuiti in tutte le regioni, inclusa la Lombardia che per la prima volta ha aderito alla sorveglianza con tutte le ASL. Rispetto al passato, il livello di partecipazione è rimasto invariato ed elevato; infatti, solo il 3,1% 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.

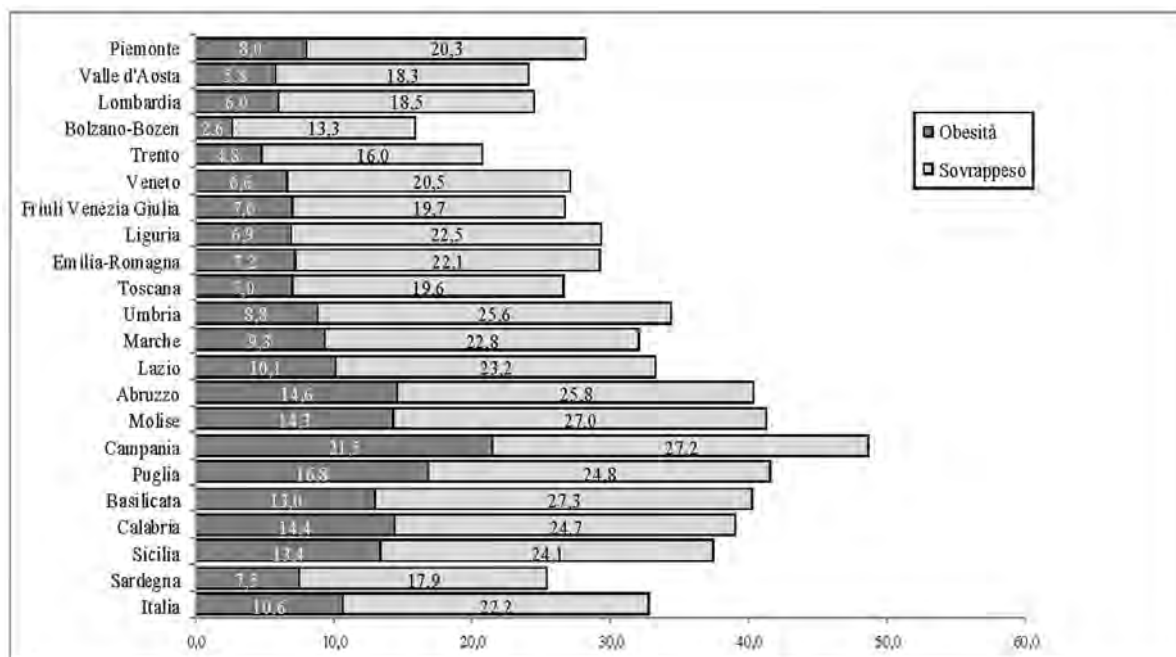
A livello nazionale, il 22,2% (IC 95%: 21,7-22,7%) dei bambini di 8-9 anni è risultato in sovrappeso ed il 10,6% (IC 95%: 10,2-11,0%) obeso.

Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità), raggiungono il 32,8%. Sebbene questi valori siano leggermente inferiori a quelli osservati nelle due precedenti raccolte, sono tra i più elevati nel confronto con altri Paesi europei (5).

La prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso è molto bassa, ovvero pari all'1,1% utilizzando i *cut off* definiti da Cole et al. (4). Il Grafico 1 riporta le percentuali di sovrappeso ed obesità per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni. Si conferma una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nel Nord e più alte nel Meridione: dal 13,3% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 27,3% in Basilicata; dal 2,6% di obesità nella PA di Bolzano al 21,5% in Campania. Il Cartogramma mostra l'evidente gradiente geografico. Questo andamento si conferma anche considerando insieme il sovrappeso e l'obesità.

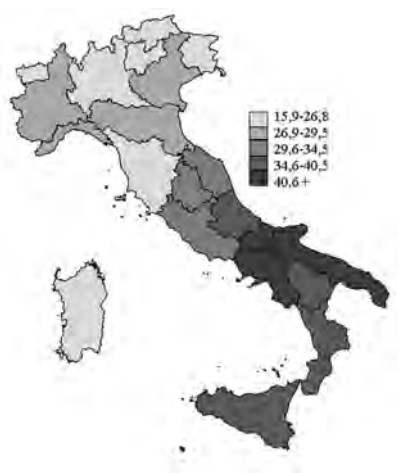
Applicando a tutta la popolazione di 6-11 anni le stime di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ottenute da questa raccolta dati, si è calcolato che il numero di coloro che presenterebbero un eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e 100.000 bambini, di cui 355 mila obesi.

Grafico 1 - Percentuale di bambini della classe di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi per regione - Anno 2012



Fonte dei dati: ISS, OKkio alla SALUTE. Anno 2012.

Percentuale di bambini della classe di età 8-9 anni in eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) per regione. Anno 2012



Raccomandazioni di Osservasalute

“OKkio alla SALUTE”, grazie alle sue caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità, sembra essere un valido strumento per supportare gli operatori di Sanità Pubblica nel monitoraggio dell’obesità e dei comportamenti a rischio nei bambini.

Continuare a monitorare il fenomeno è necessario per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, ma anche per aiutare le Regioni e le ASL a programmare interventi integrati che possono risultare incisivi nelle diverse condizioni socio-economiche.

Riferimenti bibliografici

- (1) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007.
- (2) 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.
- (3) Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
- (4) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (5) Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. Pediatr Obes. 2013 Apr;8 (2): 79-97.

Attività fisica

Significato. L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta 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 produce 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	Personi 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 dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2012 su un campione di oltre 19.330 famiglie, per un totale di circa 46.600 individui. Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di 3 anni ed oltre, escludendo le persone che partecipano al mondo dello sport per ragioni professionali (atleti professionisti, insegnanti e allenatori). 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. I dati sono stati ottenuti mediante l'auto compilazione di questionari, pertanto la rilevazione dell'attività fisica si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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 2012, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 31,1% della popolazione, pari a circa 18 milioni (Tabella 1). Tra questi, il 21,9% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,2% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgo-

no un'attività fisica sono il 29,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni, pari al 39,2%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,9% del 2012).

Tuttavia, nel 2012, rispetto al 2011, si registra la diminuzione di 1,0 punto percentuale della quota di coloro che praticano sport in modo saltuario (dal 10,2% del 2011 al 9,2% del 2012) e, diversamente, un aumento della percentuale di chi dichiara di svolgere qualche attività fisica (dal 27,7% del 2011 al 29,2% del 2012). Rispetto al 2011, in entrambi i generi, si riscontra una lieve diminuzione per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 35,0% a 34,6% negli uomini e da 44,4% a 43,5% nelle donne).

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 le PA di Bolzano e Trento ed il Veneto, rappresentano la ripartizione geografica con la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre va inclusa nella pratica di sport in modo saltuario anche la Valle d'Aosta.

Seguono poi le regioni del Nord-Ovest e del Centro, mentre le regioni meridionali e le Isole si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero: meno di un quarto della popolazione di 3 anni ed oltre, infatti, pratica attività sportiva. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (19,3%) e la Puglia (21,7%). Anche per quanto riguar-

da la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole dove, in molte regioni, poco più di due persone su dieci dichiarano di svolgere attività motorie nel tempo libero (Sicilia 22,0% e Campania 22,9%).

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 (55,2%) ed in Campania (57,3%) 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 6-14 anni, circa il 70%, e per le donne in quella tra i 6-10 anni (60,3%) (Tabella 3). Con l'aumentare dell'età dimi-

nuisce 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 continuo fino ai 74 anni (38,8%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, dove aumenta la percentuale di sedentari, pari al 70,1% 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) dove 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 26,4% pratica sport con continuità e l'11,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 17,6% e del 7,3%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (43,5% vs 34,6%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2012

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
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
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

Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2012

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	25,0	11,6	33,3	29,7	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,4	14,6	27,6	30,9	0,4
Lombardia	26,8	10,3	31,2	31,4	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>37,3</i>	<i>18,1</i>	<i>29,8</i>	<i>14,2</i>	<i>0,7</i>
<i>Trento</i>	<i>29,4</i>	<i>16,1</i>	<i>38,5</i>	<i>16,0</i>	<i>n.a.</i>
Veneto	27,6	12,4	37,0	22,8	0,2
Friuli Venezia Giulia	24,8	10,5	34,1	30,3	0,2
Liguria	24,3	7,7	32,2	35,4	0,4
Emilia-Romagna	25,6	9,7	32,9	31,1	0,7
Toscana	24,9	8,7	30,2	35,9	0,3
Umbria	21,9	8,2	30,7	39,1	0,1
Marche	23,7	8,1	31,6	35,8	0,8
Lazio	22,2	8,4	24,9	43,8	0,8
Abruzzo	19,8	8,0	28,1	43,5	0,5
Molise	17,5	8,1	23,5	50,7	0,2
Campania	13,6	5,7	22,9	57,3	0,5
Puglia	14,5	7,2	26,2	51,1	0,9
Basilicata	16,8	5,9	29,8	47,0	0,6
Calabria	15,3	8,4	27,1	47,3	1,9
Sicilia	13,5	8,7	22,0	55,2	0,7
Sardegna	19,9	9,4	28,7	41,7	0,2
Italia	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.
n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica per regione. Anno 2012

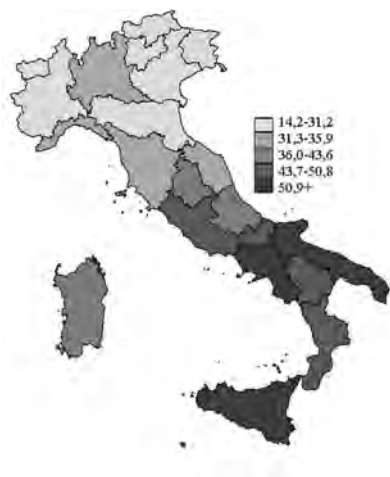


Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2012

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	19,3	4,1	24,5	48,3	3,8
6-10	60,8	9,0	14,0	14,8	1,5
11-14	60,8	9,1	12,5	16,5	1,0
15-17	52,5	17,2	13,1	17,1	0,2
18-19	39,9	18,0	17,7	24,1	n.a.
20-24	44,6	16,7	17,4	20,9	0,4
25-34	34,3	15,0	20,7	29,6	0,3
35-44	24,4	14,9	25,8	34,6	0,4
45-54	19,8	12,3	29,8	37,9	0,2
55-59	16,8	9,1	35,6	38,3	0,2
60-64	15,4	8,7	38,6	36,8	0,5
65-74	11,4	6,4	41,1	40,8	0,3
75 ed oltre	4,6	3,5	32,7	58,7	0,5
Totale	26,4	11,3	27,2	34,6	0,5
FEMMINE					
3-5	19,9	4,5	21,6	50,0	4,0
6-10	53,2	7,1	18,1	20,6	0,9
11-14	45,4	8,5	22,7	22,2	1,2
15-17	44,5	9,1	22,0	23,8	0,6
18-19	29,0	13,1	27,8	29,7	0,4
20-24	22,4	14,4	30,0	33,2	*
25-34	20,6	10,7	31,1	37,4	0,2
35-44	17,4	10,2	34,4	37,6	0,4
45-54	14,6	7,9	36,7	40,6	0,2
55-59	11,7	5,5	40,4	42,1	0,2
60-64	9,4	4,8	38,5	46,9	0,4
65-74	7,7	4,0	36,8	51,1	0,4
75 ed oltre	2,5	1,2	18,6	76,9	0,9
Totale	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
TOTALE					
3-5	19,6	4,3	23,1	49,2	3,9
6-10	57,0	8,1	16,0	17,7	1,2
11-14	53,4	8,8	17,4	19,3	1,1
15-17	48,5	13,2	17,5	20,4	0,4
18-19	34,7	15,7	22,5	26,8	0,4
20-24	34,0	15,6	23,4	26,8	0,2
25-34	27,4	12,9	25,9	33,5	0,3
35-44	20,9	12,6	30,0	36,1	0,4
45-54	17,2	10,1	33,3	39,3	0,2
55-59	14,2	7,2	38,1	40,3	0,2
60-64	12,3	6,7	38,5	42,1	0,4
65-74	9,5	5,1	38,8	46,2	0,3
75 ed oltre	3,3	2,0	23,9	70,1	0,7
Totale	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5

n.a. = non applicabile.

*Dato non attendibile

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, è 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 2012 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge

che il rischio di essere sedentari, ad oggi quasi due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da considerare 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 d'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, ad esempio la Francia ed il Regno Unito, dove recentemente i rispettivi governi hanno investito delle risorse (come il *bike sharing*) per rendere effettivamente più accessibili le scelte salutari. 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.

Anche il recente DM del 24 aprile 2013 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 20 luglio 2013) può costituire un ostacolo alla promozione dell'attività fisica. Introducendo l'obbligo di certificato medico per le atti-

vità ludico-ricreative (ma anche per le attività esentate dall'obbligo viene "raccomandato un esame medico prima dell'attività ludico motoria...con particolare attenzione ai soggetti che passano dalla sedentarietà alla pratica di tale attività"), c'è il rischio che l'impatto comunicativo sulla popolazione sia controproducente e che possa passare il messaggio che fare attività fisica sia potenzialmente pericoloso, soprattutto per chi è sedentario o ha fattori di rischio per malattie croniche, ossia proprio coloro ai quali muoversi farebbe particolarmente bene.

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.

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al consumo di tabacco, che nel mondo determina il 10% dei decessi tra gli adulti, rappresenta una delle cause di morte evitabile (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 (2), anche grazie alle pressioni della comunità. Infatti, si stima che un aumento del 10% del prezzo del tabacco diminuisca il consumo di tabacco di circa il 4% nei Paesi con redditi elevati e dell'8% nei Paesi a basso e medio reddito (1).

In Europa, nel 2012, 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 sigaret-

te vendute (3).

In Italia si stima che, nel 2030, i fumatori saranno circa 8 milioni di persone, mantenendo il trend decrescente degli ultimi anni. Anche il numero medio di sigarette fumate al giorno è diminuito notevolmente negli ultimi 10 anni, passando da valori medi di 16,1 del 2003 a 12,7 del 2013 (4). Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, alcuni dati sono ancora preoccupanti: oltre il 70% delle persone che iniziano a fumare si concentra nella fascia di età 15-20 anni e solo circa il 30% dei fumatori ha intenzione di smettere (4).

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

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre}} \times 100$$

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 2013 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

Quasi 11 milioni i fumatori in Italia nel 2013, poco meno di 6 milioni e 700 mila uomini e poco più di 4 milioni e 300 mila donne. Si tratta del 20,9% della popolazione di 14 anni ed oltre. Si continua a registrare, come già segnalato nel 2012, una lieve diminuzione di coloro che fumano sigarette. Anche il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2001 (da una media di 14,7 sigarette al giorno nel 2001 a 12,1 sigarette al giorno nel 2013). Queta variazione conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine.

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia un andamento non altrettanto lineare rispetto agli altri indicatori analizzati. Infatti, nel 2013 presenta un valore di 23,3% che risulta superiore rispetto al 22,6% del 2012 e molto simile, invece, al valore registrato nel 2010 e nel 2011

(23,4%). Ciò sembrerebbe indicare che, una volta presa l'abitudine al fumo di sigarette, la capacità di smettere non è influenzata dalle politiche e dalle tendenze che stanno determinando la diminuzione di tale abitudine.

Rispetto al 2012 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 8 regioni (Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna), con la più alta prevalenza di fumatori registrata nel Lazio (23,6%) seguita dall'Umbria (23,1%) (Grafico 1). La PA di Trento presenta la minore prevalenza di fumatori di sigarette (16,2%), seguita da Valle d'Aosta (18,4%), Veneto (18,6%), Puglia e Basilicata (18,8%). Procedendo con un'analisi per le 5 ripartizioni geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) si evidenzia come nel Centro vi sia, nel 2013, la più alta prevalenza di fumatori (22,5%), mentre nel Nord-Est si registra la più bassa (19,4%). Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali, si nota come la prevalenza di fumatori sia più elevata nei Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 22,5% e 22,6%), rispetto ai piccoli Comuni con meno di 2.000 abitanti, che fanno registrare il 18,7% di fumatori.

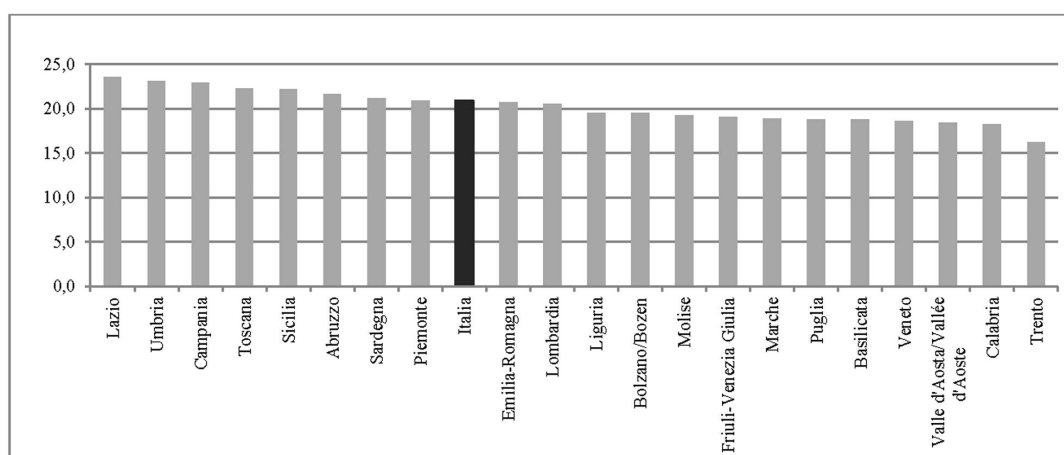
La prevalenza di ex-fumatori è pari a 23,3% a livello nazionale, con il Friuli Venezia Giulia capofila tra le regioni con il 27,4% della popolazione di 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni geografiche

(dati non presenti in tabella), 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 (20,2%).

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2013, infatti, vi è una differenza di quasi 10 punti percentuali: 15,7% di donne dichiara di fumare sigarette rispetto al 26,4% degli uomini. Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: 30,8% tra gli uomini *over* 14 anni vs 16,3% delle donne (Tabella 2).

Una delle fasce di età che risulta più critica per entrambi i generi continua ad essere, nel 2013, quella dei giovani tra i 25-34 anni in cui il 36,2% degli uomini e il 20,4% delle donne si dichiarano fumatori. Tra le donne, tuttavia, la classe di età con la più alta percentuale di fumatrici è quella tra i 45-54 anni con il 22,1%. 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, 15,4 e 12,1 sigarette fumate ogni giorno (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2013



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

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2013

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,9	22,4	55,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,0	24,3	56,7
Lombardia	20,5	24,1	54,4
Bolzano-Bozen	19,5	26,4	52,7
Trento	16,2	24,9	56,0
Veneto	18,6	26,2	54,5
Friuli Venezia Giulia	19,1	27,4	52,0
Liguria	19,5	24,4	54,9
Emilia-Romagna	20,7	26,2	52,0
Toscana	22,3	27,2	49,5
Umbria	23,1	25,6	51,0
Marche	18,9	25,2	55,0
Lazio	23,6	21,9	53,4
Abruzzo	21,6	22,0	54,7
Molise	19,2	22,8	57,0
Campania	22,9	19,3	57,1
Puglia	18,8	21,0	59,6
Basilicata	18,8	22,9	56,4
Calabria	18,2	18,7	61,4
Sicilia	22,2	19,8	56,1
Sardegna	21,2	27,2	51,1
Italia	20,9	23,3	54,7

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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

Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo nella popolazione di 14 anni ed oltre per regione. Anno 2013

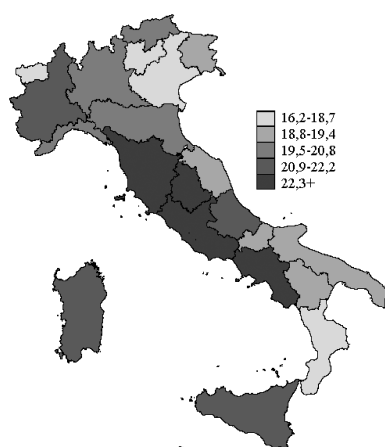


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo e numero (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2013

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio al giorno*
14-17	8,0	3,4	86,9	8,7	4,4	3,5	90,1	4,8	6,3	3,4	88,4	7,4
18-19	27,7	6,8	64,5	8,1	15,1	6,8	76,5	6,9	21,7	6,8	70,2	7,7
20-24	34,0	10,2	52,6	10,8	19,4	8,8	70,7	9,2	26,7	9,5	61,7	10,2
25-34	36,2	16,8	45,4	12,4	20,4	16,0	61,7	9,0	28,4	16,4	53,5	11,2
35-44	32,7	24,2	42,5	13,4	19,3	17,4	62,4	9,9	26,0	20,8	52,5	12,1
45-54	31,7	29,3	38,5	14,5	22,1	19,7	57,4	11,2	26,7	24,3	48,2	13,1
55-59	27,1	38,5	33,7	15,4	19,5	20,4	58,0	12,1	23,3	29,5	45,9	14,0
60-64	23,2	44,0	31,7	14,1	16,6	19,3	62,9	11,5	19,8	31,4	47,6	12,9
65-74	16,6	52,0	30,5	14,2	9,9	19,4	69,8	11,7	13,1	34,7	51,3	13,1
75 ed oltre	7,3	58,2	33,8	12,1	3,7	12,2	83,0	9,5	5,1	29,9	64,0	10,9
Totale	26,4	30,8	41,8	13,3	15,7	16,3	66,8	10,4	20,9	23,3	54,7	12,1

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2014 è quello di incentivare la diminuzione del consumo di sigarette attraverso provvedimenti che rendano sempre più costoso il loro consumo.

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'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (4), nel mondo i fumatori corrispondono ad 1 miliardo e le stime prevedono un aumento a 1,6 miliardi per il 2025, a conferma della variegatissima situazione in termini di politiche sociali e di prevenzione nelle varie aree del nostro

pianeta. In Italia, le persone tra i 35-65 anni rappresentano quelle a più alto rischio di morte a causa delle patologie connesse all'abitudine al fumo (5).

Questi dati, insieme ai dati di prevalenza sopra 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, a partire dall'Osservatorio sul Fumo dell'ISS che, oltre a promuovere e celebrare le Giornate mondiali contro il tabacco, offre un numero verde per la lotta al consumo di tabacco e indicazioni su come smettere di fumare. Anche le attività di sorveglianza e prevenzione del Ministero della Salute, attraverso il programma Guadagnare Salute, indicano che particola-

re attenzione va posta, oltre che nei confronti delle categorie particolarmente a rischio, nei confronti dei giovanissimi (6) per indurli a smettere di fumare.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization. Disponibile sul sito: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en>.

(2) WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003.

(3) KPMG. Project star report 2012, 16 Aprile 2013.

(4) Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari, Rosaria Russo, Emanuele Scafato, Osservatorio sul Fumo, l'Alcol e la Droga dell'Istituto Superiore di Sanità - Roma.

(5) Società Italiana di Tabaccologia, Rapporto al Parlamento su costo-efficacia del trattamento del tabagismo. Settembre 2009. Disponibile sul sito:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1073&area=stiliVita&menu=fumo.

(6) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è causa di moltissime e differenti disfunzioni e patologie che possono riguardare tutti gli organi ed apparati dell'organismo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (1) ha di recente confermato che l'impatto sanitario e di salute in termini di mortalità, morbilità e disabilità sociale è elevato in tutto il mondo, in Europa più elevato della media mondiale, e causa di elevati costi e conseguenze che, anche alla luce di possibili ma scarsi effetti benefici riportati in letteratura, fanno registrare sempre un saldo negativo da contrastare. L'alcol è causa di oltre 200 condizioni patologiche (2) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro, come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer*, che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (3). Premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, da circa 2 anni le evidenze scientifiche hanno condotto a stabilire rinnovate Linee Guida, nuovi limiti che sono stati considerati per l'elaborazione che segue. I limiti, già pubblicati dal Ministero della Salute (4) e acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione

di Riferimento di Nutrienti, ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In sintesi, sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per gli adulti che scelgono di bere occorre mantenere, per la donna e per l'anziano (ultra 65enne), un consumo giornaliero inferiore a 1 Unità Alcolica (UA¹ = 12 grammi di alcol puro) e non superiore a 2 UA al giorno per l'uomo, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Allo stesso tempo è sempre sconsigliato 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 algoritmi originali (5) dell'Osservatorio Nazionale Alcol sulla base di quelli della statistica ufficiale (6, 7) tengono, quindi, conto sia del rischio rappresentato dal consumo giornaliero eccedentario, non rispettoso delle Linee Guida, sia dell'assunzione in un'unica occasione di consumo di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*), qualificando il consumo a rischio come effetto combinato di almeno uno dei due comportamenti a rischio (giornaliero eccedentario o *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	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	x 100

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	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 65-74 anni	x 100

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

Numeratore	Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

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

Validità e limiti. Gli indicatori proposti, attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui giornalmente, permettono di identificare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai componenti delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati. A decorrere dall'Edizione 2014 sono stati aggiornati gli indicatori del Rapporto Osservasalute relativi alla classe di età giovanile ed a quella adulta. Di conseguenza, i dati non risultano confrontabili con quelli pubblicati delle precedenti Edizioni. Nel *Box* di approfondimento sull'argomento è riportato il trend dei diversi indicatori al fine di evidenziare l'andamento del fenomeno nel tempo.

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali ed internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; ciò nonostante, 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): 19,7%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 19,5%, donne 8,7%;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65-74 anni): uomini 42,9%, donne 11,6%;
- prevalenza dei consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): uomini 37,7%, donne 8,7%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori in Italia (astemi ed astinenti degli ultimi 12 mesi) è stata, nel 2012, pari al 34,2% ed è rimasta relativamente stabile rispetto al 2011 (33,6%). L'analisi territoriale mostra un aumento della percentuale di non consumatori rispetto all'anno 2011 principalmente in Piemonte ed in Valle d'Aosta (3,5 punti percentuali), Lombardia (2,8 punti percentuali), Basilicata (3,4 punti percentuali) e Calabria (4,2 punti percentuali), mentre è diminuito in particolar modo in Liguria (-4,5 punti percentuali) e nelle Marche (-3,5 punti percentuali). L'aumento dei non consumatori in Piemonte e Lombardia è dovuto, in particolare, all'au-

mento degli astemi (cioè di coloro che non hanno mai bevuto nella loro vita), mentre la diminuzione in Liguria e nelle Marche è da attribuire, principalmente, alla diminuzione degli astinenti degli ultimi 12 mesi.

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio secondo il nuovo indicatore dell'Istituto Superiore di Sanità, nel 2012, è pari al 24,0% per gli uomini ed al 9,7% per le donne, con una riduzione, rispettivamente, di 2,6 e 0,8 punti percentuali rispetto al valore registrato con il medesimo indicatore nel 2011. L'analisi territoriale mostra che tra gli uomini si sono registrate delle diminuzioni significative in Piemonte (-6,9 punti percentuali), Lombardia (-5,7 punti percentuali) Veneto (-3,2 punti percentuali), Lazio (-8,4 punti percentuali) Abruzzo (-5,9 punti percentuali) e Molise (-8,0 punti percentuali); tra le donne, invece, si registra una diminuzione in Piemonte (-4,8 punti percentuali) ed un incremento della prevalenza delle consumatrici a rischio in Sicilia (+2,4 punti percentuali). Nel 2012, valori superiori alla media nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Valle d'Aosta (M=32,0%; F=14,8%), PA di Bolzano (M=40,9%; F=17,1%), PA di Trento (M=31,5%; F=12,1%), Veneto (M=28,0%; F=10,4%), Friuli Venezia Giulia (M=32,9%; F=9,9%), Emilia-Romagna (M=26,8%; F=10,8%), Toscana (M=26,5%; F=11,8%) e Molise (M=33,4%; F=10,6%), a cui si aggiungono, per i soli uomini il Piemonte (25,6%), le Marche (26,1%), l'Abruzzo (28,7%) e la Sardegna (32,1%), oltre a Lombardia (12,2%) e Liguria (13,0%) per le sole donne. Presentano, invece, valori inferiori alla media nazionale l'Umbria, il Lazio, la Campania, la Puglia e la Sicilia per entrambi i generi e la Basilicata, la Calabria e la Sardegna per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-17 anni di età, nel 2012, è pari al 19,7% (M=22,0%; F=17,3%) e si conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione della prevalenza dei giovani consumatori a rischio, sebbene rispetto all'ultimo anno la diminuzione non risulti statisticamente significativa. A livello regionale, non si rilevano differenze statisticamente significative di genere e l'unica regione in cui si osserva una diminuzione della prevalenza è la Lombardia (-8,7 punti percentuali). Il Lazio, inoltre, risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente inferiore alla media nazionale.

Adulti (Tabella 3). Nel 2012, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2011 di 2,9 punti percentuali tra gli uomini (19,5%) e di 1 punto percentuale tra le donne (8,7%). Nel corso dell'ultimo anno sono diminuite le prevalenze di consumatori a rischio per entrambi i generi in Piemonte, mentre per gli uomini in Lombardia, Veneto,

Lazio, Abruzzo e Molise e per le donne in Emilia-Romagna. L'unico incremento statisticamente significativo si registra per gli uomini in Calabria (+7,9 punti percentuali). Le regioni con valori al di sopra della media nazionale risultano essere, per entrambi i generi, il Piemonte (M=20,0%; F=8,9%), la Valle d'Aosta (M=27,6%; F=13,3%) e la PA di Bolzano (M=41,2%; F=16,3%) dove, per altro, si registra tra gli uomini il valore superiore a tutte le altre realtà regionali, la PA di Trento (M=29,3%; F=10,5%), il Veneto (M=23,8%; F=9,0%), l'Emilia-Romagna (M=21,9%; F=9,3%), la Toscana (M=21,2%; F=11,3%) e il Molise (M=28,1%; F=10,2%).

Tra gli uomini si rilevano valori superiori alla media in Friuli Venezia Giulia (29,3%), Abruzzo (24,5%), Calabria (24,9%), Basilicata (21,1%) e Sardegna (30,2%), mentre tra le donne in Lombardia (10,5%), Liguria (11,3%) e Marche (9,8%). Risultano, infine, al di sotto del valore medio regionale per entrambi i generi l'Umbria, il Lazio, la Campania, la Puglia e la Sicilia. L'analisi delle diverse tipologie di consumo a rischio (*binge drinking* e consumo giornaliero eccedentario) (Tabella 4) mostra che tra gli uomini di 18-64 anni la prevalenza di *binge drinkers* è più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario sia a livello nazionale che in quasi tutte le regioni del Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia), in Molise, in Abruzzo, in Basilicata, in Calabria ed in Sardegna. Tra le donne, invece, si registrano valori più elevati di consumatrici a rischio per consumo giornaliero eccedentario rispetto ai *binge drinkers* sia a livello nazionale che in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Marche; tra le donne, inoltre, l'unica regione in cui la prevalenza di *binge drinkers* risulta notevolmente superiore a quella dei consumatori giornalieri eccedentari è la PA di Bolzano che, come per gli uomini, fa registrare il dato più elevato di tutte le altre realtà territoriali.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2012, è pari al 42,9% tra gli uomini e all'11,6% tra le donne, senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione. La percentuale di anziani 65-74 anni a rischio notevolmente superiore al dato nazionale si è registrata, per entrambi i generi, in Lombardia (M=50,1%; F=16,8%), mentre si rilevano valori notevolmente inferiori al dato nazionale nel Lazio ed in Sicilia tra gli uomini ed in Puglia tra le donne. La prevalenza risulta più elevata tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni.

Molto anziani (Tabella 6). La prevalenza degli anziani di 75 anni ed oltre a rischio, nel 2012, è risultata pari al 37,7% per gli uomini ed all'8,7% per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini, valori particolarmente supe-

riori al dato nazionale si registrano in Friuli Venezia Giulia (47,9%), in Veneto (46,1%), nelle Marche (47,1%) ed in Molise (50,3%), mentre tra le donne valori superiori al dato nazionale si registrano, in particolar modo, in Valle d'Aosta (21,2%), in Lombardia (14,7%),

nella PA di Bolzano (14,5%) ed in Molise (14,9%); i valori più bassi si riscontrano, invece, per entrambi i generi e come nella precedente rilevazione, in Sicilia (M=18,5%; F=4,1%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di non consumatori e di consumatori di alcol per regione - Anni 2011-2012*

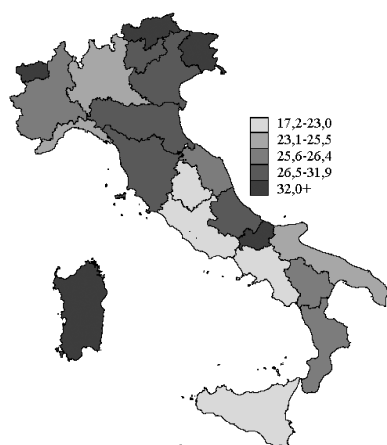
Regioni	2011				2012			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,4	26,8	31,2	67,1	4,7	30,0	34,7	64,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,7	22,1	26,7	71,1	4,7	25,5	30,2	68,2
Lombardia	5,2	25,0	30,2	68,6	4,9	28,1	33,0	66,4
Bolzano-Bozen	7,5	17,1	24,6	72,0	5,5	18,0	23,5	74,6
Trento	9,3	26,7	35,9	63,7	7,6	28,4	36,0	63,6
Veneto	6,1	24,4	30,5	69,0	4,5	24,3	28,7	70,4
Friuli Venezia Giulia	6,3	24,3	30,5	67,6	4,3	23,7	28,0	69,9
Liguria	5,3	28,6	33,8	65,7	3,4	25,9	29,3	69,5
Emilia-Romagna	5,3	24,6	29,8	68,7	4,7	26,4	31,0	66,8
Toscana	6,6	26,8	33,4	64,6	4,1	27,9	32,0	66,6
Umbria	4,8	29,1	33,9	64,9	4,4	31,4	35,8	63,6
Marche	6,9	26,9	33,8	64,5	4,3	26,0	30,3	67,8
Lazio	5,8	26,0	31,8	66,9	3,5	28,9	32,5	65,3
Abruzzo	5,8	29,5	35,3	63,5	3,5	31,5	35,0	62,9
Molise	5,2	32,9	38,1	61,1	5,9	31,9	37,8	61,4
Campania	5,2	33,5	38,6	60,4	4,0	35,7	39,7	59,6
Puglia	5,0	32,8	37,8	61,7	3,2	34,4	37,6	61,6
Basilicata	3,1	34,0	37,1	60,1	3,1	37,4	40,5	56,5
Calabria	4,5	30,7	35,2	63,6	4,5	34,9	39,4	59,7
Sicilia	6,3	34,5	40,8	56,3	2,6	36,3	38,9	59,8
Sardegna	7,5	28,9	36,4	62,5	4,5	34,7	39,2	59,7
Italia	5,6	28,0	33,6	65,0	4,1	30,0	34,2	64,6

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

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2012, 2013.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2012



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2012

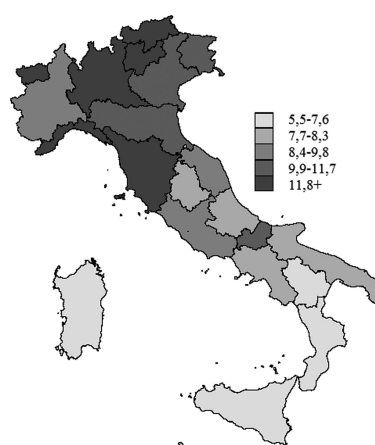


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 11-17 anni per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	22,1	17,1	19,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,4	28,2	32,1
Lombardia	19,9	15,8	17,9
Bolzano-Bozen	28,1	29,4	28,9
Trento	27,3	23,4	25,6
Veneto	22,9	21,4	22,2
Friuli Venezia Giulia	24,4	26,9	25,5
Liguria	15,6	28,2	21,3
Emilia-Romagna	30,2	17,6	23,8
Toscana	23,4	22,1	22,8
Umbria	22,0	21,2	21,6
Marche	29,3	14,1	22,3
Lazio	12,0	9,8	11,0
Abruzzo	15,5	12,1	13,7
Molise	34,7	6,9**	20,1
Campania	15,2	15,0	15,1
Puglia	31,1	21,9	26,6
Basilicata	20,4	14,1	17,6
Calabria	21,0	11,2	16,2
Sicilia	26,3	19,2	23,0
Sardegna	23,9	9,9	17,2
Italia	22,0	17,3	19,7

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

**Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2013.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	20,0	8,9	14,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,6	13,3	20,5
Lombardia	17,3	10,5	14,0
Bolzano-Bozen	41,2	16,3	29,1
Trento	29,3	10,5	19,8
Veneto	23,8	9,0	16,5
Friuli Venezia Giulia	29,3	8,1	18,7
Liguria	16,4	11,3	13,8
Emilia-Romagna	21,9	9,3	15,6
Toscana	21,2	11,3	16,2
Umbria	15,3	5,6	10,4
Marche	19,3	9,8	14,5
Lazio	14,0	7,9	10,9
Abruzzo	24,5	8,2	16,3
Molise	28,1	10,2	19,1
Campania	14,8	7,4	11,1
Puglia	17,1	7,8	12,4
Basilicata	21,1	5,8	13,5
Calabria	24,9	5,1	14,9
Sicilia	17,2	6,7	11,8
Sardegna	30,2	7,5	18,9
Italia	19,5	8,7	14,1

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

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2013.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere, tipologia di comportamento a rischio e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi		Femmine	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	8,1	14,9	5,0	4,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,4	22,7	7,6	5,7
Lombardia	6,2	13,0	6,4	4,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	8,3	37,8	3,1	13,8
<i>Trento</i>	9,8	23,3	4,3	6,6
Veneto	9,3	17,4	4,7	4,7
Friuli Venezia Giulia	10,5	22,8	4,2	4,8
Liguria	9,0	10,4	8,5	3,8
Emilia-Romagna	11,5	13,8	6,2	3,9
Toscana	12,6	11,6	8,2	4,1
Umbria	6,4	10,8	3,3	2,3
Marche	10,4	13,8	7,5	2,6
Lazio	7,3	9,4	5,1	3,0
Abruzzo	11,9	16,8	3,7	4,8
Molise	11,9	20,3	5,9	4,8
Campania	8,0	8,8	4,8	2,8
Puglia	9,5	10,2	5,3	2,9
Basilicata	11,9	14,2	4,3	2,0
Calabria	10,8	20,5	2,4	3,1
Sicilia	5,5	13,8	4,1	4,3
Sardegna	11,3	24,1	3,9	4,0
Italia	8,7	13,8	5,4	4,0

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

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2013.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 65-74 anni per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	46,5	6,6	25,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	56,0	11,8	31,3
Lombardia	50,1	16,8	32,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	51,3	12,7	30,8
<i>Trento</i>	44,1	16,3	29,6
Veneto	45,1	12,2	28,7
Friuli Venezia Giulia	45,7	12,5	29,0
Liguria	50,9	16,7	31,7
Emilia-Romagna	40,8	17,4	28,3
Toscana	49,3	11,6	29,5
Umbria	38,3	13,1	25,4
Marche	46,7	6,1	26,0
Lazio	31,9	11,5	20,6
Abruzzo	51,4	8,4	29,3
Molise	50,0	9,8	27,4
Campania	37,2	10,6	23,4
Puglia	43,9	4,7	24,0
Basilicata	52,4	4,4*	27,0
Calabria	33,8	8,9	21,6
Sicilia	27,5	7,8	17,2
Sardegna	46,2	9,0	26,1
Italia	42,9	11,6	26,5

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2013.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	40,7	10,1	21,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	36,5	21,2	27,6
Lombardia	42,3	14,7	25,0
Bolzano-Bozen	35,9	14,5	23,0
Trento	38,7	10,2	20,2
Veneto	46,1	10,6	22,6
Friuli Venezia Giulia	47,9	9,0	23,1
Liguria	40,0	11,0	22,4
Emilia-Romagna	43,0	9,6	22,8
Toscana	35,1	10,1	19,5
Umbria	44,0	6,6	20,8
Marche	47,1	6,8	21,3
Lazio	29,7	7,9	16,5
Abruzzo	41,3	4,1	18,3
Molise	50,3	14,9	29,8
Campania	36,3	4,7	16,0
Puglia	38,3	2,8*	16,1
Basilicata	43,4	11,8	24,5
Calabria	26,5	1,9*	11,2
Sicilia	18,5	4,1	9,6
Sardegna	37,6	5,8	18,7
Italia	37,7	8,7	19,6

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le principali componenti del rischio alcol-correlato in Italia si caratterizzano per una netta distinzione tra i comportamenti a rischio degli adulti rispetto a quelli tipici del mondo giovanile (4). Da un lato, nella popolazione in età produttiva maschile, almeno il 10% non rispetta le Linee Guida e il 14% dichiara episodi d'intossicazione con l'evidenza di almeno un uomo su quattro che necessita di un intervento di carattere medico. Una donna su dieci in età produttiva si ritrova nella stessa condizione. Gli anziani rappresentano un *target* di popolazione sensibile in cui la componente di rischio legata all'alcol è rappresentata dalla cronicità del comportamento e dalla scarsa moderazione nel consumo. Nella classe di età 64-75 anni si "annida" la quota maggiore di consumatori a rischio, verosimilmente negletti (8) in termini di prevenzione almeno quanto gli ultra 74enni, tra i quali quattro uomini su dieci e una donna su dieci sono a maggior rischio rappresentando, verosimilmente, un rilevante problema in termini di ricorso alle prestazioni sanitarie documentate annualmente dalle Relazioni al Parlamento del Ministro della Salute. I giovani sono il terzo *target* di popolazione vulnerabile su cui evidentemente le campagne e le iniziative di prevenzione hanno meno presa rispetto al *marketing* commerciale e della promozione delle bevande alcoliche che ha, nei fatti, un *appeal* (e investimenti) molto superiore rispetto agli investimenti specifici in prevenzione.

Due minori su dieci sono a rischio in Italia, ponendo un grave problema di legalità alla luce dell'infrazione delle normative che vietano vendita e somministrazione ai minori di 18 anni per i quali la componente "intossicazione" è prevalente rispetto all'eccedenza su base quotidiana (9). Gli effetti sui livelli nazionali di mortalità alcol-correlata sono resi noti dall'Osservatorio Nazionale Alcol e la stima cautelativa di oltre 17.000 decessi evitabili è dirimente rispetto all'urgenza di interventi improcrastinabili differenziati di prevenzione universale e specifica volti ad evitare esiti fatali che nei giovani riguardano soprattutto l'incidentalità stradale e, nel resto della popolazione, condizioni croniche e invalidanti tra cui una quota rilevante di decessi per numerosi tipi di cancro. Garantire protocolli di identificazione e di riferimento sanitario per tutti i casi di intossicazione alcolica giunti all'osservazione medica nei Pronto Soccorso è uno strumento da prevedere in termini di accessibilità a cure adeguate alla persona, che deve poter contare su una continuità assistenziale integrata ospedale-territorio che oggi non è né formalizzata né coordinata (10). Centrale, quindi, risulta il *case-management*. Non è più ipotizzabile, infatti, una gestione delle problematiche alcol-correlate svincolata da una rete di competenza che coinvolga i medici di famiglia per l'indispensabile integrazione dell'identificazione precoce ed intervento breve nella pratica quotidiana, prassi che l'Osservatorio Nazionale Alcol

e gli economisti dell'Università di Sheffield (11) hanno dimostrato portare per la situazione italiana grandi vantaggi in termini di riduzione di morbilità, mortalità e guadagno in qualità della vita con una spesa, che sarebbe opportuno definire investimento, di circa 500 euro per persona per ogni anno di vita speso in condizioni di buona salute. Appare indispensabile ripensare alla gestione del problema alcol-correlato individuando specifiche competenze sia sanitarie che sociali (12-14). Lo sviluppo di un *case management*, strumentale ad una corretta gestione clinica, permetterebbe, infatti, l'accertamento delle condizioni di comorbilità internista o spesso psichiatrica, la presenza di danno di organo in atto, la valutazione delle opzioni di trattamento finalizzate al blocco della progressione del danno e la prevenzione delle complicanze (15-17). Infine, non ultimo ma centrale, la riorganizzazione del sistema di cura dell'alcol-dipendente; il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve poter giungere ad esercitare la capacità di attrazione verso cure accessibili, equamente disponibili sull'intero territorio nazionale, efficaci e garantite da un sistema di valutazione dell'efficacia del trattamento ad oggi completamente ignorato nonostante costi al SSN decine di milioni di euro l'anno. Colmare il *gap* tra utenti dei servizi osservati e attesi è una delle principali sfide da affrontare.

Nella popolazione occorre garantire un bilanciamento tra i messaggi promozionali volti a produrre una comunicazione commerciale sempre più aggressiva e confondente e quelli di salute pubblica con investimenti adeguati all'entità del problema che, senza adeguato contrasto, continuerà a generare costi sempre più elevati che appare iniquo imporre alla società, in particolare in tempi di crisi economica in cui la riduzione dei costi evitabili genererebbe disponibilità di fondi da investire in prevenzione e ricerca.

Necessari sono anche gli investimenti per formazione professionale su strumenti e tecniche di identificazione precoce e intervento breve, ampiamente carenti come dimostrato dai Progetti europei ODHIN e AMPHORA (18, 19); per la comunicazione del rischio da integrare in protocolli di prevenzione, a partire da quelli oncologici, considerato l'elevato impatto dell'uso di alcol sulla mortalità da cancro alcol-correlata; per la creazione di programmi di prevenzione personalizzabili ad accesso informatizzato (20, 21) e ai contesti privilegiati rappresentati dai luoghi di lavoro (22). Il monitoraggio degli indicatori è fondamentale per garantire che qualunque obiettivo di salute, i piani o le strategie di prevenzione ricevano idonea valutazione. Garantire infrastrutture e adeguate risorse in grado di mantenere nel tempo un sistema di monitoraggio è parte integrante della capacità di contrastare l'impatto alcol-correlato nella società e di garantire la *Public Health response* invocata da tutte le strategie, sia comunitarie che internazionali, a cui

l'Italia aderisce nell'obiettivo condiviso di migliorare la qualità della vita e lo stato di salute individuale e sociale.

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: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2112_a_llegato.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, Scafato E, Galluzzo L, VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people from a public health perspective. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 2012; 48 (03): 232-247.
- (9) Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Parisi N, Di Pasquale L, Gandin C. Consumo di alcol. Rapporto Osservasalute 2013. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane 2013; 40-47.
- (10) Scafato E. Alcol e alcoldipendenza: cura della persona, cura della malattia. Prefazione del rapporto ISTISAN 2013 [editorial]. Alcologia 2013; 16 (Apr): 8-9.
- (11) Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. BMC family practice 2014; 15 (1): 26.
- (12) Scafato E. L'alcoldipendenza in Italia: un peso sociale [editorial]. Alcologia 2014; 18 (Apr): 8-12.
- (13) Rehm J, Marmet S, Anderson P, Gual A, Kraus L, Nutt DJ, Room R, Samokhvalov AV, Scafato E, Trapencieris M, Wiers RW, Gmel G. Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? Alcohol and alcoholism 2013; 48 (6): 633-640.
- (14) Rehm J, Anderson P, Gual A, Kraus L, Marmet S, Nutt DJ, Room R, Samokhvalov AV, Scafato E, Shield KD, Trapencieris M, Wiers RW, Gmel G. The tangible common denominator of substance use disorders. A reply to commentaries to Rehm et al. (2013a) [letter]. Alcohol and alcoholism 2014; 49 (1): 118-122.
- (15) Testino G, Patussi V, Scafato E, Ancarani AO, Borro P. Alcohol, cardiovascular disease and cancer [letter].

Alcohol and alcoholism 2013; 48 (5): 627-628.

(16) Testino G, Ancarani AO, Patussi V, Scafato E. Consumo rischioso-dannoso di alcol: è necessario rivedere lo screening oncologico? *Alcologia* 2013; 17 (Set): 11-18.

(17) Testino G, Schiappacasse G, Viotti A, Ferrando A, Bottaro L, Ancarani AO, Patussi V, Londi I, Scafato E. Consumo di alcol e tumori. *Italian journal on addiction* 2013; 3 (4): 23-29.

(18) Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A, ed. *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2. ed 2013. p. 72-93.

(19) Gandin C, Scafato EP. Optimizing Delivery of Health Care Interventions (ODHIN). ODHIN Assessment tool-report. A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption.

Bruxelles: European Commission. Seventh Framework Programme; 2013.

(20) Struzzo P, Scafato E, McGregor R, Della Vedova R, Verbano L, Lygidakis C, Tersar C, Crapesi L, Tubaro G, Freemantle N, Wallace P. A randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR-FVG): the study protocol. *BMJ open* 2013; 3 (2): e002304.

(21) Wallace P, Struzzo P, Della Vedova R, Tersar C, Verbano L, Lygidakis H, MacGregor R, Freemantle N, Scafato E. Randomised controlled non-inferiority trial of primary care based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR-FVG) [abstract]. *Addiction science & clinical practice* 2013; 8 (1 Suppl): A83.

(22) Londi I, Fanucchi T, Magri G, Alunni F, Spampinato M, Patussi V, Testino G, Scafato E. Alcohol and the workplace: the experience of Tuscan Alcoholological Centre (CAR) training and early identification and brief intervention methodology [abstract]. *Addiction science & clinical practice* 2013; 8 (1 Suppl): A42.

Sovrappeso ed obesità

Significato. 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. Molti governi stanno adottando nuovi approcci di prevenzione ed interventi sulla popolazione in quanto, negli ultimi 30 anni, l'obesità è più che raddoppiata ed attualmente, a livello globale, ci sono più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso; di questi oltre 200 milioni di uomini e

quasi 300 milioni di donne sono obesi (1).

In molti Paesi della Regione Europea, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza di obesità è addirittura triplicata dagli anni Ottanta e continua a crescere, divenendo responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2). In Italia, nel 2013, poco più di quattro adulti su dieci (45,8%) sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di 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

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

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

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 (m²). 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 ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 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. 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 2013 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 2013, più di un terzo della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre più di una persona su dieci è obesa (10,3%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1 e Grafico 1). Questi valori non sono variati rispetto al 2012, segno che si tratta di un fenomeno per il quale è necessario analizzare inter-

valli temporali più ampi per apprezzarne variazioni. 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, di più di 18 anni, obese (Basilicata 14,2%, Molise 12,7%, Abruzzo 12,1% e Puglia 12,0%) ed in sovrappeso (Campania 41,6%, Puglia 39,2% e Sicilia 39,1%) rispetto alle regioni settentrionali che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Bolzano 6,8%, Piemonte 8,3% e PA di Trento 8,8%; sovrappeso: Liguria 31,6% e Lombardia 31,8%).

Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macro-regioni (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, nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (circa 5 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese). Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone 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 15,1% della fascia di età 18-24 anni al 46,4% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,5% al 16,4% 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 44,1% degli uomini rispetto al 27,5% delle don-

ne ed obeso l'11,5% degli uomini rispetto al 9,3% delle donne. La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali è, sia per gli uomini che per le don-

ne, quella tra i 65-74 anni (uomini 52,5% e 17,9%; donne 41,0% e 15,1%, in sovrappeso ed obesi rispettivamente) (Tabella 2).

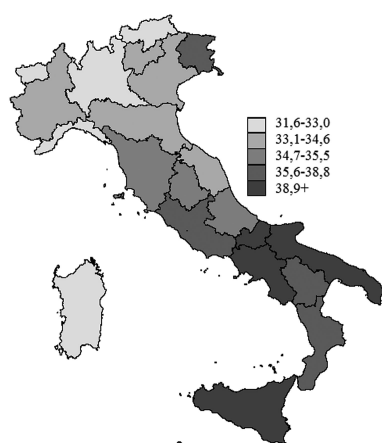
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2013

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,1	8,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,1	11,3
Lombardia	31,8	10,2
Bolzano-Bozen	32,3	6,8
Trento	34,5	8,8
Veneto	34,5	10,6
Friuli Venezia Giulia	35,6	10,2
Liguria	31,6	9,6
Emilia-Romagna	34,3	10,7
Toscana	35,1	10,0
Umbria	34,7	11,1
Marche	34,5	9,8
Lazio	35,7	9,9
Abruzzo	35,3	12,1
Molise	38,9	12,7
Campania	41,6	10,3
Puglia	39,2	12,0
Basilicata	38,5	14,2
Calabria	37,5	10,5
Sicilia	39,1	10,8
Sardegna	32,9	9,9
Italia	35,5	10,3

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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

Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2013



Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2013

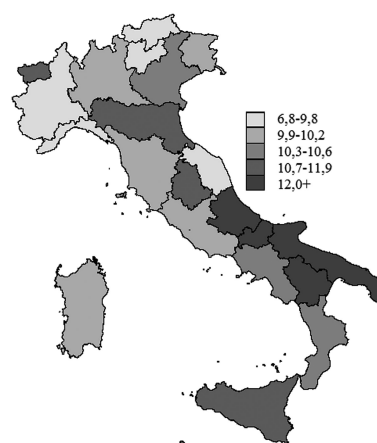


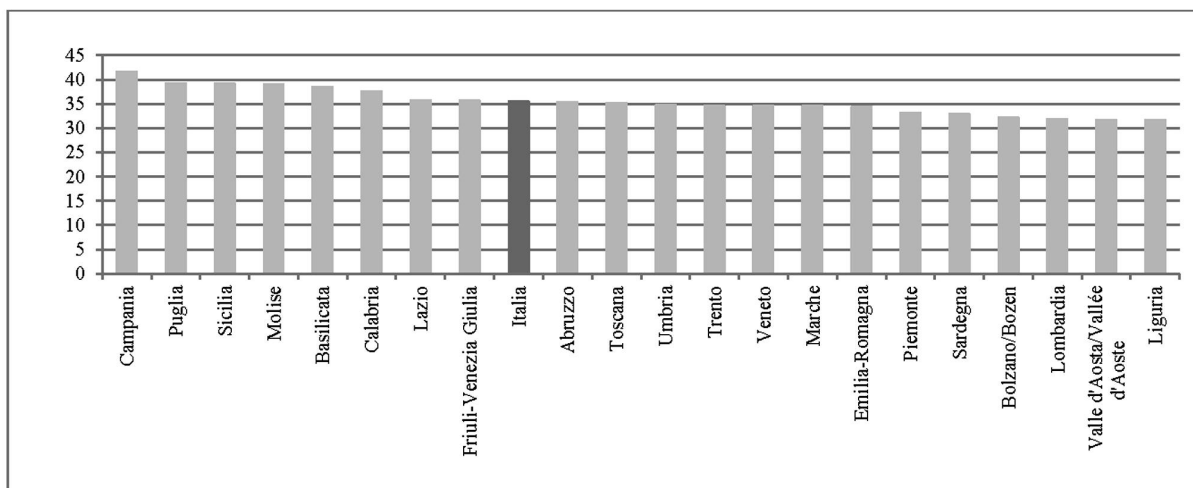
Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2013

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	20,1	10,0	15,1	2,6	2,3	2,5
25-34	33,0	15,1	24,2	6,0	3,8	4,9
35-44	42,9	20,4	31,6	10,7	5,8	8,3
45-54	50,6	26,9	38,4	12,3	9,5	10,8
55-64	51,9	33,9	42,8	16,9	12,1	14,5
65-74	52,5	41,0	46,4	17,9	15,1	16,4
75 ed oltre	49,3	39,9	43,5	10,8	14,0	12,8
Totale	44,1	27,5	35,5	11,5	9,3	10,3

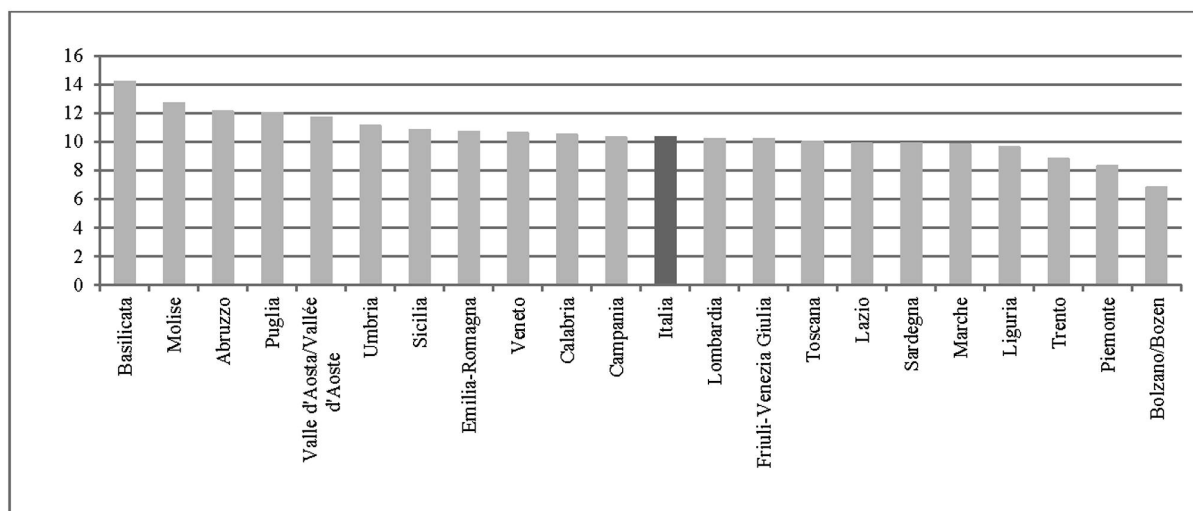
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2013

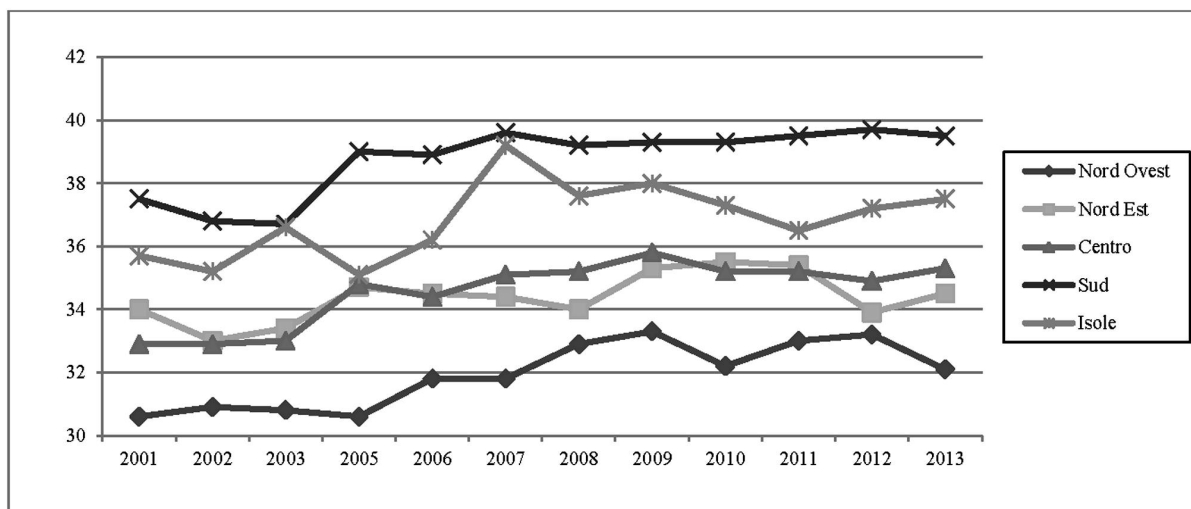
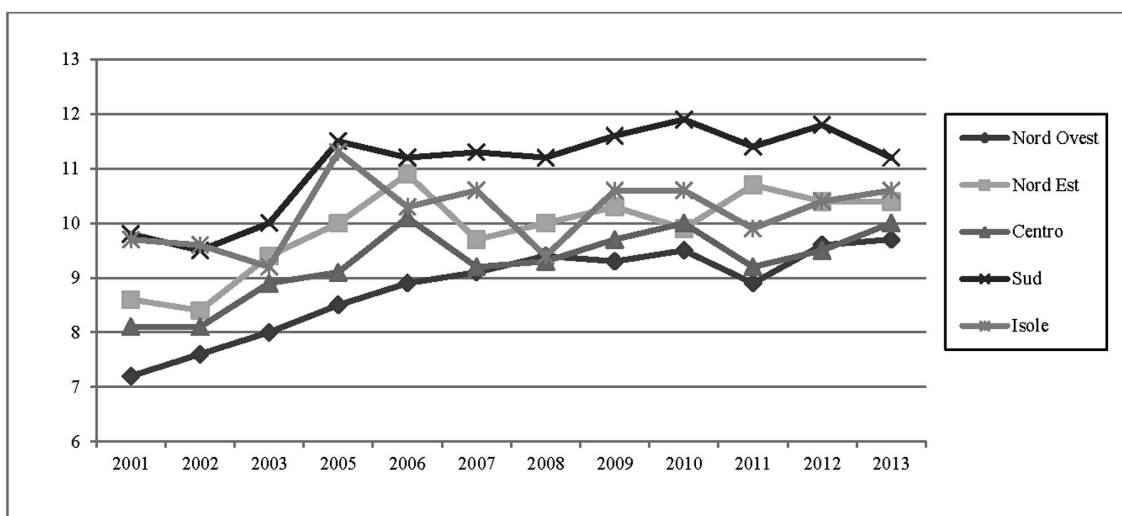
Persone in sovrappeso



Persone obese



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

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2013**Persone in sovrappeso****Persone obese**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

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 (45,8%) risulti in eccesso ponderale è, senza dubbio, un dato allarmante. La rilevanza del problema ha portato, negli ultimi anni, ad un incremento 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. La collaborazione inter-istituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per migliorare sia l'offerta dei servizi di

assistenza che gli interventi terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare. L'esempio più concreto è il programma nazionale "Guadagnare Salute" che si pone come obiettivo quello di promuovere campagne informative ed educative affinché le persone possano fare le scelte migliori per la propria salute e mira ad agire in modo integrato e coordinato per contrastare i principali fattori di rischio modificabili, in

particolare con iniziative dedicate all'educazione alimentare.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N° 311, March 2013.
- (2) WHO European Region Obesity, 2013.
- (3) Sistema di sorveglianza Passi, 2012.
- (4) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.

Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, attualmente, più di 30 milioni di bambini in eccesso di peso vivano in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono

all'obesità in età preadolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato che, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione da adulti (4).

In Italia, a partire dal 2010, l'Istituto Nazionale di Statistica ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso dei minori di 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", condotta annualmente su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui.

Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (6-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

Prevalenza di minori in eccesso di peso

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 6-17 anni in sovrappeso od obese}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo di 6-17 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri, strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale.

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori, sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di 6-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce di per sé un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (5) ampiamente utilizzati in numerosi studi nazionali (6) ed internazionali (7). Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC pari a 25 per il sovrappeso e

pari a 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

La possibilità di avere tramite l'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (le regioni o in alternativa macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione a informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva *versus* sedentarietà.). È possibile, inoltre, effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.

I dati vengono forniti come stime biennali che costituiscono valori più robusti e che permettono, quindi, un livello di analisi anche subnazionale.

¹Tra i *cut point* più utilizzati a livello internazionale, possiamo citare anche i *cut point* CDC-2000, WHO-2006, Cole-IOTF 2012. Nel contesto italiano, va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani dai 2 ai 20 anni.

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e dei ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento. Essendo i dati utilizzati per queste analisi disponibili dal 2010 in poi, non si dispone ancora di una serie storica di dati a cui riferirsi; si può, quindi, assumere come riferimento il valore più basso registrato nel biennio considerato (2012-2013). Tuttavia, per il futuro, quando si disporrà anche di una serie storica di dati, si potrà ipotizzare di assumere come riferimento un andamento tendenziale che vada verso la diminuzione del fenomeno nei gruppi di popolazione in cui è più diffuso (maschi, 6-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.) e che si attesti verso valori più bassi.

Descrizione dei risultati

I dati (media 2012-2013) mostrano che in Italia i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole e pari al 26,5%.

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (29,6% contro il 23,3%). Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove raggiunge quasi il 34%. Al crescere dell'età il sovrappeso e l'obesità vanno, tuttavia, diminuendo fino a raggiungere il

valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni.

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud e Isole. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano significativamente passando dal Nord al Sud del Paese (34,4% al Sud rispetto al 21,2% del Nord-Ovest, al 20,8% del Nord-Est, al 25,6% del Centro e al 30,5% delle Isole), con percentuali particolarmente elevate in Campania (38,9%), Calabria (34,5%), Molise (32,5%), Sicilia (32,0%) e Puglia (30,0%).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso. Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere anche loro in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso la percentuale di bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni in sovrappeso o obesi sale al 36,4% rispetto alla percentuale del 27,0% (solo madre in eccesso di peso) e del 26,7% (solo padre in eccesso di peso). La quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso scende al 20,6%. Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese.

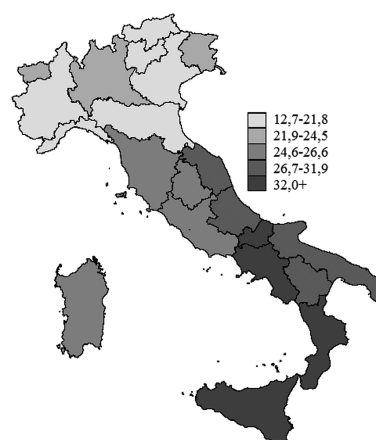
Tabella 1 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2012-2013

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10 anni	32,8	34,6	33,7
11-13 anni	32,1	20,0	26,4
14-17 anni	23,7	11,3	17,6
Totale	29,6	23,3	26,5

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Tabella 2 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per regione - Anni 2012-2013

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	20,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,0
Lombardia	21,9
Bolzano-Bozen	12,7
Trento	18,8
Veneto	21,5
Friuli Venezia Giulia	22,2
Liguria	17,8
Emilia-Romagna	21,1
Toscana	25,4
Umbria	24,6
Marche	26,7
Lazio	25,6
Abruzzo	28,0
Molise	32,5
Campania	38,9
Puglia	30,0
Basilicata	29,4
Calabria	34,5
Sicilia	32,0
Sardegna	24,6
Italia	26,5

Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per regione. Anni 2012-2013

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Tabella 3 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per genere, titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2012-2013

Titolo di studio della madre*	Maschi	Femmine	Totale
Dottorato di ricerca e Laurea	27,8	20,3	23,9
Diploma scuola superiore	26,5	21,1	23,9
Scuola dell'obbligo	32,6	26,5	29,6
Titolo di studio del padre*			
Dottorato di ricerca e Laurea	23,2	15,2	19,2
Diploma scuola superiore	26,9	22,6	24,8
Scuola dell'obbligo	32,2	25,8	29,1
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche ottime-adequate	28,0	21,3	24,8
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,0	25,2	28,1
Eccesso di peso dei genitori*			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	24,3	16,5	20,6
Solo la madre in eccesso di peso	29,6	24,5	27,0
Solo il padre in eccesso di peso	28,9	24,3	26,7
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	40,9	32,0	36,4
Totale	29,6	23,3	26,5

*Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo in Italia, ma anche in tutti i Paesi del resto del mondo, e che merita una particolare attenzione.

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso dei bambini e dei ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede nel Meridione, tra chi vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e tra chi ha un livello socio-economico non elevato).

Ciò risulta di particolare importanza perché consente di avere strumenti teorici importanti che possono essere utilizzati per costruire azioni di prevenzione e di contrasto del fenomeno.

Un ruolo importantissimo e che gioca un ruolo fondamentale è costituito dalla famiglia, figura centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi e luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivazione dell'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N° 311, May 2014.
- (2) Reilly J J, Methven E., McDowell Z. C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula M K, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.
- (4) Rolland-Cachera M. F, Deheeger M., Bellisle F., Guilloud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984).
- (5) Cole T. J., Bellizzi M. C, Flegal K. M., Dietz W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1240.
- (6) Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma 10-12 settembre 2002). Istat.
- (7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006; 17 (3): 27-42.
- (8) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11_/25.
- (9) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (10) Cacciari E, Milani S, Balsamo A and SIEDP Directive Council 2002-03. Italian cross sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J Endocrinol Invest 29; 581-93, 2006.

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 trenta minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana (1), 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 (2).

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 (3). 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

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

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2013 su un campione di 19.150 famiglie, per un totale di circa 46.300 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 2013, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 30,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni (Tabella 1). Tra questi, il 21,5% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,1% in modo saltua-

rio. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 27,9% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 24 milioni e 300 mila, pari al 41,2%. 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). Stabile nel 2013, rispetto al 2012, la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo o saltuario, mentre si registra una diminuzione di 1,3 punti percentuali nella quota di coloro che dichiarano di svolgere qualche attività fisica (dal 29,2% del 2012 al 27,9% del 2013). Inoltre, rispetto all'anno precedente nel 2013, in entrambi i generi, si riscontra un aumento significativo per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne).

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 Valle d'Aosta, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia, rappresentano la zona del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre va inclusa nella pratica di sport in modo saltuario anche la PA di Trento.

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 dedicarsi 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 (18,9%), la Calabria (21,0%) e la Sicilia (21,2%). 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 19,1%, Puglia 19,6% e Campania 21,1%).

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 Campania (59,6%) e in Sicilia (59,3%) 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 i maschi nella fascia di età 11-14 anni (70,7%) e per le femmine in quella tra i 6-14 anni (circa il 54%)

(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 continuo fino ai 64 anni (38,2%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, in cui aumenta la percentuale di sedentari, pari al 72,5% 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 sono simili tra bambine e bambini (Tabella 3). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità e l'11,1% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 17,2% e del 7,3%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (45,8% vs 36,2%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2013

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
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
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

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

Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2013

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	19,4	10,0	35,1	35,3	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,1	12,0	28,0	31,0	n.a.
Lombardia	26,1	10,3	29,9	33,4	0,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>34,4</i>	<i>18,1</i>	<i>32,6</i>	<i>14,1</i>	<i>0,9</i>
Trento	25,8	17,6	40,7	15,9	n.a.
Veneto	26,9	11,2	37,4	24,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	26,8	12,1	32,5	28,4	0,2
Liguria	21,0	6,8	29,2	42,8	0,2
Emilia-Romagna	26,1	10,0	32,6	31,2	0,1
Toscana	24,3	9,0	29,3	37,0	0,3
Umbria	21,4	10,0	28,0	40,7	n.a.
Marche	23,7	9,5	31,0	35,5	0,3
Lazio	24,0	8,5	23,3	43,8	0,4
Abruzzo	20,0	7,3	27,9	44,3	0,4
Molise	17,9	6,0	25,2	50,7	n.a.
Campania	12,7	6,2	21,1	59,6	0,4
Puglia	17,2	8,2	19,6	54,3	0,6
Basilicata	17,5	7,1	23,9	51,2	0,2
Calabria	14,3	6,7	26,3	52,4	0,3
Sicilia	13,1	8,1	19,1	59,3	0,3
Sardegna	22,1	8,7	30,5	38,6	0,2
Italia	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3

n.a. = non applicabile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

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

Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica per regione. Anno 2013

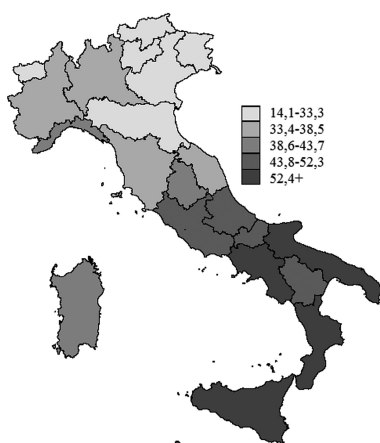


Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone che praticano sport o attività fisica per genere e classe di età - Anno 2013

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	20,3	4,1	22,0	50,6	3,0
6-10	58,1	6,3	12,6	22,4	0,6
11-14	61,8	8,9	14,7	14,5	0,1
15-17	54,4	12,5	15,7	17,3	0,1
18-19	43,8	16,9	18,7	20,6	n.a.
20-24	41,6	18,0	17,1	23,1	0,1
25-34	33,8	16,0	20,1	30,0	0,1
35-44	25,4	14,5	25,0	34,8	0,4
45-54	19,7	12,2	28,6	39,3	0,2
55-59	15,0	10,2	33,5	41,2	0,1
60-64	13,9	8,4	38,8	38,8	0,1
65-74	9,8	7,3	40,1	42,5	0,2
75 ed oltre	4,8	2,5	29,7	62,8	0,2
Totale	26,0	11,1	26,4	36,2	0,3
Femmine					
3-5	20,5	3,3	23,8	49,7	2,8
6-10	49,3	5,2	17,8	27,2	0,6
11-14	46,6	7,6	21,3	24,2	0,4
15-17	37,1	9,3	25,3	28,2	n.a.
18-19	27,0	12,4	25,8	34,5	0,3
20-24	24,3	13,7	29,4	32,6	*
25-34	20,2	10,3	29,7	39,7	*
35-44	16,7	10,4	31,2	41,6	0,1
45-54	13,9	8,5	36,0	41,3	0,2
55-59	12,6	6,8	36,8	43,6	0,3
60-64	11,7	5,6	37,6	44,6	0,5
65-74	7,8	3,7	32,5	55,7	0,2
75 ed oltre	2,9	1,2	16,8	78,6	0,5
Totale	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
Totale					
3-5	20,4	3,7	22,9	50,1	2,9
6-10	53,8	5,7	15,1	24,7	0,6
11-14	54,5	8,3	17,8	19,1	0,3
15-17	46,3	11,0	20,2	22,5	*
18-19	35,8	14,8	22,1	27,2	0,1
20-24	33,0	15,8	23,3	27,8	0,1
25-34	27,1	13,2	24,9	34,8	*
35-44	21,0	12,4	28,1	38,2	0,2
45-54	16,7	10,3	32,4	40,3	0,2
55-59	13,8	8,5	35,1	42,4	0,2
60-64	12,8	7,0	38,2	41,8	0,3
65-74	8,7	5,4	36,1	49,5	0,2
75 ed oltre	3,6	1,7	21,8	72,5	0,4
Totale	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3

n.a. = non applicabile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**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 2013 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge

che il rischio di essere sedentari, ad oggi più di due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne. Aspetti, questi, fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

Una delle più recenti, ma antiche strategie volte ad

aumentare l'attività motoria riguardano: l'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani), sia per la potenzialità di impatto sull'intera popolazione che per la molteplicità dei benefici tra cui il miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), la riduzione dell'inquinamento atmosferico ed acustico e il minor 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 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) World Health Organization (WHO). Physical activity, Fact sheet N. 385, February 2014.
- (2) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
- (3) 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 obbligatorie nei bambini fino al 24° mese di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV) e Poliomielite, e delle vaccinazioni raccomandate dalle Autorità Sanitarie centrali, quindi *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e anti-Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR) (per quest'ultimo una dose).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Bambini vaccinati di età <24 mesi}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente di età <24 mesi}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute. I tassi al 24° mese per MPR si riferiscono ad 1 dose. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

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 2000-2013 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi), una minima riduzione della copertura vaccinale per Poliomielite (-1,2%) ed un incremento per DT o DTP (0,1%) e per HBV (1,3%), ma soprattutto per Hib (72,8%) e per MPR (18,9%).

Da evidenziare, per le vaccinazioni obbligatorie, è il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel

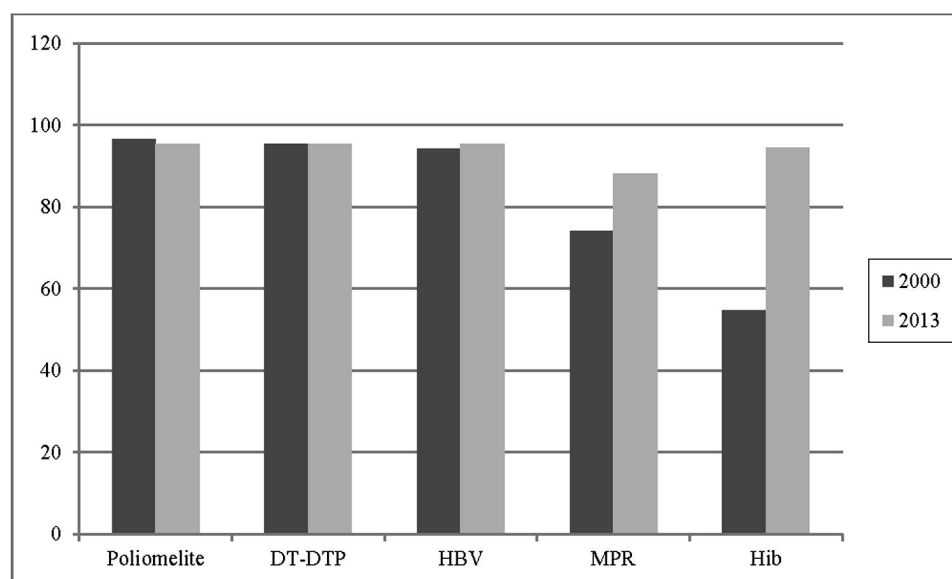
vigente PNPV, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età. Anche il parametro stabilito nel PNEMoRc è il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di almeno il 95% di copertura vaccinale, ma per questa profilassi tali valori non sono stati ancora conseguiti.

Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2013 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV, ad eccezione della Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Molise, Campania e Calabria.

Per quanto riguarda la vaccinazione raccomandata anti-MPR, invece, il valore ottimale previsto dal PNEMoRc non è stato raggiunto in nessuna regione.

Essendo il morbillo e la rosolia malattie infettive contagiose, il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale non permette di bloccare la circolazione dei due virus per cui, periodicamente, si sono registrate epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Infine, il raggiungimento, sia a livello nazionale che in diverse regioni di un valore di copertura nazionale molto vicino al valore ottimale (94,5% vs 95,0%) per l'Hib per il quale si usa un vaccino raccomandato ma non obbligatorio, è correlato all'uso di preparati vaccinali combinati previsti nel primo anno di vita.

Grafico 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia di vaccino - Anni 2000-2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia di vaccino e regione - Anno 2013

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	96,7	96,8	96,5	92,1	96,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	93,7	93,8	93,1	83,9	92,9
Lombardia	96,0	96,0	95,8	92,6	95,2
Bolzano-Bozen	88,8	88,8	88,3	68,9	89,4
Trento	94,5	94,4	94,1	86,3	93,6
Veneto	93,7	93,8	93,5	90,0	93,3
Friuli Venezia Giulia	94,3	94,6	93,8	87,8	93,7
Liguria	95,7	95,8	95,7	85,8	95,3
Emilia-Romagna	96,1	96,0	95,8	91,3	95,3
Toscana	95,8	96,0	95,7	90,1	95,7
Umbria	97,1	96,8	96,6	93,1	96,6
Marche	96,8	96,8	96,7	87,4	96,7
Lazio	98,0	97,9	99,1	88,5	97,8
Abruzzo	97,7	97,7	97,7	92,4	97,7
Molise	94,6	94,6	94,6	84,5	94,6
Campania	92,7	92,7	92,7	86,8	92,6
Puglia	95,7	95,7	95,7	90,6	95,6
Basilicata	99,0	99,0	99,0	91,3	99,0
Calabria	94,2	94,2	94,2	87,6	80,8
Sicilia	95,3	95,3	95,3	88,9	95,3
Sardegna	96,8	96,8	96,8	91,1	96,7
Italia	95,4	95,4	95,3	88,1	94,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

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-

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 con disagi sociali 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 comunicazione) 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 sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica che 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 morbilità, 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 negli 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 morbilità e mortalità. Per raggiungere tali obiettivi è necessario ottenere 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 conto, però, 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 2013-2014, al 15,6%, 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 il 2,6% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 9,5%, per la fascia di età 45-64 anni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nes-

suna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) dal PNPV. I valori maggiori si registrano in Umbria (68,8%) ed in Campania (61,3%), mentre le percentuali minori nella PA di Bolzano (33,9%) e in Sardegna (46,0%) (Tabella 1).

Nell'arco temporale considerato (stagioni 2002-2003/2013-2014), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari all'8,1%. Nel periodo osservato, da evidenziare è 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 (2012-2013/2013-2014), in 7 regioni (Piemonte, PA di Bolzano e Trento, Veneto, Campania, Basilicata e Sardegna) si è osservata una diminuzione della copertura vaccinale con valori compresi tra il -5,3% della PA di Bolzano ed il -0,2% della Campania, mentre per tutte le altre regioni si evidenzia un incremento con valori compresi tra il 21,2% della Liguria e lo 0,8% della Lombardia. Considerando il valore italiano l'incremento risulta del 2,2% (Tabella 2).

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione - Stagione 2013-2014

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,2	0,5	0,7	0,8	0,9	1,5	6,7	51,1	14,7
Valle d'Aosta	0,3	0,5	0,8	0,8	0,9	1,3	6,2	48,2	12,7
Lombardia	0,4	0,8	0,9	0,8	0,6	0,8	3,7	48,6	11,7
Bolzano-Bozen	0,3	0,5	0,4	0,4	0,6	0,9	4,4	33,9	7,9
Trento	1,4	1,4	1,3	1,4	1,2	1,6	6,7	55,8	13,8
Veneto	0,8	1,5	1,7	1,6	1,4	2,5	8,3	58,5	15,7
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,2	0,1	1,0	1,1	2,0	8,6	56,1	16,9
Liguria	1,0	1,6	1,7	1,7	2,1	3,2	11,6	50,4	18,5
Emilia-Romagna	0,9	1,5	1,8	1,9	1,8	2,5	9,9	57,2	17,0
Toscana	5,0	8,4	7,2	4,1	2,7	2,9	11,0	60,2	19,4
Umbria	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	1,7	9,2	68,8	19,5
Marche	0,4	1,1	1,6	1,4	1,4	2,0	8,5	57,5	16,5
Lazio	0,5	1,3	1,7	1,8	1,9	3,2	11,8	56,8	16,5
Abruzzo	0,9	1,7	1,9	1,3	1,5	1,5	6,7	54,6	14,7
Molise	0,6	2,4	1,0	1,0	1,9	2,7	12,6	59,5	18,1
Campania	3,0	5,4	5,1	3,8	5,1	3,5	14,6	61,3	16,4
Puglia	4,3	8,6	8,2	5,5	5,7	3,6	12,8	61,0	17,8
Basilicata	1,2	2,5	2,4	1,7	2,7	3,5	10,7	58,0	16,6
Calabria	1,0	1,3	1,8	1,5	2,7	2,6	9,6	56,5	14,9
Sicilia	0,5	1,0	1,0	1,1	1,9	3,4	13,2	56,5	15,9
Sardegna	0,5	2,0	3,6	2,4	2,6	3,2	9,7	46,0	13,8
Italia	1,3	2,5	2,6	2,1	2,3	2,5	9,5	55,4	15,6

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2014.

Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2013-2014

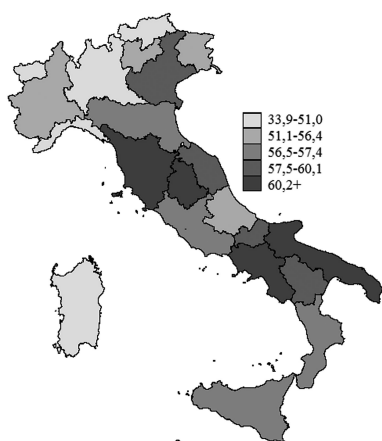


Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2002-2003/2013-2014

Regioni	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2012-13	2013-14
Piemonte	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3	51,6	51,1
Valle d'Aosta	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6	47,0	48,2
Lombardia	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2	48,2	48,6
Bolzano-Bozen	46,8	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7	44,5	35,8	33,9
Trento	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0	61,8	56,3	55,8
Veneto	n.d.	70,9	n.d.	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8	58,9	58,5
Friuli Venezia Giulia	72,2	72,4	72,5	72,1	n.d.	64,4	68,1	49,7	62,4	55,2	56,1
Liguria	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0	41,6	50,4
Emilia-Romagna	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4	56,3	57,2
Toscana	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8	58,9	60,2
Umbria	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2	67,9	68,8
Marche	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9	54,9	57,5
Lazio	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1	56,8	56,8
Abruzzo	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9	50,3	54,6
Molise	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6	49,4	59,5
Campania	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8	61,4	61,3
Puglia	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7	57,2	61,0
Basilicata	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6	58,6	58,0
Calabria	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8	49,8	56,5
Sicilia	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.d.	61,0	64,1	61,3	54,0	56,5
Sardegna	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6	47,3	46,0
Italia	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6	62,4	54,2	55,4

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2014.

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.

In Italia, purtroppo, la riduzione dell'impatto della patologia influenzale nelle categorie *target* 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 attenzione nei confronti delle categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza ed alla spesa farmaceutica e l'aumento del rischio di morte correlati all'influenza.

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

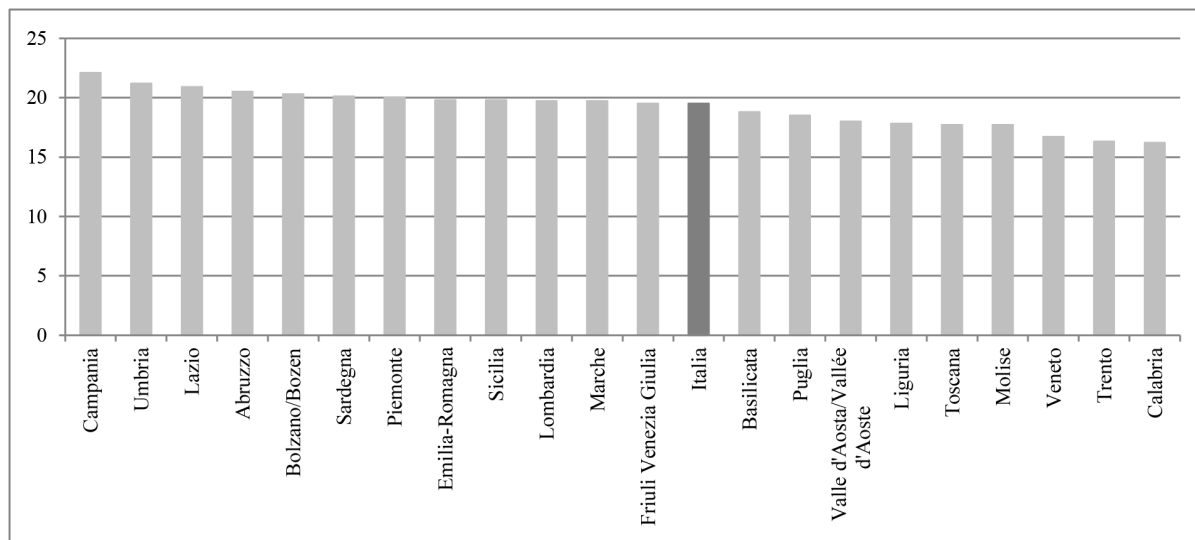
fumatori: 30,4% tra gli uomini *over* 14 anni vs 15,3% delle donne (Tabella 2).

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

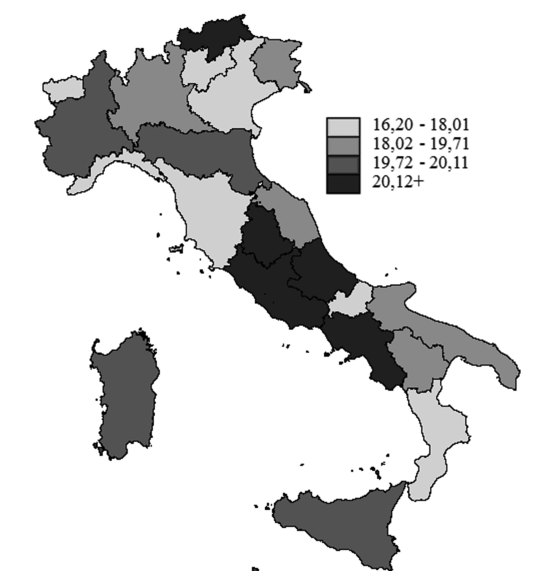


Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) per abitudine al fumo e numero (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2014

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

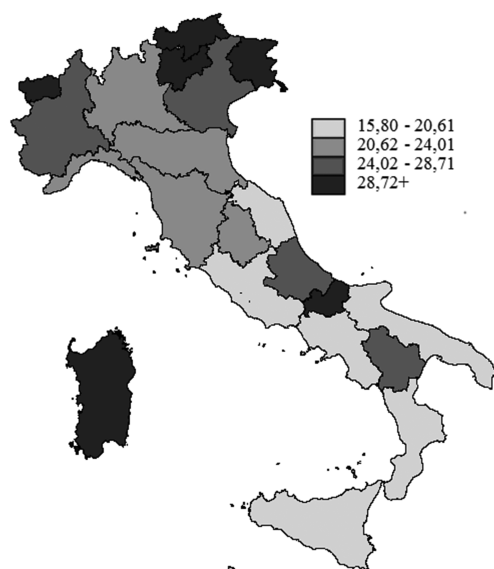
Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2013-2014*

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
Bolzano-Bozen	7,2	16,3	23,5	74,6	6,4	16,9	23,3	74,8
Trento	3,4	27,3	30,7	68,9	5,0	25,7	30,8	68,8
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

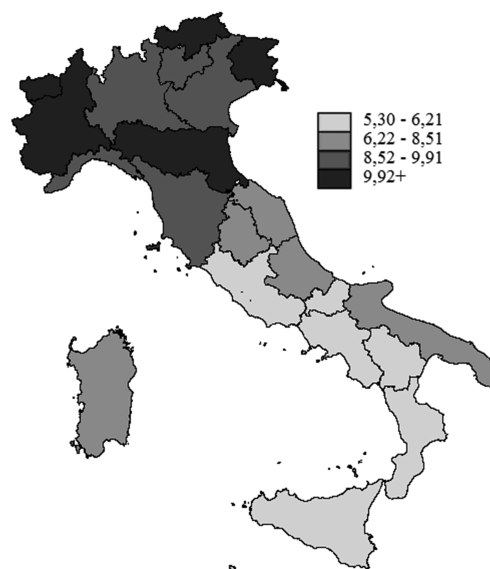


Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 11-17 anni per genere e per regione - Anno 2014

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	5	5	4	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	2	1	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	4	3	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	3	4	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	2	3	2	3
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	2	4	3	2
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	3	1	3	4
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	2	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	1	2	5
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

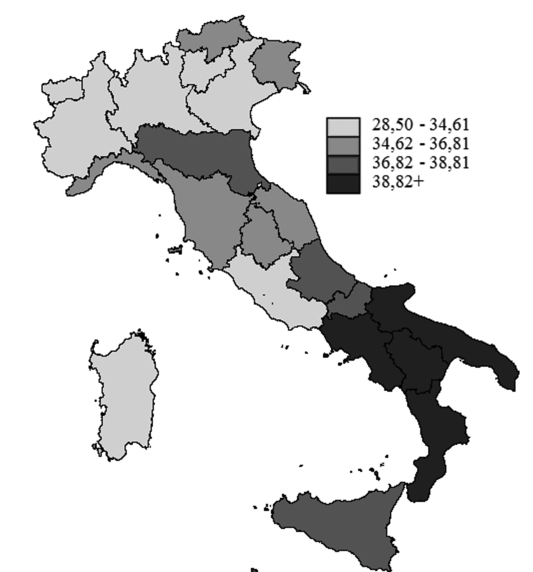
un differenziale di genere; infatti, risulta in sovrappeso il 44,8% degli uomini rispetto al 28,2% delle donne ed obeso il 10,8% degli uomini rispetto al 9,7% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, 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

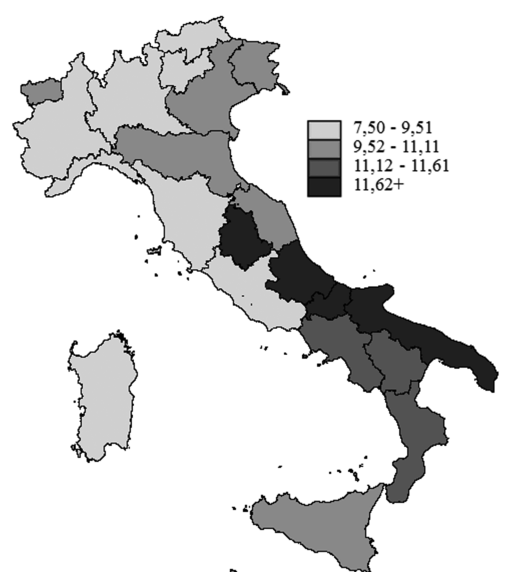


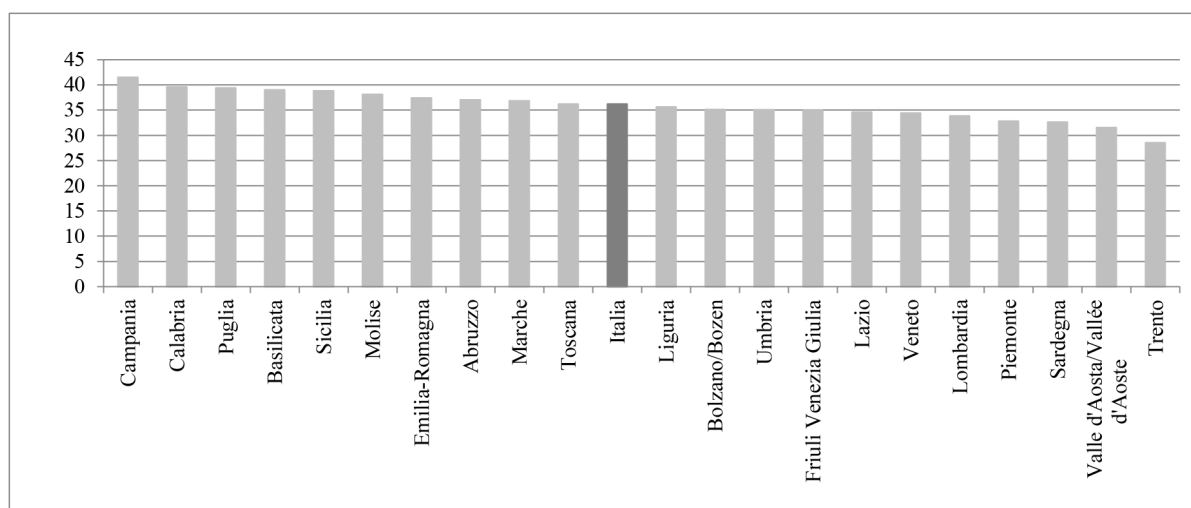
Tabella 2 - Prevalenza (valori percentuali) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2014

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

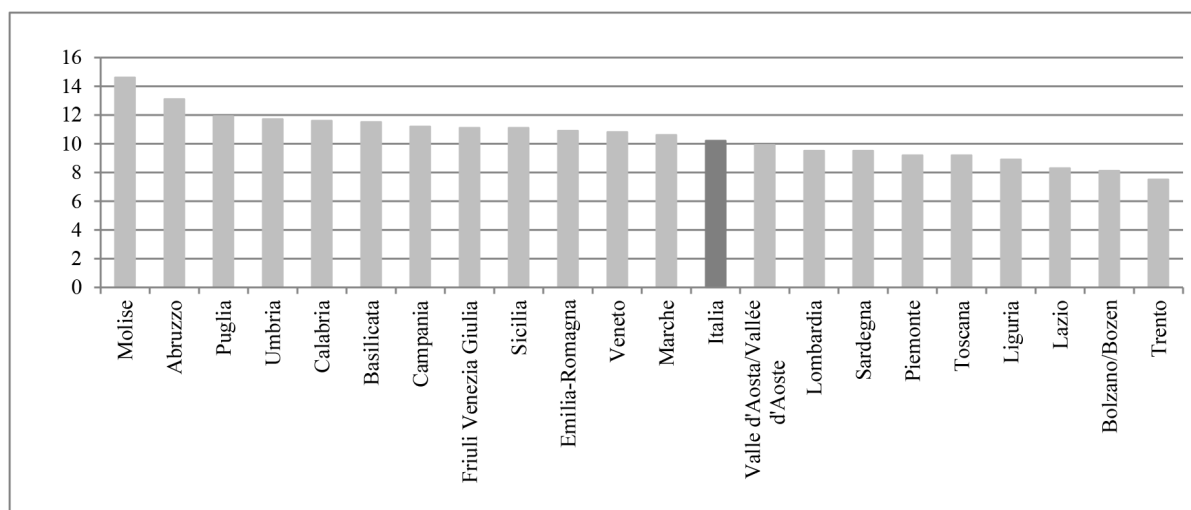
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

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

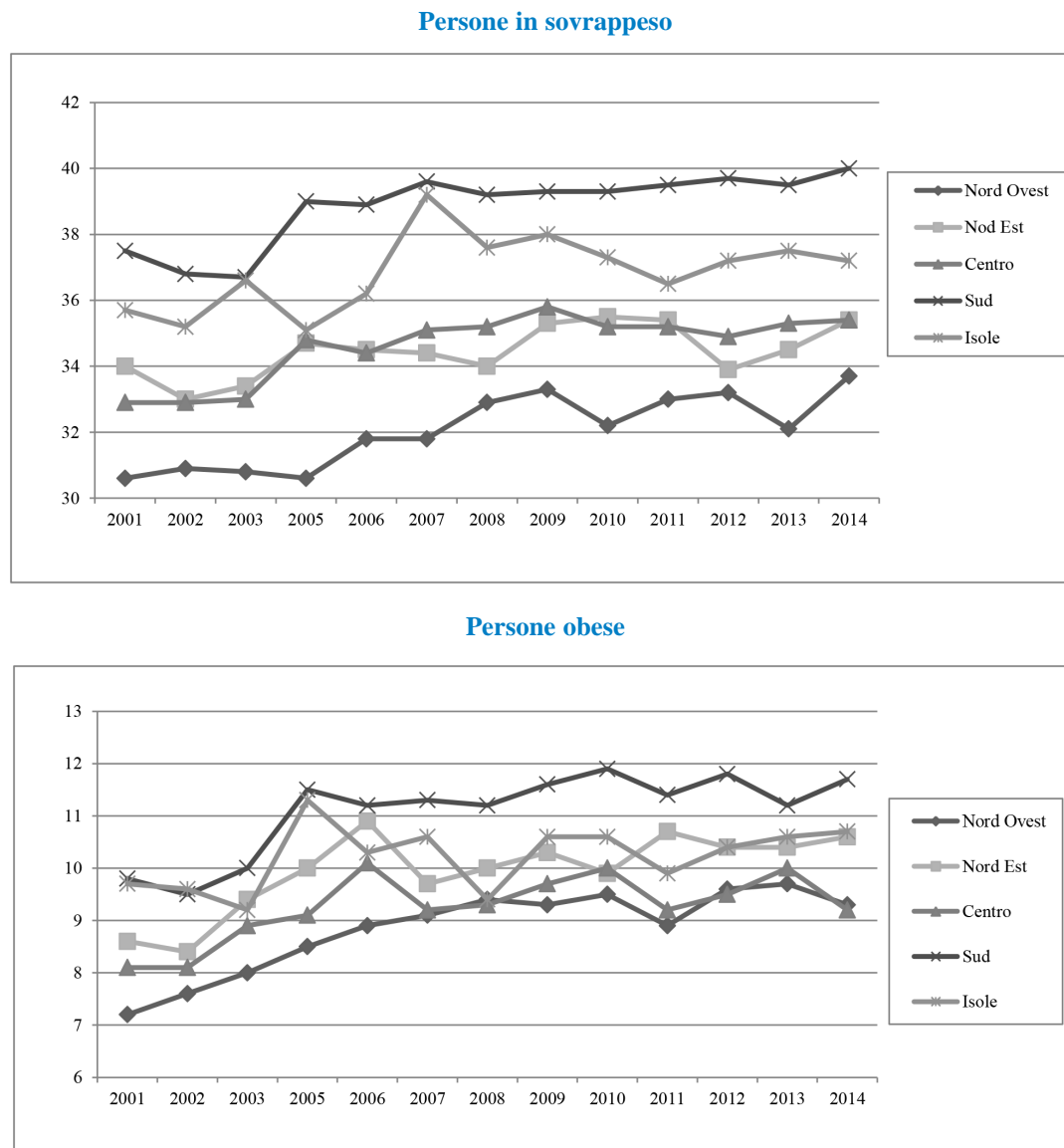
Persone in sovrappeso



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

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/mediacenter/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

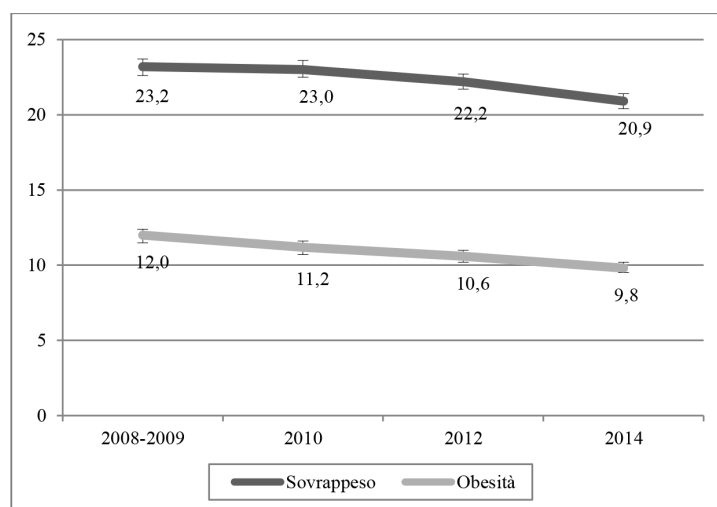
95%: 20,4-21,4) ed i bambini obesi sono il 9,8% (IC 95%: 9,5-10,2), compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,2% (IC 95%: 2,1-2,4). Non si evidenziano sostanziali differenze per genere ed età dei bambini.

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).

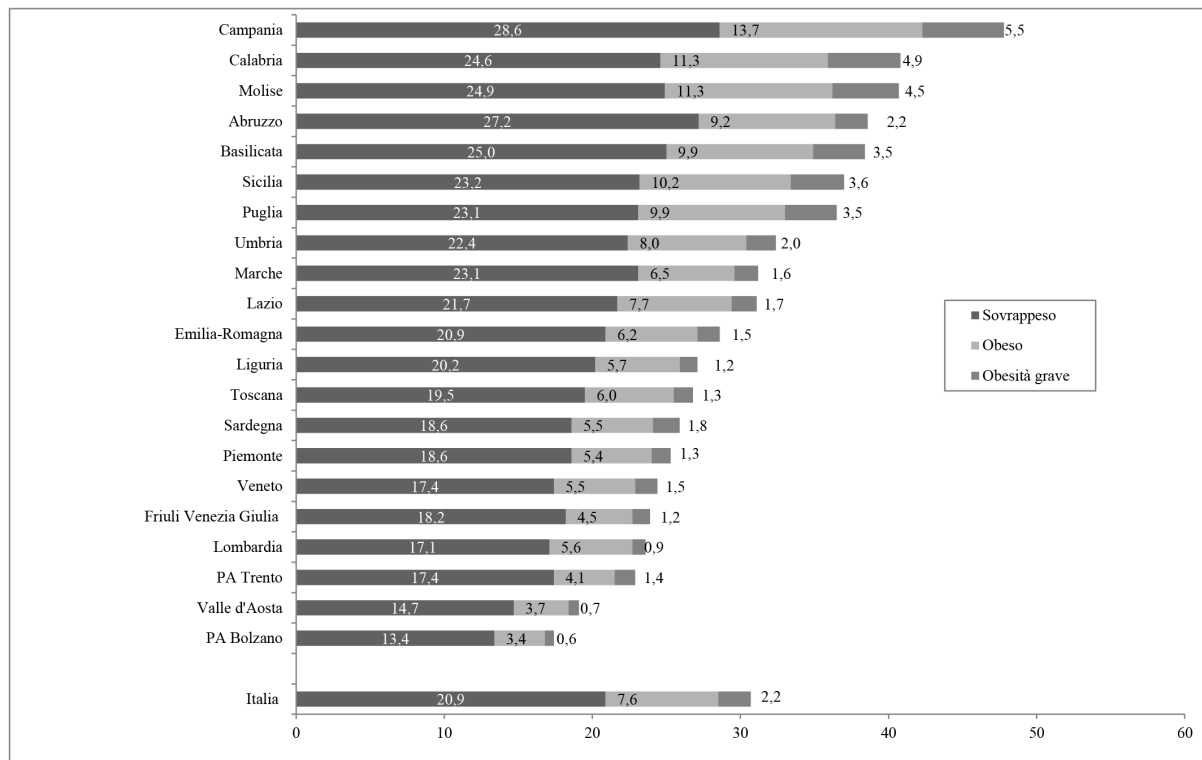
Grafico 1 - Bambini (valori percentuali) di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi - Anni 2008-2009, 2010, 2012, 2014



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

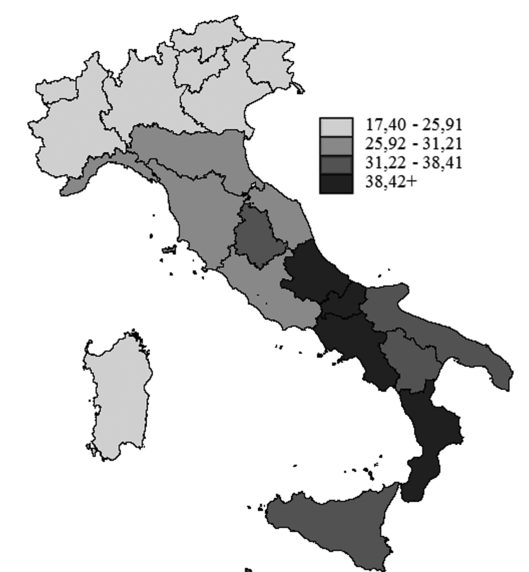
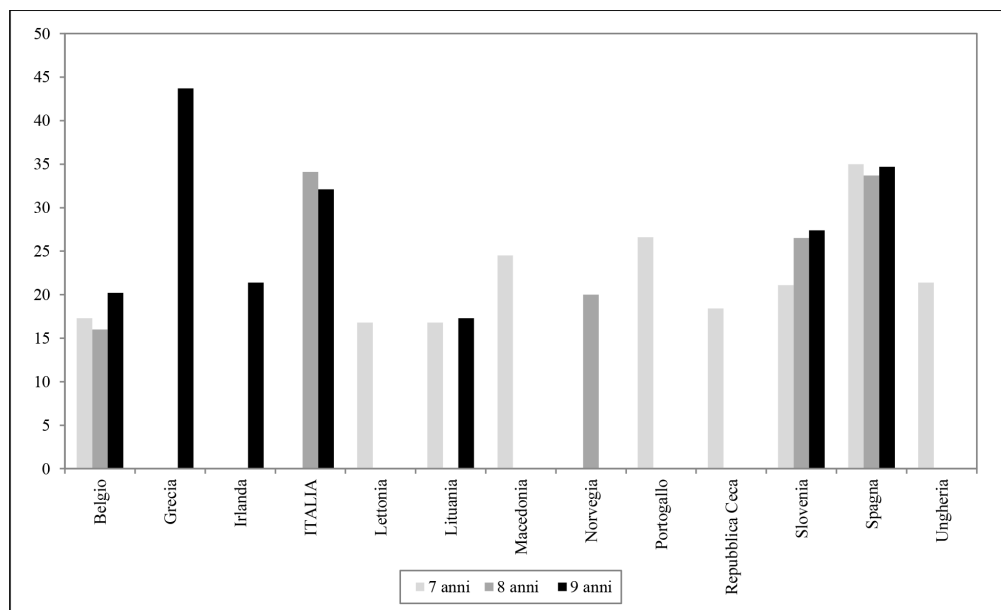


Grafico 3 - Bambini (valori percentuali) di età 7, 8 e 9 anni in sovrappeso ed obesi per Paese europeo - Anno 2010



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

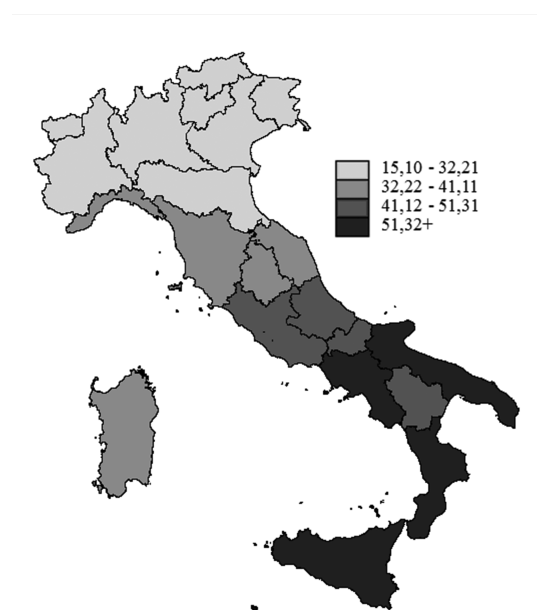
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2014.

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.

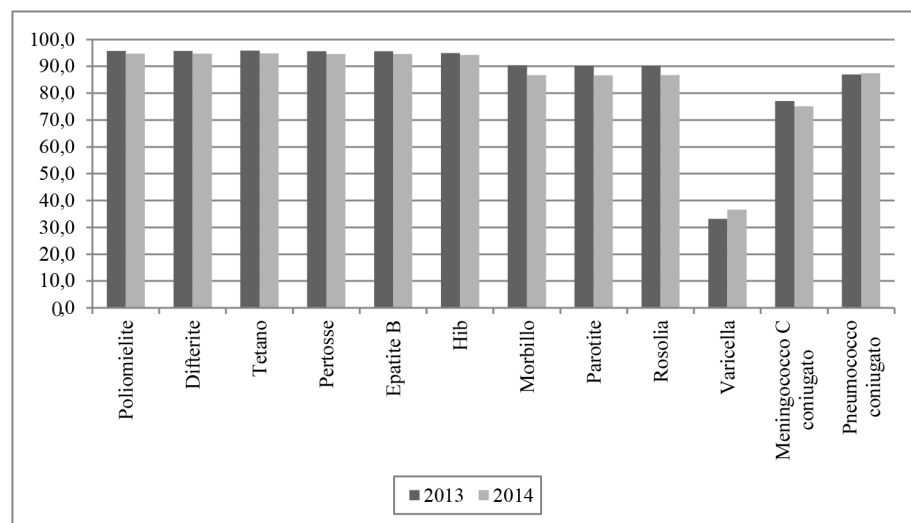
Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2014 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali non superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in Valle d'Aosta, Lombardia (ad eccezione della copertura anti-Poliomielite e anti-Tetano), PA di Bolzano, PA di 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.

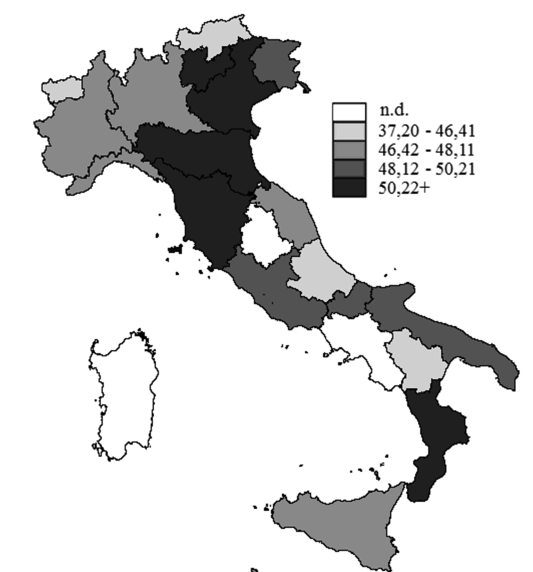
Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2014-2015

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.