



Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

Le Malattie Non Trasmissibili (MNT) uccidono 40 milioni di persone ogni anno, pari a circa il 70% di tutti i decessi a livello mondiale. Le MNT interessano sproporzionatamente le persone residenti in Paesi a basso e medio reddito in cui si rilevano più di tre quarti dei decessi a causa di malattie croniche non trasmissibili (31 milioni circa).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ogni anno, nel mondo, 15 milioni di persone muoiono a causa di una Malattia Cronico-Degenerativa (MCD) tra i 30-69 anni di età, prevalentemente in età produttiva, soprattutto per malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone/anno, principalmente per infarto e ictus) e con quote significative a causa di tumori (8,8 milioni), malattie respiratorie (3,9 milioni, principalmente asma e broncopneumopatia cronico ostruttiva) e diabete (1,6 milioni). Questi quattro gruppi di malattie sono responsabili di oltre l'80% delle morti premature da MCD. L'uso di tabacco, l'inattività fisica, il consumo di alcol e una dieta inadeguata contribuiscono, singolarmente o in maniera complessiva, ad aumentare il rischio di mortalità per definizione evitabile a fronte di una opportuna interpretazione dei comportamenti individuali.

In Europa, come nel mondo e a livello nazionale, le strategie e i piani di azione e prevenzione sollecitano un intervento sostanziale rivolto alla promozione della salute, alla sensibilizzazione, all'identificazione precoce dei principali fattori di rischio, agli screening di popolazione, agli interventi e al trattamento, non esclusivamente farmacologico, delle MNT nella consapevolezza dell'esigenza di un approccio integrato che abbia la capacità di agire su ciò che è modificabile (fattori ambientali e comportamentali) e su ciò che può trovare correzione (fattori fisiologici) anche rispetto ai fattori genetici di più complessa regolazione e/o adeguato controllo.

È sempre più evidente che agire su un singolo fattore di rischio può essere insufficiente a contrastare l'incidenza delle MNT; l'alimentazione scorretta e la mancanza di attività fisica, ad esempio, sono fattori inscindibili influenti sui disturbi del metabolismo e su cui intervenire contestualmente per la prevenzione dell'aumento della glicemia e dei lipidi elevati nel sangue, tutti fattori implicati nell'insorgenza di sovrappeso, ipertensione, obesità, "diabesità", sindrome metabolica e, comunque, condizioni a loro volta favorevoli allo sviluppo di numerose patologie cardio e cerebrovascolari. Nel mondo, il fumo di tabacco è causa di 7,2 milioni di morti ogni anno (compresi gli effetti dell'esposizione al fumo passivo) con previsioni di notevole aumento nel corso dei prossimi anni. All'eccesso di sale, concausa dell'ipertensione, sono attribuibili 4,1 milioni di decessi annuali, mentre l'uso di alcol, non solo l'eccesso, causa oltre 3,3 milioni di decessi annuali e più di oltre 200 patologie, tra cui numerosi tipi di cancro. L'insufficiente attività fisica causa 1,6 milioni di morti ogni anno. All'aumento della pressione arteriosa sono attribuiti circa il 19% di morti globali, cui seguono in termini di impatto il sovrappeso/obesità, l'iperglicemia (glicemia alta) e l'iperlipidemia (elevati livelli di grassi nel sangue).

Persone di tutte le età e di entrambi i generi sono colpite dalle MNT che, sempre più frequentemente, riconoscono anche fattori legati all'evoluzione culturale delle diverse società includendo, ad esempio, l'urbanizzazione non pianificata, la globalizzazione degli stili di vita insalubri e l'invecchiamento della popolazione. È sempre più evidente che, in alcune realtà, la doppia transizione, epidemiologica, legata alla prevalenza delle MNT rispetto a quelle infettive, e demografica, legata all'invecchiamento della popolazione, rappresenta il problema principale e la sfida legata ad uno sviluppo sostenibile.

A seguito della dichiarazione politica sulle MNT adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (*United Nations General Assembly-UNGA*) nel 2011, che ha sviluppato un quadro di monitoraggio globale per consentire il monitoraggio internazionale dei progressi nella prevenzione e nel controllo delle principali MNT (malattie cardiovascolari, tumori, malattie polmonari croniche e diabete) ed i loro fattori di rischio, l'OMS, per sostenere i Paesi nei loro sforzi nazionali, ha sviluppato un "Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020", che comprende nove obiettivi globali, che hanno il maggiore impatto sulla mortalità globale da MCD, da raggiungere entro il 2025 e una serie di indicatori di monitoraggio atti a verificare nel tempo i progressi registrati attraverso una *road map* e un menù di opzioni che partono dalle *policy* ma sviluppano, necessariamente, una azione coordinata e coerente, a tutti i livelli, dal locale al globale. Tra i nove obiettivi troviamo la riduzione del 25% della mortalità prematura complessiva da MCD, prevalentemente delle quattro principali MNT, agendo sui quattro principali fattori di rischio comportamentali responsabili





li del maggior contributo alla morbilità, alla disabilità e alla mortalità e mirando alla riduzione del 10% dell'uso rischioso di alcol, del 10% dell'inattività fisica, del 30% dell'*intake* di sale/sodio, del 30% dell'uso di tabacco, con auspicata riduzione del 25% di ipertensione e non incremento dell'obesità. Di rilievo, anche, gli obiettivi mirati al raggiungimento del 50% dell'intervento di *counseling* motivazionale al cambiamento e di terapie specifiche, oltre che al raggiungimento dell'80% di copertura/disponibilità/accesso a farmaci e tecnologie essenziali per la gestione delle MCD.

In estrema sintesi, l'ambizione è di influire virtuosamente sia sulle condizioni complessive in cui le persone vivono e lavorano e sia sugli stili di vita che influenzano la salute e la qualità della vita stessa. È opinione diffusa e condivisa che le MNT minaccino anche i progressi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che prevede la riduzione entro il 2030 di un terzo delle morti premature: obiettivo che i capi di Stato e di Governo si sono impegnati a sviluppare e raggiungere attraverso risposte nazionali ambiziose di prevenzione e trattamento.

L'obiettivo, adottato come conseguenza delle riunioni ad alto livello dell'UNGA sulle MNT, nel 2011 e nel 2014, che ha riaffermato il ruolo di *leadership* e coordinamento dell'OMS in promozione e monitoraggio di azione globale contro le MNT, troverà in una terza riunione ad alto livello dell'UNGA del 2018 il momento centrale di verifica e analisi dei progressi compiuti. Infatti, rinnovare il consenso sulla strada che copre il periodo 2018-2030 non potrà non far soffermare sull'esigenza crescente di azioni incisive per la lotta alle disuguaglianze, anche considerato e verificato che le povertà, vecchie e nuove, sono strettamente legate a una maggiore frequenza di MNT.

È oggi ritenuto fondamentale un intervento rivolto tanto a contrastare la rapida ascesa delle MNT in funzione del basso reddito o diminuito potere d'acquisto, del più basso livello degli investimenti in salute e in *welfare*, quali conseguenze della prolungata crisi internazionale, quanto a favorire la riduzione della povertà anche nei Paesi a medio/alto reddito lì dove risultino particolarmente aumentati i costi della famiglia associati alla assistenza sanitaria.

Il richiamo degli organismi internazionali alla massima attenzione per le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate emerge dall'evidenza di un più elevato carico di malattia e di mortalità prematura dei meno abbienti, rispetto alle persone di posizioni sociali più elevate, soprattutto perché più a rischio di essere esposti a comportamenti e prodotti nocivi, come alcol, tabacco, pratiche dietetiche malsane e a limitato accesso ai servizi sanitari o a cure che prevedano un impegno economico non sostenibile in funzione del basso reddito. Come affermato dalle Nazioni Unite e dall'OMS, i costi esorbitanti delle MNT e dei fattori incidenti, tra cui il trattamento spesso lungo e costoso di tali patologie o la perdita prematura di un capofamiglia in età produttiva, spingono ogni anno milioni di persone nella povertà soffocando lo sviluppo.

Le principali categorie delle MNT possono essere prevenute da politiche per la salute capaci di influenzare il cambiamento di stili di vita che è, comunque, responsabilità ultima dell'individuo adottare, auspicabilmente favorito, in un *empowerment* reale, dall'impegno attivo delle Istituzioni pubbliche sia in campo sanitario che in altri settori. Per ridurre l'impatto delle MNT su individui e società, è necessario un approccio globale che coinvolga tutti i settori, tra cui salute, finanza, trasporti, istruzione e agricoltura. Il fine ultimo è quello di sostanziare il principio di "health in other policy" rivolto a favorire l'integrazione delle misure che possono contribuire a ridurre i rischi associati alle MNT, promuovendo interventi di prevenzione e di controllo e riducendo la sofferenza legata al carico di malattia rilevabile nella popolazione.

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

Un monitoraggio epidemiologico formalizzato attraverso il recente nuovo quadro normativo dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (che inserisce la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dei nuovi LEA relativamente all'area prevenzione collettiva e Sanità Pubblica) che dal DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (che inserisce, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull'alcol fra quelle a rilevanza nazionale).

L'analisi dell'impatto epidemiologico di fattori di rischio, stili di vita e attività di prevenzione come alcol, fumo, attività fisica, alimentazione, sovrappeso e obesità generale e infantile, che questo Capitolo del Rapporto Osservasalute propone, rappresenta un contributo reale al "Global Monitoring Framework" dell'OMS che prevede venticinque indicatori. Infatti, ne vengono esaminati gran parte di quelli compresi nella categorie





dei fattori di rischio e ne vengono incorporati anche alcuni rilevanti collegati alle risposte del Servizio Sanitario Nazionale ad integrazione di quelle proposte nei Capitoli dedicati; si propone, così, come un “cruscotto” orientato ad una “user windows” sugli stili di vita da migliorare anche grazie alle reazioni che potrà suscitare la lettura dei dati da parte dell’utente finale *policy maker*, professionista della salute, giornalista o cittadino tenuto in debito conto che il cambiamento richiesto parte necessariamente da un più elevato livello di consapevolezza individuale e collettiva sui danni e sui rischi legati a comportamenti che richiedono di essere sostenuti da scelte salutari e informate.

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

Non vi è un unico percorso possibile per raggiungere gli obiettivi comuni che vedono, tuttavia, culture, contesti e società eterogenee nella nostra Nazione. Condizioni, queste, che richiedono una analisi al fine di adattare al meglio le risposte da proporre a livello istituzionale che sono diverse in funzione delle differenze registrabili, non solo nell’impatto delle malattie o dei fattori di rischio, ma anche nella prevenzione e nelle misure di controllo in atto o da adottare per il controllo di MNT che possono presentare espressioni diverse in funzione di diversi livelli di sviluppo socio-economico regionali e locali.

Quali che siano le problematiche specifiche da affrontare a livello locale, tutti possono beneficiare della risposta globale al conseguimento degli obiettivi nazionali condivisi che, monitorati e analizzati attraverso alcuni indicatori, ben identificati nel presente Capitolo dedicato agli stili di vita, contribuiranno anche a formare una nuova Agenda di sviluppo rispetto alle tre principali dimensioni dello sviluppo sostenibile: sviluppo economico, sostenibilità ambientale e, non ultima, inclusione sociale. Il premio è la salute per tutti.





Fumo di tabacco

Significato. Anche nel 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato una campagna molto interessante per promuovere la lotta al consumo di tabacco declinando le linee di azione in tre direzioni: la consueta promozione della salute, la diminuzione dell'impatto ambientale conseguente alla coltivazione e al consumo di tabacco e la diminuzione della povertà attraverso la promozione di una agricoltura sostenibile (1). L'abitudine al consumo di tabacco, che secondo le stime dell'OMS in tutto il mondo determina 5 milioni di decessi e più di 600 mila morti di non fumatori esposti a fumo passivo (2), rappresenta una delle principali cause di morte evita-

bili. In Italia, a partire dagli anni Ottanta, il consumo di tabacco è in progressivo calo grazie anche agli interventi di carattere legislativo a tutela dei non fumatori e alle iniziative promosse per scoraggiare i fumatori, che hanno contribuito ad aumentare la consapevolezza nella popolazione sui danni causati dal fumo. Obiettivo del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (3) è ridurre del 10% il numero dei fumatori entro il 2018.

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

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 2016 su un campione di oltre 24.000 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 circa 10 milioni e 430 mila i fumatori in Italia nel 2016, poco più di 6 milioni e 300 mila uomini e poco più di 4 milioni e 100 mila donne. Si tratta del 19,8% della popolazione di 14 anni ed oltre. Il numero di coloro che fumano è rimasto pressoché costante a partire dal 2014. Il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2001, da una media di 14,7 sigarette nel 2001 a 11,5 del 2016, una variazione che conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine. Rispetto al 2015 vi è una sostanziale stabilità; infatti, si è passati da 11,6 sigarette fumate in media al giorno a 11,5 sigarette nel 2016. Spostando l'analisi a livello territoriale e provando a realizzare una graduatoria in ordine decrescente rispetto alla percentuale di fumatori, le regioni e le PA che superano il valore nazionale in termini di percentuale di fumatori di 14 anni ed oltre sul totale dei pari età sono 11 nel 2016 (le prime, in ordine decrescente in termini di prevalenza, sono Campania, Umbria, Basilicata e Lazio) (Grafico 1). La più alta prevalenza

di fumatori si continua a registrare in Campania (23,4% della popolazione di 14 anni ed oltre), seguita dall'Umbria (22,8%) e dalla Basilicata (21,5%) (Tabella 1). La Calabria, invece, registra la più bassa prevalenza di fumatori di sigarette (15,9%), seguita dal Veneto (16,2%). Rispetto alla tipologia comunale, definita sia in termini di ampiezza demografica che in base all'appartenenza al centro o alla periferia di una area metropolitana, si evidenzia una percentuale superiore di fumatori nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 21,2% e 22,4%) (Tabella 1).

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia una certa stabilità in quanto, nel 2016, presenta un valore di 22,6% vs 22,8% del 2015. La stabilità sia della prevalenza dei fumatori che di quella degli ex-fumatori sembra indicare che, in Italia, le politiche sanitarie messe in campo per la lotta al fumo stanno dando i loro frutti da qualche anno, ma non riescono a determinare ulteriori diminuzioni.

La prevalenza maggiore di ex-fumatori nel 2016, analogamente a quanto è accaduto nel 2015, si evidenzia in Emilia-Romagna, capofila tra le regioni con il 27,1% della popolazione di 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, sono le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (26,0%), mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (18,0%).

Rimane molto elevata la differenza tra uomini e donne. Nel 2016, si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: 15,1% di donne di 14 anni ed oltre dichiara di fumare





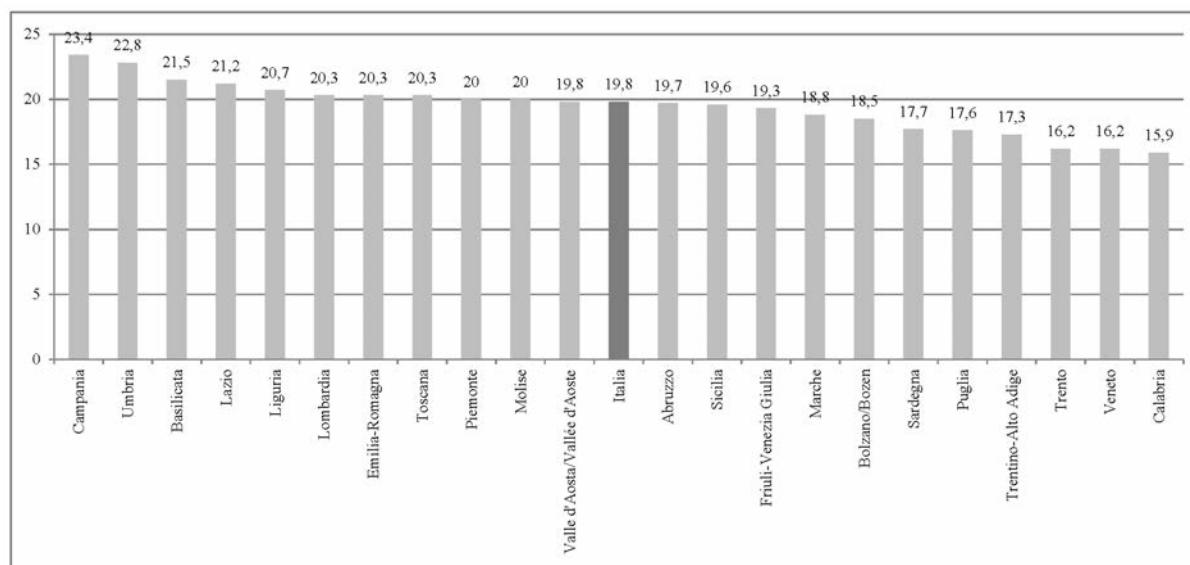
sigarette vs 24,8% di uomini di pari età. Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: 29,0% tra gli uomini *over* 14 anni vs 16,6% delle donne (Tabella 2).

Le fasce di età che risultano molto critiche, con differenze rispetto al valore medio maggiore, per gli uomini sono, nel 2016, quella dei giovani tra i 25-34 anni e i 35-44 anni in cui, rispettivamente, il 33,5% e il 32,2% degli *over* 14 anni si dichiarano fumatori e le

classi di età 20-24 anni e 55-59 anni per le donne per le quali il 19,9% e il 20,4% si dichiarano fumatrici.

In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini rispetto alle donne (12,5 vs 9,9 sigarette). Gli uomini nella classe di età 55-59 rappresentano i fumatori più “forti”, 14,4 sigarette in media, mentre per le donne è la classe tra i 60-64 anni quella in cui fumano di più (11,3 sigarette) (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2017.

**Tabella 1** - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e tipo di Comune - Anno 2016

Regioni/Macroaree	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,0	22,4	55,9
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	19,8	22,4	56,2
Liguria	20,7	23,5	54,5
Lombardia	20,3	24,9	53,1
Bolzano-Bozen	18,5	23,2	55,5
Trento	16,2	22,3	60,1
Veneto	16,2	25,9	56,0
Friuli Venezia Giulia	19,3	24,6	54,7
Emilia-Romagna	20,3	27,1	51,4
Toscana	20,3	24,7	53,8
Umbria	22,8	24,7	50,5
Marche	18,8	23,8	55,9
Lazio	21,2	22,5	55,6
Abruzzo	19,7	21,4	57,6
Molise	20,0	21,1	58,4
Campania	23,4	16,5	59,1
Puglia	17,6	18,6	62,0
Basilicata	21,5	17,8	60,1
Calabria	15,9	18,2	64,5
Sicilia	19,6	18,7	59,3
Sardegna	17,7	27,5	52,8
Italia	19,8	22,6	56,1
Nord-Ovest	20,3	24,1	54,0
Nord-Est	18,2	26,0	54,3
Centro	20,7	23,5	54,7
Sud	20,2	18,0	60,6
Isole	19,1	20,9	57,7
Comune centro dell'area metropolitana	21,2	21,3	56,3
Periferia dell'area metropolitana	22,4	24,0	51,7
Fino a 2.000 abitanti	20,4	21,5	56,9
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,1	23,1	57,2
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,1	22,2	57,4
50.001 abitanti ed oltre	20,0	22,8	55,5

Nota: il totale per riga non fa 100 perché vi è una quota residuale di "non indicato".

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2016

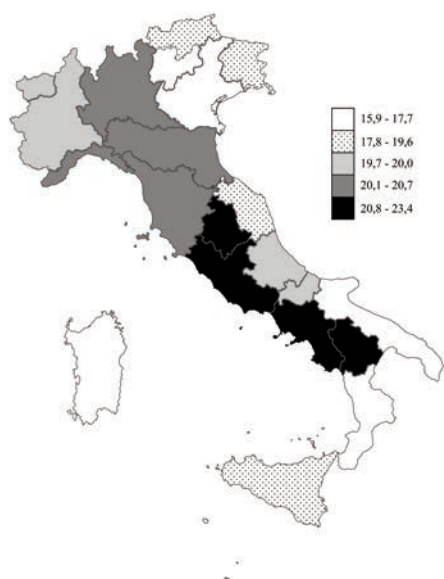


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori e ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2016

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*
14-17	7,7	2,2	5,6	6,6	3,1	5,1	7,2	2,7	5,4
18-19	21,3	7,6	8,3	16,4	8,6	6,5	19,0	8,1	7,6
20-24	27,6	10,8	9,7	19,9	9,6	8,0	23,9	10,2	9,0
25-34	33,5	15,5	11,6	19,1	15,5	8,8	26,3	15,5	10,6
35-44	32,2	23,5	12,5	18,4	17,2	10,2	25,3	20,4	11,6
45-54	29,8	26,7	13,9	19,1	19,4	10,7	24,4	23,0	12,6
55-59	24,7	37,3	14,4	20,4	21,7	11,0	22,4	29,1	12,7
60-64	23,8	40,5	14,2	17,6	20,1	11,3	20,7	30,2	12,9
65-74	18,5	46,7	13,3	10,9	19,8	10,2	14,5	32,6	12,0
75+	7,5	52,2	11,1	3,6	13,9	8,1	5,1	29,0	9,8
Totale	24,8	29,0	12,5	15,1	16,6	9,9	19,8	22,6	11,5

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Tra gli obiettivi della *Sustainable Development Agenda 2030* (Agenda per lo sviluppo sostenibile) delle Nazioni Unite vi è il contrasto al consumo di tabacco. All'inizio del 2017 è stato pubblicato il *Tobacco Control Playbook* nel quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità Europa ha raccolto tutti gli esiti delle politiche messe in campo (legislazione, *packaging*, tassazione etc.), con l'obiettivo che si proceda al suo aggiornamento e all'ampliamento con nuovi argomenti, in base ai risultati ottenuti dai vari Paesi. Come già espresso nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute possono essere messe in campo molte strategie. Si parla, quindi, di "strategie di comunità" ossia programmi che mirino a creare stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione che siano intersettoriali (operando sia sull'individuo che sull'ambiente in cui vive), che abbiano un approccio basato su tutto il ciclo di vita dell'individuo e che

riguardino i vari *setting* dell'individuo (scuola e lavoro). Sono ritenute di "efficacia elevata" azioni effettuate direttamente da personale sanitario, il *counseling* rivolto a specifici *target* di popolazione a rischio e, laddove necessario, anche il trattamento farmaceutico.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/en.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en.
- (3) Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018.
- (4) Disponibile sul sito: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- (5) Decreto Lgs. n. 6 del 12 gennaio 2016, Direttiva Europea 2014/40/UE.
- (6) 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 200 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* (3). Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di comportamenti di consumo a rischio, che comportano rischi per la salute del singolo bevitore e della comunità, l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), tenendo conto anche delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), della Società Italiana di Alcolologia e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti, ha costruito un indicatore di sintesi per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana tenendo conto delle

seguenti indicazioni: sotto i 18 anni di età 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); 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 dall'ONA-ISS sulla base di quelli della statistica ufficiale (4, 5), 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

Numeratore	Ragazzi/e di età 11-17 anni che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche Ragazzi/e di di età 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

Numeratore	Uomini di di età 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Uomini di età 18-64 di di età 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 età 18-64 anni	

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio

Numeratore	Donne di età 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 UA Donne di età 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 età 18-64 anni	

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio

Numeratore	Uomini di età 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di età 65 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 età 65 anni ed oltre	

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) anziani a rischio

Numeratore	Donne di età 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di età 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 età 65 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana". Attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui e delle occasioni di consumo a maggior rischio, è possibile 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; 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): totale 20,4%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 19,2%, donne 8,5%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 36,2%, donne 8,3%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2016, la prevalenza italiana dei non consumatori, ossia di coloro che non hanno consumato alcol sia durante l'anno precedente che nel corso della vita (astinenti degli ultimi 12 mesi ed astemi) di età >11 anni, è stata del 34,4% ed è rimasta pressoché uguale rispetto al 2015.

A livello territoriale, si rileva un importante incremento dei non consumatori in Abruzzo, Calabria e Piemonte; la percentuale è, invece, diminuita in Puglia (-4,8 punti percentuali), Valle d'Aosta (-4,7 punti percentuali) e Friuli Venezia Giulia (-3,5 punti percentuali) dove, tra il 2014 ed il 2015, si era registrato un incremento significativo. Le variazioni segnalate sono confermate anche tra gli astemi in Abruzzo (+4,6 punti percentuali) ed in Puglia (-4,7 punti percentuali), oltre alla Calabria in cui si registra un incremento di individui che non hanno mai consumato bevande alcoliche nella vita pari a +4,5 punti percentuali. A livello nazionale si rileva, infine, una leggera diminuzione dei soggetti che hanno smesso di consumare le bevande alcoliche da 1 anno.

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2016, è pari al 23,2% per gli uomini e a 9,1% per le donne. Il dato è rimasto pressoché stabile rispetto al 2015 sia a livello nazionale che regionale, ad eccezione della PA di Bolzano dove i valori dei consumatori a rischio sono aumentati di 4,7 punti percentuali nelle donne. In tutte le realtà territoriali la prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne. Nel 2016, le regioni con i valori di prevalenza di consumatori a rischio inferiore al valore nazionale sono state, per entrambi i generi, come l'anno precedente, la Sicilia (M=13,9%; F=4,5%) e la Campania (M=17,1%; F=6,6%), oltre al Lazio (20,2%) e alla Puglia (20,5%) per i soli uomini e alla Basilicata (6,5%) e alla Calabria (4,7%) per le sole donne. Valori superiori al dato nazionale, invece, sono stati rilevati, per entrambi i generi, nella PA di Bolzano (M=38,6%; F=16,6%) e in Friuli Venezia Giulia (M=32,8%; F=13,2%), a cui si aggiungono per i soli uomini il Molise (29,3%), la PA di Trento (31,4%), la Sardegna (32,0%) e la Valle d'Aosta (34,3%) e per le sole donne la Lombardia (11,4%), la Liguria (12,3%), la Valle d'Aosta (15,6%) e l'Emilia-Romagna (13,7%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di età 11-17 anni, nel 2016, è pari a 20,4% (M=22,9%; F=17,9%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2015 (19,0%), ad eccezione della Campania dove i consumatori a rischio (maschi+femmine) sono aumentati del 78,2% rispetto al 2015. A livello regionale non si rilevano differenze di genere; la PA di Bolzano risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente superiore al dato nazionale per le donne (37,8%).

Adulti (Tabella 3). Nel 2016, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché invariata rispetto al 2015 tra gli uomini (19,2% vs 19,0%) e tra le donne (8,5% vs 8,3%). A livello territoriale tra gli uomini si rileva, rispetto al 2015, una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori a rischio in Piemonte pari a 5,3 punti percentuali e un aumento importante nelle PA di Bolzano e Trento (pari a 5,9 e 4,9 punti percentuali, rispettivamente). Le prevalenze risultano più elevate tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni. Come già rilevato nell'anno precedente, risultano al di





sotto del valore nazionale, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori a rischio in Campania (M=12,7%; F=6,0%) e Sicilia (M=11,5%; F=3,1%) oltre a Calabria e Molise per le sole donne. Le regioni, infine, con valori al di sopra del dato nazionale risultano essere, per entrambi i generi, la PA di Bolzano (M=40,4%; F=17,3%), la Valle d'Aosta (M=33,2%; F=16,6%), il Friuli Venezia Giulia (M=29,9%; F=13,7%), la PA di Trento (M=29,6%; F=11,1%), la Lombardia, la Liguria, l'Emilia-Romagna e la Toscana, a cui si aggiungono per i soli uomini l'Abruzzo, il Molise, la Basilicata e la Sardegna, e per le sole donne il Piemonte.

La Tabella 4 consente una attenta analisi delle due diverse componenti che permettono di identificare il consumo a rischio: il consumo in modalità *binge drinking* ed il consumo abituale eccedentario. Nel 2016, a livello nazionale, tra gli uomini la prevalenza di *binge drinker* è più elevata di quella dei consumatori abituali eccedentari, mentre tra le donne la differenza tra i

due comportamenti a rischio non risulta statisticamente significativa. A livello regionale, solo tra le donne della Liguria, dell'Emilia-Romagna, della Toscana, dell'Umbria, della Campania, della Basilicata e della Calabria la prevalenza di *binge drinker* non supera quella dei consumatori abituali eccedentari.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2016, è pari al 36,2% tra gli uomini e all'8,3% tra le donne, senza differenze significative rispetto al 2015. I valori di prevalenza sono, ovunque, più elevati tra gli uomini rispetto alle donne. Per entrambi i generi, si rilevano valori inferiori al dato nazionale in Sicilia (M=17,6%; F=2,3%), Umbria, Marche, Lazio, Campania, Sardegna, Calabria e Puglia. La percentuale di anziani a rischio è superiore al dato nazionale per i soli uomini in Molise (45,3%), Abruzzo (37,8%), PA di Bolzano e Basilicata (36,6%).





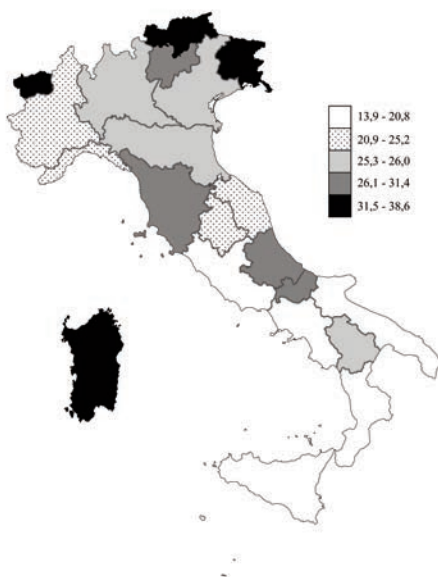
Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2015-2016*

Regioni	2015				2016			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,8	26,0	30,8	68,4	5,1	27,7	32,8	66,0
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	6,0	25,6	31,5	67,7	3,7	23,1	26,8	72,1
Lombardia	5,8	27,0	32,7	66,8	4,8	28,7	33,5	65,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,1</i>	<i>18,7</i>	<i>25,8</i>	<i>72,7</i>	<i>6,1</i>	<i>19,4</i>	<i>25,5</i>	<i>73,3</i>
<i>Trento</i>	<i>4,0</i>	<i>29,5</i>	<i>33,5</i>	<i>65,5</i>	<i>6,5</i>	<i>27,2</i>	<i>33,7</i>	<i>66,0</i>
Veneto	4,8	26,2	31,0	68,5	4,7	26,3	31,1	68,1
Friuli Venezia Giulia	4,9	26,5	31,4	68,3	3,5	24,3	27,9	71,2
Liguria	4,2	30,3	34,5	64,9	4,7	27,6	32,3	67,0
Emilia-Romagna	5,0	24,3	29,3	70,2	4,7	25,0	29,8	69,5
Toscana	6,8	23,6	30,5	69,1	5,9	26,0	31,9	67,1
Umbria	4,3	28,3	32,6	67,0	4,6	29,1	33,7	65,0
Marche	5,0	26,9	31,9	66,9	5,1	25,6	30,7	68,5
Lazio	4,8	32,8	37,7	61,3	4,6	31,3	35,9	63,5
Abruzzo	4,7	26,8	31,5	67,3	3,7	31,4	35,2	64,0
Molise	4,1	34,2	38,3	60,6	4,2	32,8	37,0	62,2
Campania	5,6	36,5	42,1	57,2	4,1	36,1	40,3	59,1
Puglia	4,6	32,4	37,0	61,5	4,5	27,7	32,2	66,7
Basilicata	3,9	34,1	38,0	60,4	4,0	35,2	39,2	60,7
Calabria	4,8	32,1	36,9	62,2	3,2	36,6	39,8	58,9
Sicilia	5,4	36,9	42,3	57,1	5,5	34,6	40,1	58,5
Sardegna	5,4	32,1	37,6	61,8	5,7	32,0	37,7	61,1
Italia	5,2	29,6	34,8	64,5	4,8	29,6	34,4	64,7

*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". Anno 2017.

Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2016



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2016

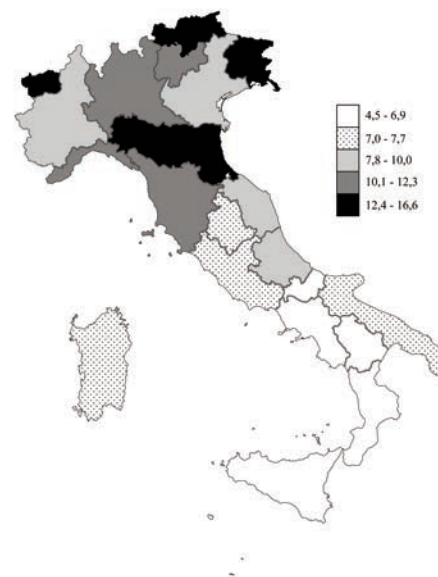




Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11-17 anni per genere e per regione - Anno 2016

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	29,8	18,1	24,3
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	31,3	14,9	23,6
Lombardia	17,6	15,7	16,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	28,9	37,8	33,3
<i>Trento</i>	17,5	15,6	16,7
Veneto	21,4	17,5	19,4
Friuli Venezia Giulia	24,0	7,7	15,9
Liguria	14,0	27,2	20,5
Emilia-Romagna	25,7	13,1	19,5
Toscana	21,4	28,3	24,8
Umbria	15,6	16,1	15,8
Marche	23,8	17,7	21,0
Lazio	15,1	14,1	14,6
Abruzzo	27,0	19,0	23,0
Molise	29,2	26,8	28,0
Campania	28,7	15,0	22,1
Puglia	26,4	22,7	24,6
Basilicata	20,9	17,6	19,3
Calabria	25,2	11,9	18,5
Sicilia	26,7	20,0	22,9
Sardegna	21,2	25,4	23,4
Italia	22,9	17,9	20,4

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 2017.

Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2016

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	18,6	9,0	13,7
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	33,2	16,6	24,8
Lombardia	21,3	11,2	16,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	40,4	17,3	28,9
<i>Trento</i>	29,6	11,1	20,2
Veneto	20,6	8,2	14,5
Friuli Venezia Giulia	29,9	13,7	21,8
Liguria	21,3	11,9	16,6
Emilia-Romagna	21,2	12,9	17,0
Toscana	20,1	8,6	14,3
Umbria	17,1	6,9	11,9
Marche	21,7	7,6	14,6
Lazio	17,0	8,4	12,6
Abruzzo	22,2	8,1	15,1
Molise	24,1	4,6	14,4
Campania	12,7	6,0	9,3
Puglia	16,5	6,6	11,5
Basilicata	23,3	6,0	14,7
Calabria	17,1	4,1	10,5
Sicilia	11,5	3,1	7,3
Sardegna	32,5	7,9	20,3
Italia	19,2	8,5	13,8

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 2017.





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

37

Tabella 4 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per tipologia di comportamento a rischio nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2016

Regioni	Maschi		Femmine	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	8,1	13,6	4,1	5,7
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	10,8	28,9	5,3	12,4
Lombardia	9,1	16,3	5,6	7,1
Bolzano-Bozen	8,2	37,4	4,1	13,9
Trento	7,7	26,8	4,1	8,0
Veneto	6,7	16,0	3,9	5,3
Friuli Venezia Giulia	6,8	25,7	5,1	10,6
Liguria	9,2	15,4	6,8	6,1
Emilia-Romagna	10,0	14,4	9,2	5,7
Toscana	8,9	14,0	4,5	4,2
Umbria	5,5	12,6	3,8	3,3
Marche	8,6	14,5	2,7	5,2
Lazio	6,8	12,7	4,0	5,5
Abruzzo	7,1	18,1	3,7	4,7
Molise	12,8	17,4	2,8	3,2
Campania	6,5	8,1	4,1	2,5
Puglia	8,7	9,8	3,3	3,9
Basilicata	9,3	18,4	3,4	3,2
Calabria	7,8	12,1	2,4	1,7
Sicilia	3,7	9,0	1,2	2,0
Sardegna	8,6	29,6	1,7	6,8
Italia	7,7	14,2	4,3	5,0

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 2017.

Tabella 5 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 65 anni ed oltre per genere e per regione - Anno 2016

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	39,2	10,4	22,9
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	38,6	13,4	24,5
Lombardia	42,0	10,8	24,3
Bolzano-Bozen	37,1	6,6	20,0
Trento	43,8	9,0	24,2
Veneto	44,2	12,5	26,3
Friuli Venezia Giulia	43,1	13,4	26,2
Liguria	37,4	10,6	21,9
Emilia-Romagna	38,0	15,5	25,3
Toscana	44,7	10,8	25,5
Umbria	34,8	7,1	19,1
Marche	33,2	7,2	18,5
Lazio	33,2	3,1	16,1
Abruzzo	37,8	6,2	20,1
Molise	45,3	7,6	24,1
Campania	28,7	5,3	15,5
Puglia	31,2	4,6	16,3
Basilicata	36,6	4,7	18,8
Calabria	31,3	3,8	16,1
Sicilia	17,6	2,3	9,0
Sardegna	33,2	3,0	16,3
Italia	36,2	8,3	20,4

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 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa, in Italia, milioni di individui di tutte le fasce di età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e lungo termine. La ripresa dei consumi dopo anni di decrescita ha avuto una influenza immediata e diretta sul rischio e sulle problematiche alcol-correlate legate ad una sempre più pervasiva cultura del “bere”. I giovani, insieme agli anziani e alle donne, rappresentano un *target* di popolazione estremamente vulnerabile all’uso di alcol che risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità (incidentalità stradale, tumori, cirrosi epatica e malattie cardiovascolari). A testimonianza di questo fenomeno, vi è la stima dei trend di mortalità parzialmente e totalmente alcol-attribuibili pubblicata per tutti gli Stati membri dell’Unione Europea (6) e che vede il tasso di mortalità specifico di queste tre condizioni avviarsi ad una risalita, evitabile se venisse favorito l’incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza dei soggetti a rischio della sostanza psicotropa, tossica, cancerogena e induttrice di dipendenza, quale è l’alcol.

Inoltre, trattandosi di una sostanza tra le più caloriche assunte attraverso l’alimentazione (7 kcal/g, circa 90 kcal in 1 UA), una corretta informazione, quale quella dell’apposizione in etichetta delle bevande alcoliche delle kcal/g di alcol contenuti in una *standard unit*, che in tutta Europa si attesta in media sugli 11 grammi di alcol (secondo quanto riportato dalla *European Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm-RARHA*) (7), gioverebbe non poco alla lotta all’obesità oltre che alla continua crescita del tasso di alcol dipendenza. Condizione grave, quest’ultima, non adeguatamente intercettata, come dimostrato dalle valutazioni dell’ONA-ISS acquisite nella Relazione al Parlamento del Ministro della Salute, considerato che, dei 720 mila consumatori dannosi di alcol “in need for treatment”, richiedenti ovvero una qualunque forma di intervento, solo 74.000 risultano in carico ai servizi di alcologia del Servizio Sanitario Nazionale con un *gap* da colmare dell’oltre il 90% tra attesi e osservati. L’evidenza di consumatori a rischio tra i minori, testimonianza della disapplicazione delle leggi nazionali in omaggio ad una diffusa logica delle convenienze e di non rispetto della legalità (leggi che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni), richiederebbe interventi di natura collaterale a quelli che il settore di salute pubblica si sforza di adottare attraverso iniziative di prevenzione, informazione e sensibilizzazione. Interventi che, però, non sono completamente compatibili con quelli di tutela del prodotto e del *marketing* e che devono confrontarsi con scarse risorse, soprattutto se paragonate alle massicce campagne di promozione dei prodotti alcolici, supportati finanziariamente anche dalle stesse Istituzioni che, invece, dovrebbero sostenere con pari risorse la prevenzione a tutela e riabilitazione dal

danno derivante dall’uso di alcol nella popolazione. Problematiche che si vanno a sommare all’incontrastata pressione mediatica che non ha limiti o tetti da rispettare in termini di volume e frequenza di *spot* e di diffusione, anche nei luoghi e nei contesti di aggregazione giovanile reale e virtuale, come i *social network*, veicolando messaggi, stili, standard di consumo, mode e tendenze *appealing*, che esercitano il loro fascino proprio sui giovani.

Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario e interventi incisivi sono da attivare relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolti a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di *marketing*, lì dove non controbilanciate da un approccio supportato dal concetto europeo di “salute nelle altre politiche” e di pieno rispetto delle leggi nazionali e delle Direttive europee a tutela dei minori. Direttive che impongono, ad esempio, il divieto di utilizzo di argomentazioni salutiste per la pubblicità e il *marketing* delle bevande alcoliche o messaggi diretti o indiretti di successo sessuale, sociale e di incremento di *performance* che possono trarre in inganno, specialmente i più giovani, che tendono ad attribuire all’alcol valori di “lubrificazione” sociale e facilitazione delle relazioni personali connesse alla disinibizione causata dalla psicotropicità dell’alcol. Sempre più frequente, infatti, risulta essere il ricorso al *binge drinking* (inteso come consumo eccessivo episodico), causa di circa il 13% di tutti i ricoveri in Pronto Soccorso da parte di minori al di sotto dei 14 anni di età.

L’assenza degli adulti 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 alcol-correlata che vedono, ovviamente, l’alcol come prima causa di decesso prematuro ed evitabile tra i giovani.

L’*Action Plan* Europeo sul bere dei giovani e il *binge drinking* (8) non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull’evidenza che, sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l’alcol è nocivo per lo sviluppo cerebrale fino ai 25 anni di età, mettendo in guardia e ribadendo che 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 finalità condivisa da tutte le strategie e i Piani di azione, in cui l’Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale, è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutarissimi i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate capaci di guidare verso stili e modelli del bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza, basati su informazioni valide e oggettive. La finalità ultima è di garantire a tutti il più elevato livello di benessere a cui l’individuo possa aspirare attraverso l’adozione di comportamenti salutarissimi e sicuri per se stessi e per la collettività.



Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi, alla redazione dei risultati e all'assistenza amministrativa connessa 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) International Agency for Research on Cancer (IARC), (2015), IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Disponibile sul sito: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classification.php.
- (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) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e pro-

blemi alcol-correlati" anno 2016, Roma: Ministero della Salute; 2017. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf.

- (5) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Scipione R, Monica Vichi M, 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 sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, Rapporto 2017, Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017, (Rapporti ISTISAN 17/1).
- (6) World Health Organization, Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. By. Kevin D. Shield, Margaret Rylett and Jürgen Rehm; 2016.
- (7) Montonen M, Mäkelä P, Scafato E, Gandin C, on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Editors), Good practice principles for low risk drinking guidelines, Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016.
- (8) 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".





Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2016 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti delle persone di età 3 anni ed oltre. La classe di frequenza di assunzione 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 età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di uno specifico gruppo alimentare	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 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 età 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 età 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 età 3 anni ed oltre che consumano 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 distribuzioni sono tutte presentate a livello regionale: la distribuzione della frequenza di consumo giornaliera di "verdure", "ortaggi" e "frutta" separatamente e la frequenza di assunzione per numero di porzioni giornalieri di

"VOF" nel loro complesso. Le regioni, quindi, 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. Infine, sono riportate le frequenze di consumo delle altre categorie alimentari (giornaliere o settimanali a seconda della tipologia) e di altri indicatori della qualità della dieta (uso di olio di oliva, uso di sale e uso di sale iodato).

Descrizione dei risultati

Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2016, circa tre quarti (74,5%) 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 (52,6%), e di ortaggi, che risulta pari al 45,9%. I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione e al Centro 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 sia diffusamente al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesti, principalmente, tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Molise, PA di Bolzano,





Puglia e Basilicata), circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo. Il benchmark delle 5 porzioni di VOF è più diffuso nella PA di Trento, dove riguarda l'8,9% dei consumatori giornalieri di VOF, seguito con una distanza di circa 1,5 punti percentuali da Umbria e Lazio. Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Calabria, Puglia, Sicilia e Abruzzo). Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione legate, molto probabilmente, alle tradizioni gastronomiche locali (Tabella 1).

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 e PA negli anni 2006-2016, nonché il trend dell'indicatore e del denominatore, mediante il Tasso Medio Annuo in valore percentuale (TMA%). Nel quadro generale si osserva una sostanziale stabilità dell'indicatore obiettivo nel lungo periodo con un leggerissimo aumento tra il 2006 e il 2016 (TMA%=+0,57%), poiché la diminuzione osservata fino al 2014 (dal 5,3% di 5+VOF nel 2006 al 4,9% nel 2014), si è invertita nel 2015 (5,4%), raggiungendo il 5,6% nel 2016.

A livello territoriale, si identifica un'area di aumento dei consumatori e del consumo di VOF nella quale si è osservato un aumento (TMA%>0) sia per 5+VOF che per 1+VOF: Veneto (+0,81%), Friuli Venezia Giulia (+1,45%), Toscana (+4,08%), Molise (+0,89%) e Sardegna (+3,88%). Tra queste, considerando la distribuzione ordinata dei valori regionali, si spostano di quintile la Toscana (da 2 a 5), il Molise (da 1 a 3) e la Sardegna (da 2 a 4), mentre restano nello stesso quintile il Friuli Venezia Giulia (3) e il Veneto (4). Nella PA di Bolzano si è osservato, invece, un aumento medio annuo di percentuale di consumatori di 5+VOF (+2,64%), a fronte di una costanza dei consumatori quotidiani 1+VOF, con un passaggio dal terzo al quarto quintile. Nelle regioni nelle quali l'indicatore obiettivo rimane costante (TMA%=0) o pressoché tale, ossia in Lombardia e nella PA di Trento, si è verificato un aumento della base di consumatori 1+VOF. La PA di Trento resta nel quintile più elevato, mentre la Lombardia passa dal quarto al terzo.

La seconda area include la sola Campania che presenta un andamento costante per entrambi, 5+VOF e 1+VOF, ma mentre nel 2006 era nel primo quintile,

nel 2016 si colloca nel secondo.

La terza area include le regioni nelle quali la percentuale di 5+VOF risulta crescente nel periodo 2006-2016 a fronte, però, di una diminuzione dei consumatori di 1+VOF. Vi appartengono: Emilia-Romagna (+1,17%), Umbria (+5,42%), Lazio (+3,04%) e Calabria (+0,69%). Sono avanzate di quintile 5+VOF dal secondo al quinto l'Umbria e dal quarto al quinto il Lazio, mentre la Calabria resta al primo.

Inoltre, l'area delle regioni in cui l'indicatore obiettivo 5+VOF risulta in diminuzione comprende il Piemonte (-1,92%), la Valle d'Aosta, la Liguria (-3,14%), l'Abruzzo (-2,35%) e la Puglia (-1,39%). In Sicilia, la percentuale di 5+VOF diminuisce (-1,52%) a fronte di una stabilità della base 1+VOF, mentre in Basilicata la diminuzione del consumo di 5+VOF (-0,85%) si associa ad una diminuzione dei consumatori 1+VOF. Tutte le regioni di questo gruppo si ritrovano in un quintile inferiore a quello di partenza, eccezion fatta per la Puglia che resta sempre nel primo quintile: Piemonte (da 5 a 3), Valle d'Aosta (da 4 a 2), Liguria (da 5 a 2), Abruzzo (da 3 a 1), Basilicata e Sicilia (da 2 a 1).

Infine, 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, ma anche nella PA di Bolzano e in Puglia, 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 Sud ed Isole (con l'Umbria al primo posto della graduatoria con l'86,2%), stessa cosa si registra per il consumo di carni bovine e di carne di maiale. Al Centro e al Meridione si osserva anche 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 nelle altre zone del Paese. Al Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa anche l'abitudine di usare l'olio d'oliva ed altri olii vegetali come condimento e 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 sono consumati maggiormente al Meridione, ma anche in Lombardia e Veneto. Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, con un suo uso più esteso nelle regioni del Nord, ma anche in Umbria e in Molise.



**Tabella 1** - Popolazione (valori per 100) per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF di età 3 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	60,1	53,1	76,5	85,9	15,1	79,0	5,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	57,7	54,3	68,7	83,8	19,8	75,9	4,4
Lombardia	54,0	46,2	71,0	82,9	19,8	74,5	5,8
Bolzano-Bozen	52,4	46,1	62,8	78,7	23,8	69,5	6,7
Trento	65,1	52,3	69,5	81,8	17,2	74,0	8,9
Veneto	59,1	50,6	69,6	83,7	19,7	73,6	6,7
Friuli Venezia Giulia	63,3	46,5	73,4	85,2	17,2	76,5	6,3
Liguria	51,4	47,6	76,0	84,1	18,6	76,6	4,8
Emilia-Romagna	63,6	58,3	77,2	88,5	16,8	76,5	6,7
Toscana	55,6	50,7	75,0	84,0	15,4	77,8	6,9
Umbria	57,9	51,0	79,8	87,7	13,0	79,6	7,4
Marche	57,3	47,6	75,3	85,7	16,2	79,5	4,4
Lazio	61,3	52,8	75,0	85,9	14,8	77,9	7,3
Abruzzo	43,1	39,1	76,0	83,8	20,3	75,8	3,9
Molise	41,3	36,2	73,3	80,2	25,5	69,6	4,9
Campania	41,6	35,9	71,1	78,1	22,3	73,3	4,4
Puglia	36,9	34,6	77,1	82,5	23,0	73,9	3,1
Basilicata	40,1	31,3	73,8	79,3	23,0	72,7	4,3
Calabria	42,6	38,8	75,3	81,6	21,2	75,7	3,1
Sicilia	43,6	36,8	80,4	85,5	18,9	77,2	3,9
Sardegna	51,9	45,2	79,9	85,5	15,6	77,6	6,8
Italia	52,6	45,9	74,5	83,8	18,5	75,9	5,6

*Almeno 1 porzione al giorno.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

43

Tabella 2 - Popolazione (valori per 100) per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF)* di età 3 anni ed oltre, tasso medio annuo (valori per 100) di variazione dell'indicatore e del denominatore e quinto (valori assoluti) di appartenenza nella distribuzione dei valori 5+VOF al di per regione - Anni 2006-2016

Regioni	Tasso medio annuo											Quinti della distribuzione 5+VOF al di										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	7,3	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	7,0	6,0	8,1	5,9	-1,92	1,27	5	4	5	4	4	5	4	5	3
Valle d'Aosta	6,2	3,8	6,6	6,5	6,1	6,3	4,9	3,7	4,6	4,6	4,4	-2,90	0,94	4	1	5	5	4	3	1	2	2
Lombardia	5,8	6,9	5,5	5,9	5,8	6,1	5,9	4,3	4,9	5,4	5,8	0,00	1,86	4	5	3	5	3	5	2	2	3
Bolzano-Bozen	5,3	7,3	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	4,9	5,0	5,7	6,7	2,64	0,26	3	5	2	4	2	2	1	3	4
Trento	8,5	10,0	8,1	10,0	7,8	7,4	7,8	6,5	5,8	7,8	8,9	0,47	1,47	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Veneto	6,2	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,6	4,8	5,1	5,4	6,7	0,81	1,32	4	4	4	2	3	3	4	3	4
Friuli Venezia Giulia	5,5	4,7	7,4	4,8	5,9	6,9	5,6	5,6	5,3	6,3	6,3	1,45	1,10	3	1	5	3	4	5	4	3	4
Liguria	7,0	5,3	5,9	4,9	5,1	5,3	4,3	4,8	4,9	4,9	4,8	-3,14	3,88	5	2	3	3	2	3	2	2	2
Emilia-Romagna	6,0	5,3	5,5	7,0	5,5	5,1	5,3	4,5	4,4	7,3	6,7	1,17	-0,77	4	2	3	5	2	4	3	2	4
Toscana	4,9	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,5	5,5	5,2	5,9	6,9	4,08	1,32	2	2	2	2	3	1	3	4	5
Umbria	4,8	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	4,8	6,4	3,1	7,4	5,42	-1,72	2	3	2	4	1	4	3	4	5
Marche	3,8	6,6	4,5	4,5	5,7	5,4	3,3	3,8	5,6	7,0	4,4	1,58	-0,80	1	4	1	3	3	2	2	3	5
Lazio	5,6	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	6,4	9,0	6,1	7,3	3,04	-0,51	4	3	4	2	3	2	4	5	4
Abruzzo	5,1	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	3,2	6,3	3,5	3,9	-2,35	4,82	3	3	4	1	3	5	2	1	5
Molise	4,5	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,5	3,9	6,8	1,7	4,9	0,89	2,03	1	5	2	2	1	4	1	2	1
Campania	4,4	5,6	6,6	5,4	5,9	3,9	3,7	5,7	4,4	4,9	4,4	0,00	-0,35	1	3	5	4	4	1	2	5	2
Puglia	3,6	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1,8	1,3	3,3	3,1	-1,39	1,39	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Basilicata	4,7	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	2,5	1,9	2,1	4,3	-0,85	-0,65	2	1	1	1	1	2	1	1	1
Calabria	2,9	2,7	4,1	2,9	4,2	2,4	2,1	1,8	2,1	3,8	3,1	0,69	-0,86	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Sicilia	4,6	3,5	4,7	3,7	4,5	3,6	4,3	5,2	3,1	2,9	3,9	-1,52	-0,41	2	1	1	1	1	3	4	1	1
Sardegna	4,9	6,8	5,9	4,7	6,6	8,2	6,0	4,6	5,6	5,6	6,8	3,88	0,68	2	4	3	3	5	5	2	4	3
Italia	5,3	5,6	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7	4,8	4,9	5,4	5,6	0,57	0,57									

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

**Almeno 1 porzione al giorno.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.



Tabella 3 - Popolazione (valori per 100) per consumo di alcuni alimenti di età 3 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi*Salumi**	Carni bianche**	Carni bovine**	Carni di maiale**	Uova**	Legumi in scatola**	Pesce**	Snack**	Dolci**	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	77,3	50,3	27,9	55,4	82,2	64,0	38,0	45,3	55,5	25,5	50,7	93,7	96,3	72,7	45,9
Valle d'Aosta	79,6	49,1	35,6	56,4	80,2	60,8	34,5	39,7	52,0	20,2	46,8	88,3	96,5	71,4	68,7
Lombardia	75,1	51,0	27,2	58,8	79,0	57,2	35,1	41,7	58,0	30,8	54,7	90,7	96,7	69,9	48,9
Bolzano-Bozen	67,5	58,6	39,2	60,9	51,5	41,0	28,9	25,8	31,4	20,4	46,5	90,9	92,8	60,1	70,1
Trento	79,4	52,3	30,9	59,1	74,4	50,4	41,4	43,8	49,7	22,6	46,7	94,9	98,9	73,0	58,5
Veneto	76,7	50,7	24,7	51,7	79,4	58,2	39,9	39,9	55,7	28,4	54,1	94,3	96,7	73,8	54,6
Friuli Venezia Giulia	76,8	52,4	26,2	56,3	79,3	53,5	40,5	40,9	54,3	24,1	53,5	91,9	96,1	73,1	48,3
Liguria	76,1	56,8	22,9	55,3	78,1	54,6	34,1	44,0	57,9	21,4	50,2	96,1	97,4	70,3	40,5
Emilia-Romagna	84,1	49,9	20,2	61,3	81,3	58,3	48,9	48,4	57,0	27,2	57,2	96,3	98,2	70,9	52,5
Toscana	83,7	56,3	18,7	57,9	84,0	64,4	47,1	56,6	57,7	21,4	47,1	96,7	97,4	68,2	49,2
Umbria	87,3	56,7	18,4	63,3	86,2	68,2	58,1	59,9	61,3	21,2	48,4	96,2	96,8	67,9	62,4
Marche	85,7	49,9	15,9	61,9	81,4	61,9	45,2	49,3	65,4	21,9	49,3	96,8	97,4	72,1	44,8
Lazio	79,4	60,7	15,0	47,2	78,2	63,9	39,8	52,3	65,4	22,3	41,3	97,1	97,8	65,0	40,7
Abruzzo	86,2	52,4	12,4	63,3	84,3	60,4	45,3	62,5	61,0	26,6	49,0	97,1	97,8	70,7	42,8
Molise	81,1	54,6	15,7	67,5	85,5	68,4	57,7	70,4	64,7	29,8	48,9	98,4	98,3	74,4	55,1
Campania	78,2	50,6	8,2	55,7	80,4	64,9	49,3	72,3	70,5	30,8	39,8	98,3	98,5	68,2	40,8
Puglia	82,0	58,5	14,0	56,1	74,4	58,9	36,9	63,6	61,0	26,1	43,7	97,1	97,7	69,9	48,6
Basilicata	88,4	49,9	14,6	64,7	81,9	64,6	52,2	70,4	59,8	29,3	41,3	98,0	99,0	67,7	50,8
Calabria	85,4	51,6	17,4	57,2	77,0	59,7	45,1	70,8	68,4	25,8	40,1	97,8	98,4	69,9	49,1
Sicilia	86,6	51,1	19,1	56,7	79,6	69,4	46,0	55,9	62,0	29,5	42,2	96,3	96,0	63,0	33,3
Sardegna	76,1	52,8	27,1	52,0	78,4	62,6	52,0	41,5	56,8	25,9	52,0	97,0	97,3	73,4	32,4
Italia	80,0	53,0	20,2	56,3	79,5	61,2	42,3	51,7	60,3	26,8	48,2	95,3	97,3	69,3	46,2

*Almeno 1 porzione al giorno.

**Almeno qualche porzione alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

Le raccomandazioni indicate negli anni passati (8) restano ancora valide anche se, nel 2016, in più di metà delle regioni si è assistito nel tempo ad un aumento dei consumatori di età 3 anni ed oltre; tuttavia, nell'ultimo anno si è assistito ad una, seppur lieve, diminuzione del consumo di VOF, passando dall'84,4% nel 2015 all'83,8% nel 2016; la quota di questi ultimi che consuma 5+VOF al dì è limitata al 5,6%. Restano di attualità, dunque, i programmi come "Frutta nelle scuole" (9), promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (10).

Più in generale, è importante promuovere l'adozione di modelli di dieta salutari e sostenibili di cui il consumo di VOF sia parte integrante (11), con l'ausilio dei produttori (12) e dei ristoratori (13); continuare il monitoraggio dei consumi alimentari e delle variabili dello stile di vita, tra cui centrale è l'attività fisica, per verificare se le politiche di sensibilizzazione verso una alimentazione equilibrata e corretta riescano a produrre cambiamenti desiderabili, come l'aumento del consumo di VOF, raggiungendo almeno le 5 porzioni giornaliere. Nel nostro Paese il numero di porzioni di VOF è rilevato, ad esempio, anche nel programma "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) (14). Tuttavia, esiste una necessità di stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (15). La complessità di questi studi è determinata dalla metodologia di misurazione che varia in relazione al periodo (alimentazione attuale/alimentazione abituale) e, nel primo caso, l'uso di un modello di rilevazione aperto (diario o intervista) che richieda la codifica degli alimenti a un livello dettagliato (16). La questione è da lungo tempo dibattuta e, grazie al programma "EU-Menu", attivato dall'*European Food Safety Authority*, gli Stati membri dell'Unione Europea stanno realizzando le indagini alimentari individuali che rilevano le abitudini a tavola seguendo una metodologia armonizzata (17) a comporre una banca dati europea dei consumi alimentari individuali (18). In Italia, è stata appena avviata la fase di raccolta dei dati per la fascia di età compresa tra 3 mesi-9 anni. A questa si affiancherà la preparazione del ciclo di indagine riguardante la popolazione di età compresa tra 10-74 anni. La formazione dei rilevatori è realizzata in collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. Il ciclo dedicato ai consumi alimentari dei bambini è un corso articolato in formazione a distanza *e-learning* (FAD) (19), residenziale, FAD asincrona (19) e formazione sul campo. Il ciclo dedicato alla fascia di età 10-74 anni è in corso di preparazione.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

na" - 2016. Istat. accesso ai dati 30/09/2017. 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 agosto 2015).

(6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.

(7) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - 2016. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it> (ultimo accesso 30 Settembre 2017).

(8) Turrini A, Bologna E. 2016. Consumo di alimenti per tipologia. In "Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione" capitolo del "Rapporto. Osservasalute 2015", 62-67.

(9) Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it.

(10) 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.

(11) Donini LM, Dernini S, Lairon D, Serra-Majem L, Amiot M-J, del Balzo V, Giusti A-M, Burlingame B, Belahsen R, Maiani G, Polito A, Turrini A, Intorre F, Trichopoulou A, Berry EM (2016): A consensus proposal for nutritional indicators to assess the sustainability of a healthy diet: the Mediterranean diet as a case study. *Frontiers*, 29 August 2016. Disponibile sui siti: <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2016.00037>;

<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnut.2016.00037/full>.

(12) 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.

(13) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.

(14) Istituto Superiore di Sanità. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi.

(15) Turrini A (a cura di). 2013. Indagini armonizzate sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana. Monografia del progetto "Palingenio Indagini armonizzate permanenti sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana" ISBN 978-88-97081-40-1. Disponibile sul sito: <http://sito.entecra.it/portale/public/documenti/monografia-palingenio.pdf>.

(16) EFSA - European Food Safety Authority (2015). The food classification and description system FoodEx 2 (revision 2), EFSA supporting publication 2015:EN-804. 90 pp. European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy.

(17) EFSA - European Food Safety Authority (2014). Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, 12(12), online 3944.

(18) EFSA - European Food Safety Authority (2014). EFSA - European Food Safety Authority (2011c) Use of the EFSA Comprehensive European Food Consumption Database in Exposure Assessment. *EFSA Journal*, 9(3), 2097. Disponibile sul sito: www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/doc/2097.pdf.

(19) Ciclo relativo ai consumi alimentari dei bambini. Corso Formazione a Distanza (FAD) iniziale e corso FAD per lo studio pilota, già conclusi. I corsi residenziali si sono svolti nel periodo intermedio tra i due. Il corso Formazione Sul Campo per la raccolta dei dati è in corso. Il ciclo relativo alla popolazione 10-74 anni è in corso di preparazione. Disponibili sul sito: www.eduiss.it.





Sovrappeso e obesità

Significato. Nei Paesi dell'Unione Europea circa un adulto su sei è considerato obeso (1). Questo è uno dei risultati dell'Indagine Europea sulla Salute che identifica, tra i fattori di rischio, l'aumento dell'età e bassi livelli sociali. Anche se l'Italia, insieme alla Romania, è il Paese con la più bassa percentuale di obesi, si tratta comunque di uno dei grandi temi di salute pubblica. Nell'analisi delle cause che determinano l'eccesso di peso entrano in gioco molti fattori tra cui la predisposizione ereditaria, fattori ambientali e comportamentali, invecchiamento e gravidanze (2).

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. Inoltre, la prevalenza di persone in sovrappeso e obese è in costante e preoccupante aumento non solo nei Paesi occidentali, ma anche in quelli a basso-medio reddito.

Secondo l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della Vita Quotidiana" in Italia, nel 2016, poco più di quattro adulti su dieci (45,9%) 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

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

Numeratore: Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-29 e ≥ 30

Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 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'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce "sovrappeso" un IMC 25-29 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (3).

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'Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel marzo 2016 su un campione di oltre 24.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione, per cui 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 "Aspetti

della Vita Quotidiana" emerge che, in Italia, nel 2016, più di un terzo della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 45,9% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1, Grafico 1). Questi valori presentano sia piccole variazioni statisticamente significative a livello territoriale rispetto al 2015, sia un aumento dell'1,0% di persone obese e una diminuzione dell'1,4% delle persone in sovrappeso a livello nazionale. Si tratta, comunque, 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: come per il 2015, le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese (Abruzzo 14,2%, Puglia 13,1% e Molise 12,4%), ed in sovrappeso (Basilicata 40,6%, Calabria 40,4% e Molise 39,8%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Bolzano 8,1%, PA di Trento 8,3% e Lazio 8,6%; sovrappeso: PA di Bolzano 30,7%, PA di Trento 31,6% e Valle d'Aosta 31,7%). Nel 2016, il Lazio entra a far parte delle regioni più virtuose in termini di prevalenza di persone obese.

Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macroaree (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche e Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria; Isole: Sicilia e Sardegna) (Grafico





2), si osserva che, dal 2001, nella ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso (Nord-Ovest) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale (+2,3% delle persone *over* 18 anni in sovrappeso e +2,5% di quelle obese).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Nel 2016, il sovrappeso passa dal 14,8% della fascia di età 18-24 anni al 45,6% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,6% al 15,5% per le stesse fasce di età (Tabella 2).

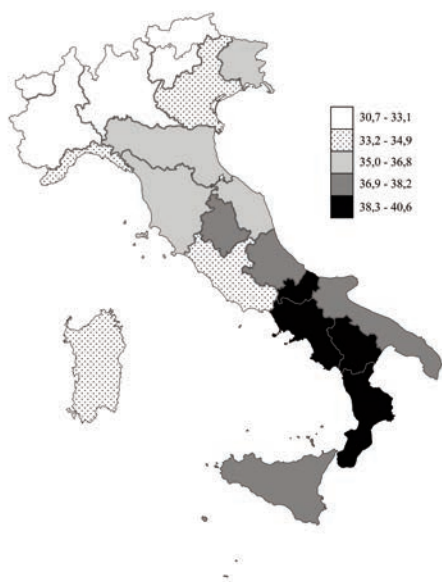
La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere; infatti, risulta in sovrappeso il 44,5% degli uomini *vs* 27,2% delle donne ed obeso l'11,1% degli uomini *vs* 9,8% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra i 65-74 anni (uomini 52,9% e 16,0%, donne 39,1% e 15,1%, in sovrappeso ed obesi rispettivamente) (Tabella 2). Anche l'analisi per genere e per età risulta stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese di età 18 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Regioni	Sovrappeso	Obesità
Piemonte	31,8	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,7	11,7
Liguria	34,9	9,1
Lombardia	33,1	10,1
Bolzano-Bozen	30,7	8,1
Trento	31,6	8,3
Veneto	34,8	10,5
Friuli Venezia Giulia	35,3	10,6
Emilia-Romagna	35,3	10,9
Toscana	36,8	8,9
Umbria	37,6	10,8
Marche	36,4	9,7
Lazio	33,4	8,6
Abruzzo	38,1	14,2
Molise	39,8	12,4
Campania	39,3	11,8
Puglia	37,4	13,1
Basilicata	40,6	12,1
Calabria	40,4	10,0
Sicilia	38,2	10,9
Sardegna	33,6	10,5
Italia	35,5	10,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso di età 18 anni ed oltre per regione. Anno 2016



Prevalenza (valori per 100) di persone obese di età 18 anni ed oltre per regione. Anno 2016

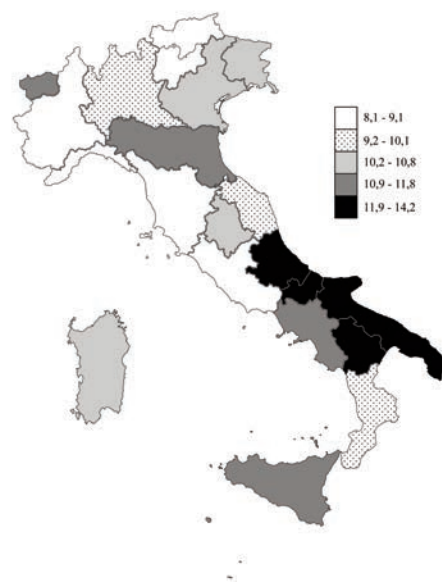
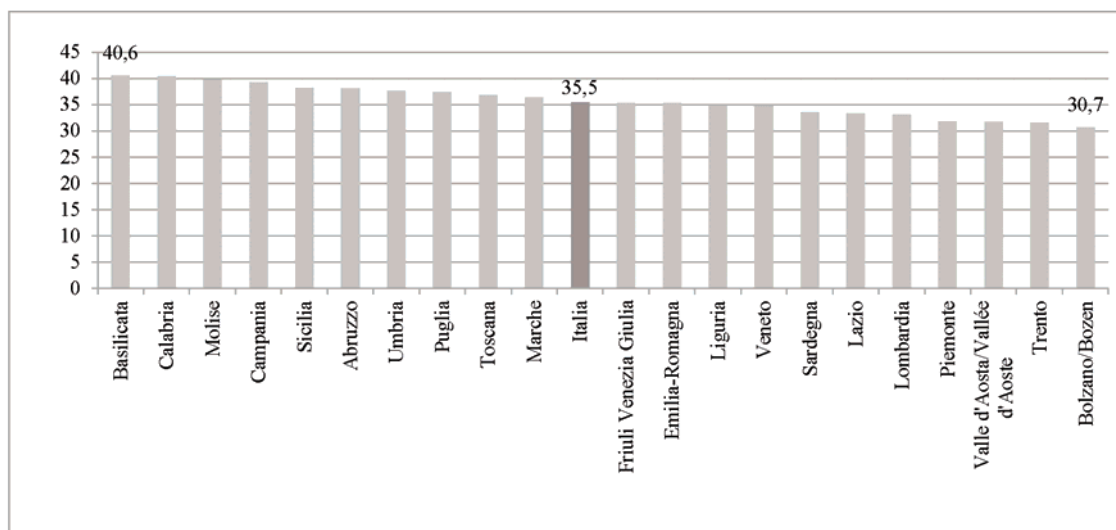


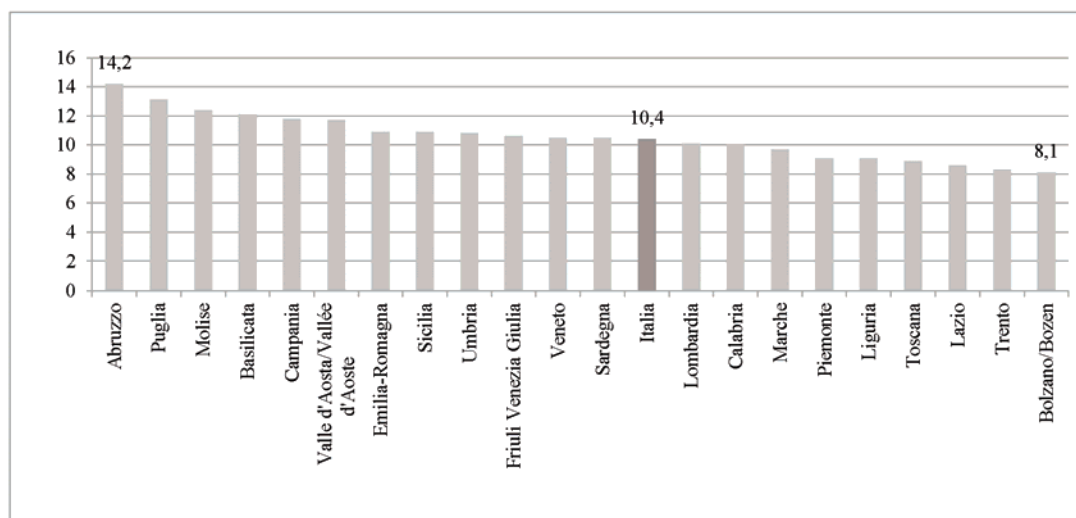


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese di età 18 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Sovrappeso



Obesità



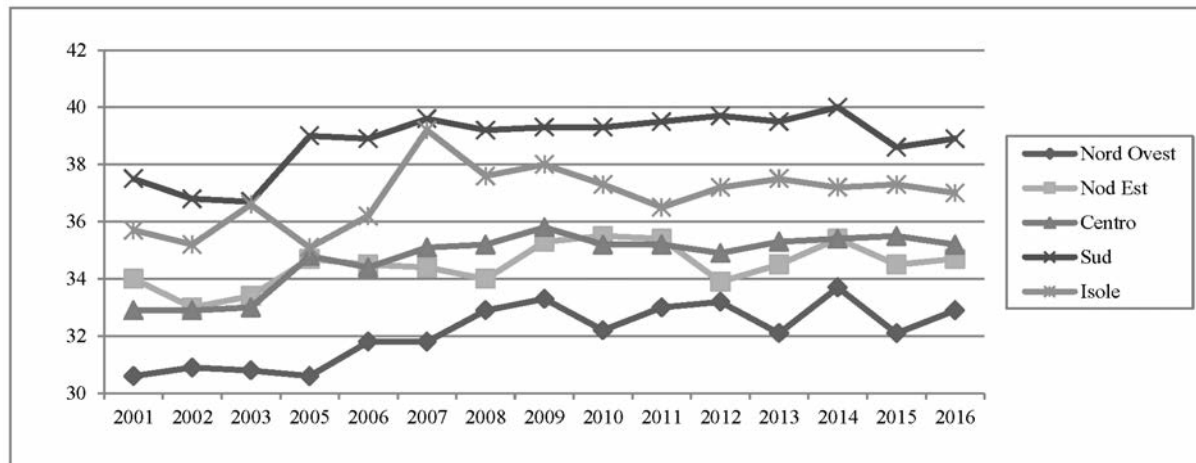
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.



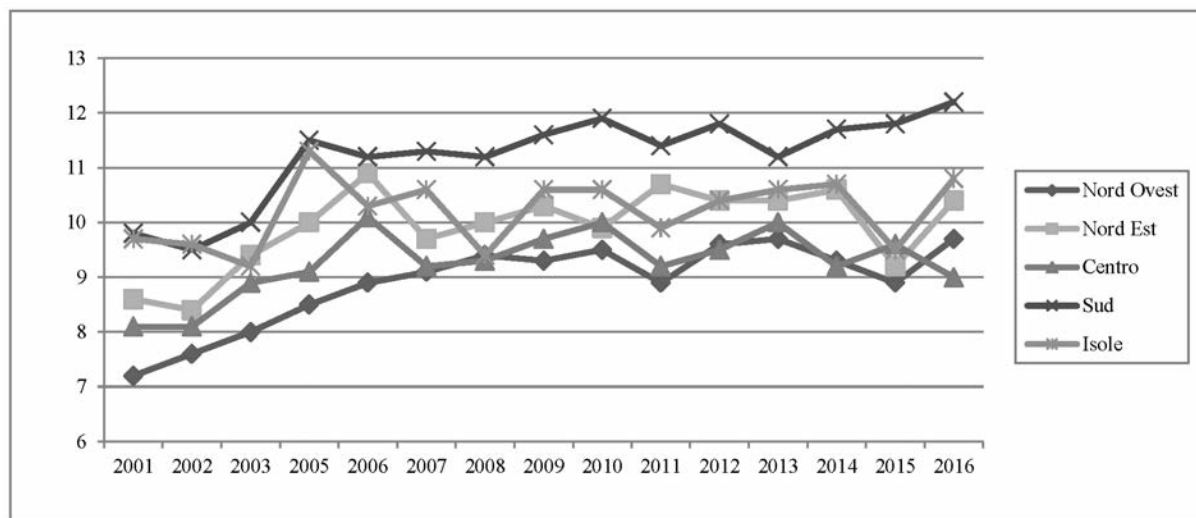


Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese di età 18 anni ed oltre per macroarea - Anni 2001-2003, 2005-2016

Sovrappeso



Obesità



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2016

Classi di età	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	18,6	10,6	14,8	2,7	2,5	2,6
25-34	34,2	15,1	24,8	5,8	4,2	5,0
35-44	44,3	19,9	32,0	9,5	7,5	8,5
45-54	49,2	26,1	37,5	13,0	9,2	11,1
55-64	52,4	33,4	42,6	15,1	11,7	13,4
65-74	52,9	39,1	45,6	16,0	15,1	15,5
75+	50,4	38,4	43,1	12,8	14,6	13,9
Totale	44,5	27,2	35,5	11,1	9,8	10,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.





Raccomandazioni di Osservasalute

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 una intera popolazione. L'Istituto Superiore di Sanità mette in campo, da tempo, vari sistemi di sorveglianza sia della popolazione adulta sia di quella anziana, che attraverso indagini campionarie sugli stili di vita e attraverso l'*European Health Examination Survey* consentono di raccogliere dati sullo stato di salute della popolazione e i suoi comportamenti.

L'evidenza che l'obesità e l'eccesso ponderale siano prevenibili ha messo in moto, ormai da diversi anni, azioni a livello nazionale e mondiale volte alla promozione di uno stile di vita sano sia a livello individuale che da parte delle industrie alimentari (1).

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. Per questo motivo, molti Paesi della regione europea dell'OMS hanno introdotto sussidi o tasse su alimenti specifici per cercare di orientare la popolazione al consumo di cibi più sani (4).

Riferimenti bibliografici

- (1) Eurostat, European Health Interview Survey, 203/2016 - 20 October 2016.
- (2) EUFIC European food information council, Fondamenti 06/2006.
- (3) World Health Organization, Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.
- (4) OMS Europa. "Using price policies to promote healthier diets". Anno 2015.





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 vivono in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambi-

ni 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 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 (Istat) ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) dei minori di età 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

Prevalenza di minori in eccesso di peso

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

Numeratore: Persone di età 6-17 anni in sovrappeso od obese
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 6-17 anni

Validità e limiti. I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente su un campione di 18.508 famiglie, per un totale di 43.404 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.

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 dell'Istat "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 (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 pratica vs sedentarietà). Inoltre, è possibile 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 età 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di età 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 sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (5) perché rappresentano valori di riferimento ampiamente utilizzati negli ultimi anni in numerosi studi nazionali ed internazionali. 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 ≥ 25 per il sovrappeso e ≥ 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 2000. Nel contesto italiano va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani di età 2-20 anni.



Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento; si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (2015-2016). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi, di età 6-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2015-2016) mostrano che, in Italia, i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole pari al 24,7%.

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi (28,6% vs 20,5%). Tali differenze non sussistono tra i bambini di età 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni) (Tabella 1).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di età 6-10 anni, dove raggiunge il 34,2%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità diminuiscono, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di età 14-17 anni.

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud ed Isole. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano, significativamente, passando dal Nord al Sud del Paese (33,0% al Sud vs 19,5% del Nord-Ovest, 22,2% del Nord-Est, 23,2% del Centro e

23,8% delle Isole - dati non presenti in tabella), con percentuali particolarmente elevate in Campania (37,4%), Molise (34,1%), Calabria (30,1%), Abruzzo (30,0%) e Puglia (29,9%) (Tabella 2).

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 ed 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, con una influenza maggiore del titolo di studio della madre rispetto a quello del padre.

Inoltre, sono soprattutto i bambini ed 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 di età 6-17 anni in sovrappeso o obesi sale al 34,8% rispetto alla percentuale del 26,4%, solo madre in eccesso di peso, e del 23,5%, solo padre in eccesso di peso. La quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso scende al 19,5% (Tabella 3). Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese, anche se si registrano distanze più marcate tra livelli socio-economici più elevati e livelli socio-economici meno elevati al Centro-Nord rispetto al Sud. e nelle Isole: se, ad esempio, nelle Isole è pari a 0,7 punti percentuali la distanza tra coloro che sono in eccesso di peso e che vivono in famiglie con scarse/insufficienti risorse economiche rispetto a coloro che vivono in famiglie con buone/ottime risorse economiche, al Nord questa differenza raggiunge i 7,0 punti percentuali.

Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e per classe di età - Anni 2015-2016

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10	34,6	33,8	34,2
11-13	29,7	16,1	23,0
14-17	20,3	8,0	14,3
Totale	28,6	20,5	24,7

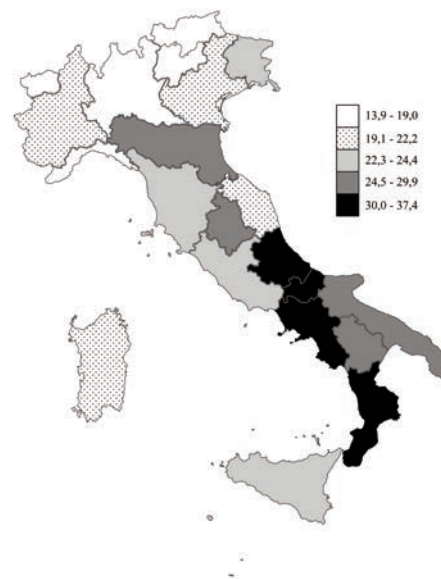
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.



Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso di età 6-17 anni per regione - Anni 2015-2016

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	22,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,8
Liguria	17,8
Lombardia	18,6
Bolzano-Bozen	13,9
Trento	19,0
Veneto	21,5
Friuli Venezia Giulia	22,6
Emilia-Romagna	24,7
Toscana	23,4
Umbria	25,3
Marche	20,4
Lazio	23,5
Abruzzo	30,0
Molise	34,1
Campania	37,4
Puglia	29,9
Basilicata	29,0
Calabria	30,1
Sicilia	24,4
Sardegna	21,3
Italia	24,7

Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso di età 6-17 anni per regione. Anni 2015-2016



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso di età 6-17 anni per genere e per titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2015-2016

Titolo di studio della madre*	Maschi	Femmine	Totale
Dottorato di ricerca e Laurea	23,9	16,9	20,6
Diploma scuola superiore	25,9	18,2	22,1
Scuola dell'obbligo	33,5	24,5	29,1
Titolo di studio del padre*			
Dottorato di ricerca e Laurea	20,9	17,2	19,1
Diploma scuola superiore	26,6	18,6	22,8
Scuola dell'obbligo	31,2	23,6	27,4
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche ottime-adequate	25,5	18,6	22,2
Risorse economiche scarse o insufficienti	32,3	23,0	27,6
Eccesso di peso dei genitori*			
Nè il padre nè la madre in eccesso di peso	23,1	15,7	19,5
Solo la madre in eccesso di peso	29,3	23,6	26,4
Solo il padre in eccesso di peso	27,8	18,8	23,5
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	39,3	30,0	34,8
Totale	28,6	20,5	24,7

*Si considerano solo i bambini ed i ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.





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 di bambini e ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede nel Meridione e tra chi vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e con 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 fondamentale gioca la famiglia che risulta centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi, rappresentando il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e 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, June 2016.
- (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., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.

(6) Spinelli A., Nardone P., Buoncristiano 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).

(7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003)* 2006; 17 (3): 27-42.

(8) 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.

(9) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*; 2006. 1: 11_/25.

(10) 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: 1.240.

(11) 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.

(12) Iannucci L., Pugliese A., Qualiano V., Bologna E. Fattori di rischio per la salute tra i bambini e adolescenti: eccesso di peso e sedentarietà in "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute" (a cura di) Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. Rapporti ISTISAN 16/26. Anno 2016.





Sovrappeso ed obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. La condizione di obesità è spesso persistente e aumenta la probabilità di sviluppare problemi di salute permanenti (1). I bambini in sovrappeso hanno un rischio quattro volte maggiore di sviluppare obesità in adolescenza e da adulti (2, 3); infatti, le origini dell'obesità sono riconducibili alle prime fasi di sviluppo durante l'infanzia (4).

L'Italia, grazie al sistema di sorveglianza nazionale "OKkio alla SALUTE", monitora dal 2007 lo stato ponderale dei bambini della scuola primaria (8-9 anni), effettuando misurazioni dirette di peso e statura e raccogliendo informazioni sulle abitudini alimentari, l'attività fisica e la sedentarietà.

"OKkio alla SALUTE" è promosso e finanziato dal

Ministero della Salute/Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie e coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Questo sistema di sorveglianza, giunto alla quinta rilevazione (2016), è collegato al programma governativo "Guadagnare salute", ai "Piani di prevenzione" nazionali e regionali ed è parte della "Childhood Obesity Surveillance Initiative" (COSI) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Bambini di età 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso}}{\text{Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di età 8-9 anni}} \times 100$$

Prevalenza di bambini obesi

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Bambini di età 8-9 anni misurati e risultati obesi}}{\text{Popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di età 8-9 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. La rilevazione diretta di peso e statura consente di avere delle misure oggettive e uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto "a grappolo". Tale approccio prevede che le classi terze delle scuole primarie (denominate "grappoli" o *cluster*) e non bambini individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dalle Aziende Sanitarie Locali (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). 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%).

L'impiego dell'Indice di Massa Corporea (IMC) (ottenu-

to come il 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 dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* desunti da Cole et al (5).

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 2016, alla quinta raccolta dati di "OKkio alla SALUTE", hanno partecipato 2.604 classi, 48.946 bambini e 48.464 genitori, distribuiti in tutte le regioni. A conferma di quanto emerso in passato, il livello di partecipazione è rimasto invariato ed elevato; infatti, solo il 3,8% dei genitori ha rifiutato l'adesione dei figli all'indagine.

I bambini di età 8-9 anni in sovrappeso sono il 21,3% (IC 95%=20,8-21,8%) ed i bambini obesi sono il 9,3% (IC 95%=8,9-9,6%), compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,1% (IC 95%=1,9-2,3%). Le bambine risultano meno obese dei bambini





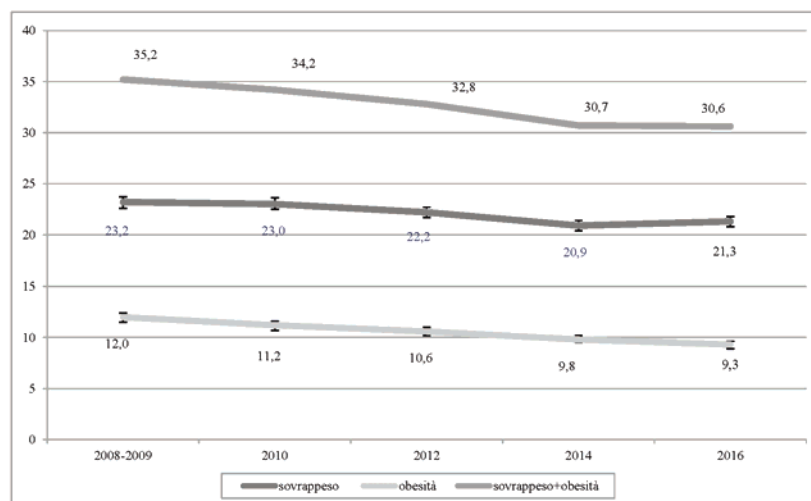
(8,8% vs 9,7%). Complessivamente, tre bambini su dieci presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità); tuttavia, nel corso degli anni il fenomeno è diminuito (da 35,2% nel 2008-2009 a 30,6% nel 2016), soprattutto l'obesità (Grafico 1).

All'aumentare del grado di istruzione dei genitori diminuisce la quota dei figli in eccesso ponderale e nelle famiglie in cui vi è almeno un genitore obeso la prevalenza di bambini in eccesso ponderale è maggiore. Una situazione analoga si evidenzia anche se si prendono in considerazione le famiglie con una situazione economica svantaggiata¹. Non si rilevano differenze nell'IMC dei bambini se si considera, invece, la

cittadinanza dei genitori (dati non presenti nei grafici). Il Grafico 2 riporta le percentuali di sovrappeso e obesità per singola regione. Si conferma una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Meridione: dal 12,2% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 26,2% in Campania; dal 2,7% di obesità nella PA di Bolzano al 17,9% in Campania.

Applicando a tutta la popolazione di età 6-11 anni (residente in Italia nel 2016) 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 51.000 bambini, di cui 318 mila obesi.

Grafico 1 - Bambini (valori per 100) in sovrappeso ed obesi di età 8-9 anni - Anni 2008-2009, 2010, 2012, 2014, 2016



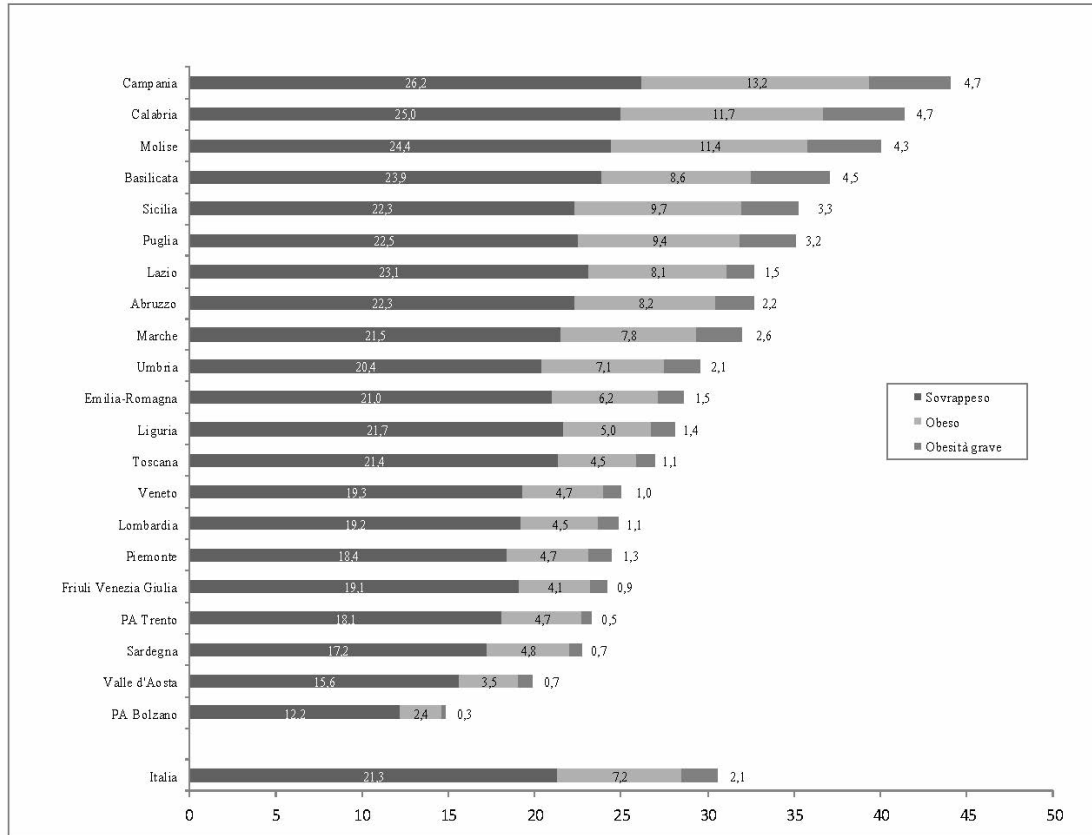
Fonte dei dati: ISS, "OKkio alla SALUTE". Anno 2017.

¹Alle famiglie dei bambini coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare, sulla base del proprio reddito familiare, come arrivano a fine mese utilizzando una scala con quattro modalità di risposta: "molto facilmente", "abbastanza facilmente", "con qualche difficoltà" e "con molte difficoltà". Le prevalenze di bambini in eccesso ponderale risultano maggiori con l'aumentare delle difficoltà economiche.



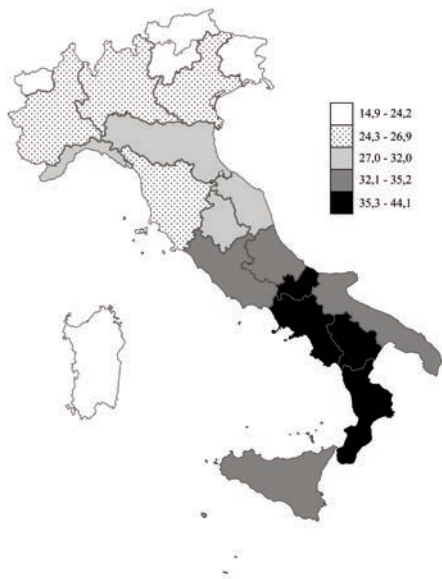


Grafico 2 - Bambini (valori per 100) in sovrappeso, obesi e gravemente obesi di età 8-9 anni per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: ISS, "OKkio alla SALUTE". Anno 2017.

Bambini (valori per 100) in eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) di età 8-9 anni per regione. Anno 2016



Confronto internazionale

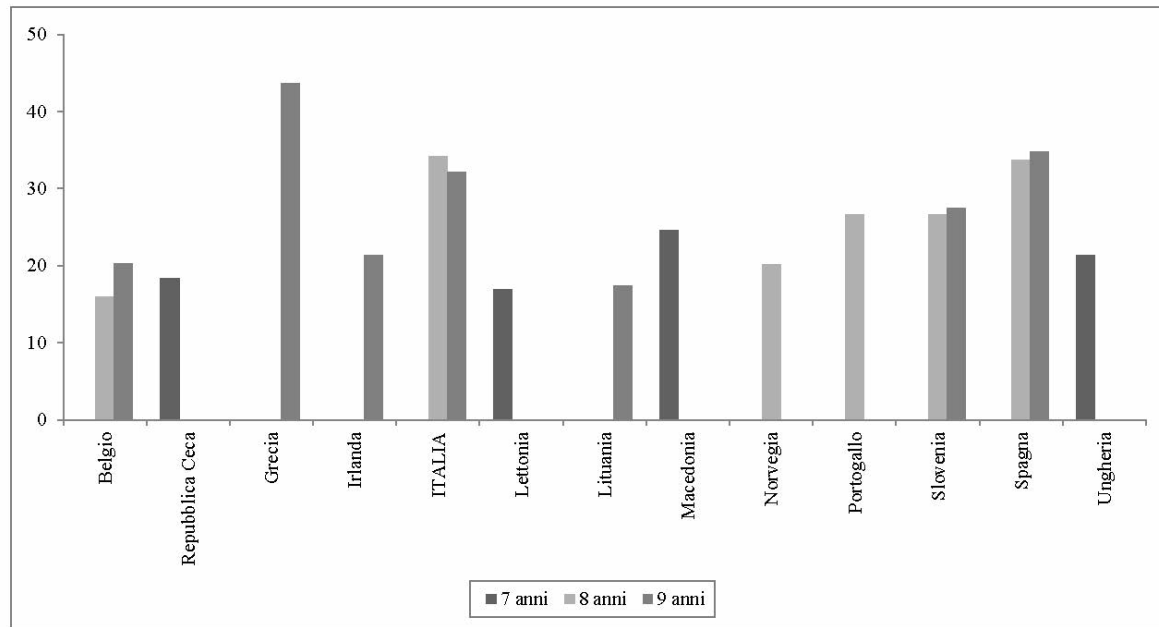
Le prevalenze di sovrappeso e obesità riscontrate in "OKkio alla SALUTE" risultano tra le più elevate nel confronto con gli ultimi dati disponibili degli altri

Paesi aderenti al COSI (6) (Grafico 3); l'Italia, infatti, insieme alla Spagna e alla Grecia ha prevalenze di eccesso ponderale elevate nei bambini delle fasce di età considerate.





Grafico 3 - Bambini (valori per 100) in sovrappeso ed obesi di età 7, 8 e 9 anni per Paese europeo - Anno 2009-2010



Fonte dei dati: COSI-OMS (valori soglia IOTF adattati da Wijnhoven et al. BMC Public Health 2014, 14: 806.) Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati raccolti con “OKkio alla SALUTE” permettono di monitorare l’eccesso ponderale e i comportamenti a rischio nei 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 della Prevenzione, declinati a livello regionale e utilizzati per individuare aree di intervento.

Riferimenti bibliografici

- (1) Stettler N, Zemel BS, Kumanyika S, Stallings VA. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. *Pediatrics* 2002; 109: 194-9.
- (2) Cunningham SA, Kramer MR, Narayan KM. Incidence of childhood obesity in the United States. *N Engl J Med* 2014; 370: 403-11.

- (3) Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008 Sep; 9 (5): 474-88. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x. Epub 2008 Mar 5.

- (4) Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther.* 2013; 35 (1): A18-32.

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

- (6) Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós 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 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 età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 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 (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2016 su un campione di 18.508 famiglie, per un totale di 43.404 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di età 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 età 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 2016, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 34,8% della popolazione, pari a circa 20 milioni e 485 mila. Tra questi, il 25,1% si dedica allo

sport in modo continuativo, mentre il 9,7% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono una attività fisica sono il 25,7% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni e 85.000, 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 25,1% del 2016). Rispetto al 2015, si registra un aumento nel 2016 della quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo, mentre risulta stabile la quota di coloro che dichiarano di svolgere sport in modo saltuario. Inoltre, rispetto all'anno precedente, nel 2016 si riscontra una lieve, ma significativa, riduzione sia delle persone che praticano qualche attività fisica (-0,8 punti percentuali) che della popolazione sedentaria (-0,7 punti percentuali).

L'aumento dello sport continuativo e la riduzione della pratica di qualche attività fisica si osserva in entrambi i generi, mentre la riduzione della quota di chi non svolge né sport né attività fisica 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 sportive ben organizzate. Le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano, la PA di Trento, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e il Veneto, 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 Veneto e la Valle d'Aosta.





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 36,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario.

Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (20,0%), la Sicilia (24,0%), la Calabria (24,2%), il Molise (25,1%) e la Basilicata (26,1%).

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 17,0%, Puglia 19,7%, Calabria 21,9% e Molise 22,1%).

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 (58,4%), Campania (56,9), Calabria (53,4%) e Molise (52,5%), dove ben oltre la metà delle persone di età 3 anni ed oltre è

sedentaria (Tabella 2).

Lo sport è una attività del tempo libero tipicamente giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano per i maschi nella fascia di età 11-14 anni (73,6%) e per le femmine in quella tra i 6-10 anni (62,3%). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta al crescere dell'età in modo costante fino alla classe di età 65-74 anni (33,1%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, in cui aumenta la percentuale di sedentari, pari al 70,6% 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 più elevate tra le bambine che tra i bambini (Tabella 3).

I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 29,7% pratica sport con continuità e l'11,1% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 20,8% e dell'8,3%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (43,4% vs 34,8%) (Tabella 1).





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

61

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport di età 3 anni ed oltre per genere - Anni 2001-2003, 2005-2016

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	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
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
2015	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
2016	20,8	8,3	27,2	43,4	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	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
2016	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.



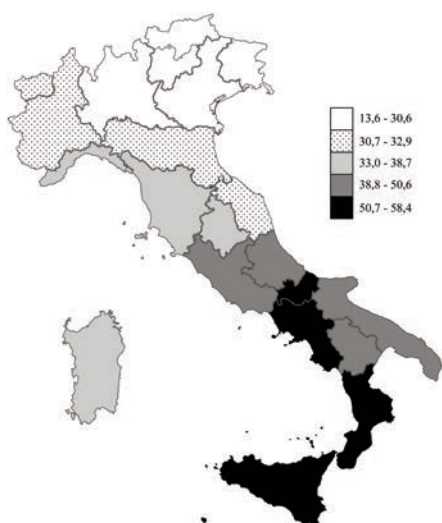


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport di età 3 anni ed oltre per regione - Anno 2016

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	26,9	11,5	28,6	32,6	0,4
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	28,5	14,3	25,2	31,8	0,2
Liguria	24,9	7,8	28,6	38,3	0,4
Lombardia	30,5	10,7	27,9	30,6	0,3
Bolzano-Bozen	39,4	20,1	26,8	13,6	0,1
Trento	33,2	13,4	36,0	17,4	0,0
Veneto	29,5	14,4	29,7	26,1	0,3
Friuli Venezia Giulia	27,6	11,9	34,0	26,2	0,3
Emilia-Romagna	31,1	10,8	26,0	31,9	0,2
Toscana	25,9	9,8	31,0	33,1	0,2
Umbria	24,6	8,1	28,6	38,7	0,0
Marche	27,6	8,0	31,3	32,9	0,2
Lazio	28,5	7,7	22,8	40,6	0,4
Abruzzo	23,0	11,2	25,3	40,3	0,2
Molise	19,3	5,8	22,1	52,5	0,3
Campania	13,9	6,1	22,7	56,9	0,4
Puglia	20,8	8,5	19,7	50,6	0,4
Basilicata	19,0	7,1	23,2	50,4	0,3
Calabria	16,5	7,7	21,9	53,4	0,5
Sicilia	16,5	7,5	17,0	58,4	0,6
Sardegna	26,1	10,7	28,6	34,6	0,0
Italia	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

Prevalenza (valori per 100) di persone che non praticano sport di età 3 anni ed oltre per regione. Anno 2016





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

63

Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e per classe di età - Anno 2016

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	19,7	3,8	24,3	49,0	22,9
6-10	62,5	5,7	10,8	20,2	0,8
11-14	65,2	8,4	11,8	14,6	0,0
15-17	59,6	11,3	13,8	15,0	0,3
18-19	53,6	12,0	14,9	19,5	0,0
20-24	44,6	19,1	12,5	23,3	0,5
25-34	38,9	13,9	19,3	27,6	0,3
35-44	29,0	14,1	24,0	32,6	0,3
45-54	23,7	13,5	26,2	36,4	0,2
55-59	18,2	10,7	31,8	39,0	0,3
60-64	19,3	8,9	32,4	39,2	0,2
65-74	15,9	8,8	34,4	40,7	0,2
75+	6,1	4,3	27,7	61,5	0,4
Totale	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
Femmine					
3-5	23,3	3,6	23,2	47,8	2,1
6-10	56,6	5,7	10,9	26,5	0,3
11-14	51,3	8,0	17,8	22,3	0,6
15-17	45,8	8,7	20,4	24,6	0,5
18-19	30,7	14,9	24,8	29,5	0,1
20-24	30,8	12,7	27,0	29,2	0,3
25-34	24,1	12,4	28,2	34,8	0,5
35-44	19,5	11,6	32,9	35,7	0,3
45-54	18,2	10,1	31,8	39,8	0,1
55-59	16,6	7,8	31,5	43,7	0,4
60-64	15,7	7,0	32,0	45,1	0,2
65-74	10,8	4,8	31,9	52,4	0,1
75+	4,2	2,2	16,6	76,5	0,5
Totale	20,8	8,3	27,2	43,4	0,3
Totale					
3-5	21,4	3,7	23,7	48,4	2,8
6-10	59,7	5,7	10,8	23,2	0,6
11-14	58,3	8,2	14,8	18,4	0,3
15-17	52,8	10,0	17,1	19,7	0,4
18-19	42,9	13,3	19,5	24,2	0,1
20-24	38,0	16,0	19,5	26,2	0,3
25-34	31,6	13,2	23,7	31,2	0,3
35-44	24,2	12,9	28,5	34,2	0,2
45-54	20,9	11,8	29,1	38,2	0,0
55-59	17,4	9,2	31,7	41,5	0,2
60-64	17,5	7,9	32,2	42,2	0,2
65-74	13,2	6,7	33,1	46,8	0,2
75+	4,9	3,0	21,0	70,6	0,5
Totale	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017.

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 2016, pur facendo registrare un aumento della pratica sportiva, non sono del tutto soddisfacenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge che il rischio di essere sedentari, ad oggi di quattro persone su dieci, cresce con l'aumenta-

re dell'età ed è più elevato tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica. La strategia europea "Guadagnare salute" (6), ad esempio, sostenuta anche dal Piano Nazionale di Prevenzione, è stata avviata in Italia da circa un decennio per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e dell'obesità e la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuen-





do un ruolo fondamentale al lavoro inter-istituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Inoltre, una tra le 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 che 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. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad esempio, nella predisposizione del piano per l'incentivazione dell'attività fisica, per il decennio 2016-2025 (7), ha messo tra le priorità anche la promozione dell'attività fisica come parte della vita quotidiana, sia nelle modalità di trasporto che nei luoghi di lavoro.

Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello locale e spesso risulta 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 e 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.
- (3) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. *Can J Public Health* 2007; 98: S109-S121.
- (4) World Health Organization (WHO). Global recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO; 2010.
- (5) World Health Organization (WHO). Physical activity, Fact sheet N°385, February 2017.
- (6) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007 - Supplemento ordinario n. 119.*
- (7) World Health Organization (WHO). "Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025": 2015.
- (8) Iannucci L., Pugliese A., Qualiano V., Bologna E. Fattori di rischio per la salute tra i bambini e adolescenti: eccesso di peso e sedentarietà in "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute" (a cura di) Costa G., Cialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. *Rapporti ISTISAN 16/26. Anno 2016.*





Screening mammografico su iniziativa spontanea

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

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

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

Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2013-2016, stimati su un campione complessivo di 29.494 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea

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

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioural Risk Factor Surveillance System* con quelli ricavati dai sistemi di registrazione clinici negli Stati Uniti, è stato osservato che raramente una donna che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato omette di riferirlo (elevata sensibilità), invece, un certo numero di donne che ha effettuato la mammografia, prima del biennio precedente l'intervista, dichiara comunque di averla fatta nelle tempistiche raccomandate (moderata specificità). Questo fenomeno viene attribuito, principalmente, al cosiddetto effetto "telescopico", per cui l'intervistato riferisce di aver effettuato il test più recentemente di quanto accaduto in realtà. Sono state escluse le donne che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".

A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata. Anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia, la possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.

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

Va ricordato che, in Italia, i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima del-

la quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

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

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata, in gran parte, nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2013-2016, il 53% della popolazione *target* femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati).

Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico dipendono dalla quota di





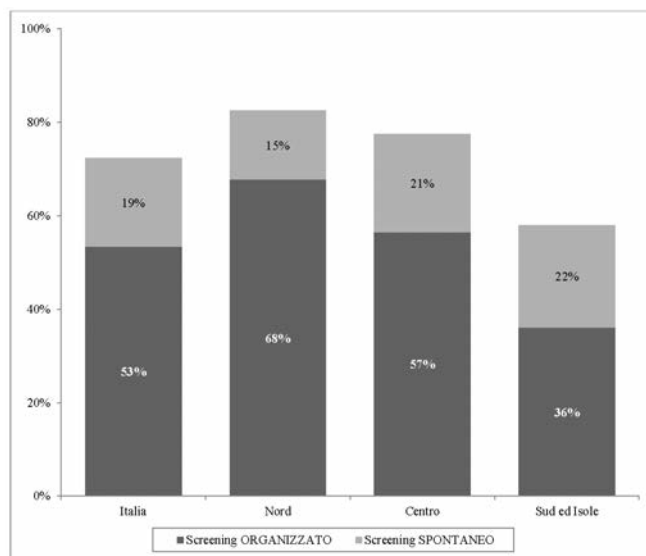
donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante) e dalla quota di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea. Le percentuali di coloro che aderiscono ai programmi organizzati determinano un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali, che riflette il gradiente nell'offerta dei programmi organizzati. Di contro, il ricorso per iniziativa privata allo screening mammografico fa registrare valori più bassi al Nord (15%), dove l'offerta dei programmi organizzati è fortemente presente, e maggiori al Centro (21%) e al Sud ed Isole (22%), senza, tuttavia, riuscire a

compensare le differenze geografiche della copertura dello screening organizzato (Grafico 1).

Nel periodo 2008-2016 si evidenzia un aumento dell'indicatore nelle regioni meridionali (dal 17% al 23%) e una diminuzione nelle regioni del Nord (dal 17% al 13%) (Grafico 2).

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (23%), tra le più istruite (28%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (20%) (dati non presenti nei grafici).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, di età 50-69 anni per macroarea - Anni 2013-2016



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2017.

Quota media (valori per 100) di donne che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, di età 50-69 anni per regione. Anni 2013-2016

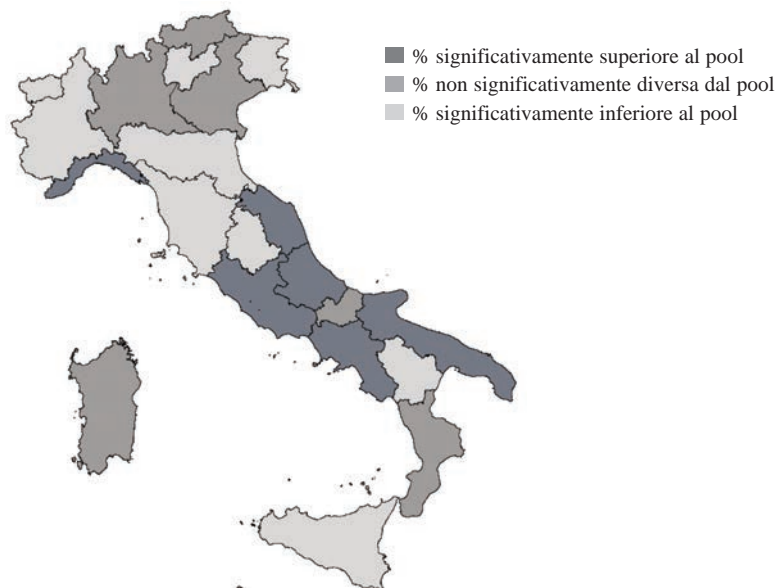
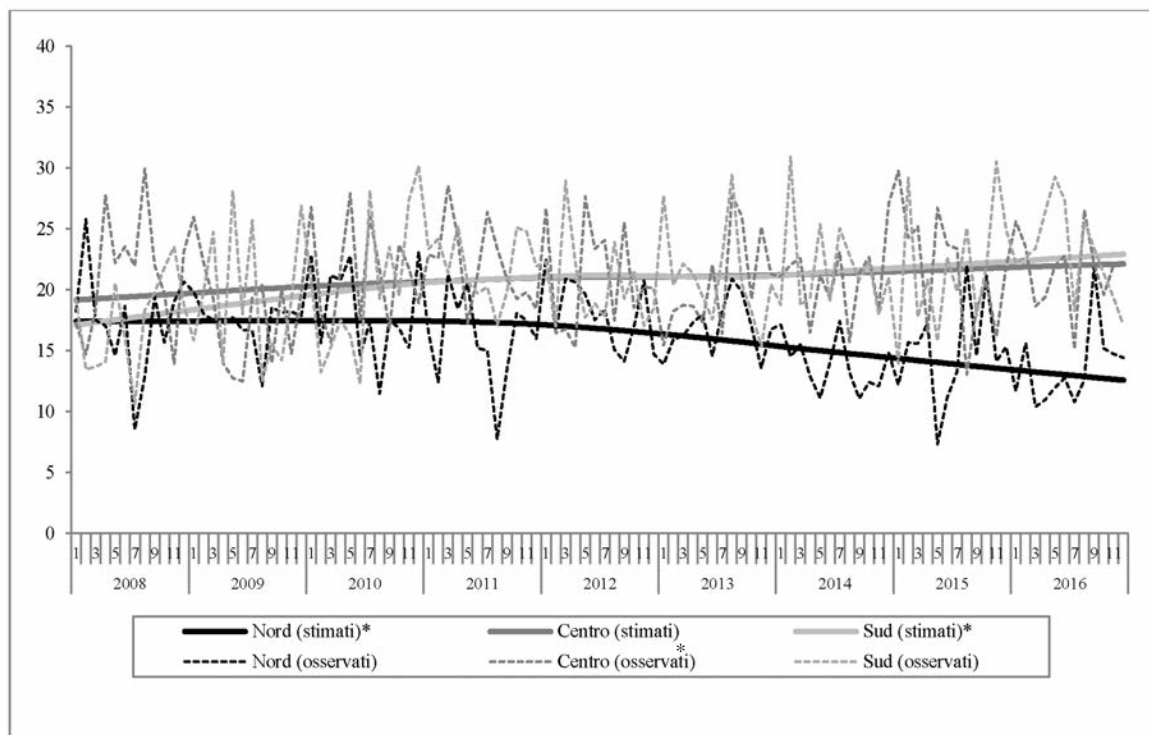




Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, di età 50-69 anni per macroarea - Anni 2008-2016



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) sui dati di prevalenza mensili. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2013-2016 la maggior parte delle donne di età 50-69 anni (88%) intervistate da PASSI è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico (consiglio del medico operatore sanitario, campagna informativa o lettera di invito della ASL).

Anche le donne che effettuano la mammografia a scopo preventivo su iniziativa spontanea sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening e l'inter-

vento più efficace dai dati PASSI sembra essere il consiglio del medico operatore sanitario; il 38% delle donne che lo ha ricevuto decide di sottoporsi allo screening vs il 20% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

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





Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

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

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

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, all'interno dei programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sulle attività di promozione. Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2013-2016, stimati su un campione complessivo di 60.360 donne di età 25-64 anni.

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

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

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

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

Nelle realtà, dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacia-

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

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2013-2016 il 45% della popolazione target femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota analoga, pari al 34%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (53% vs 34% nel Nord e 49% vs 36% nel Centro); uguali le due componenti nelle regioni meridionali (34% vs 34%) (Grafico 1).

Dal 2008 al 2016, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile nelle regioni meridionali e diminuisce, significativamente, nelle regioni del



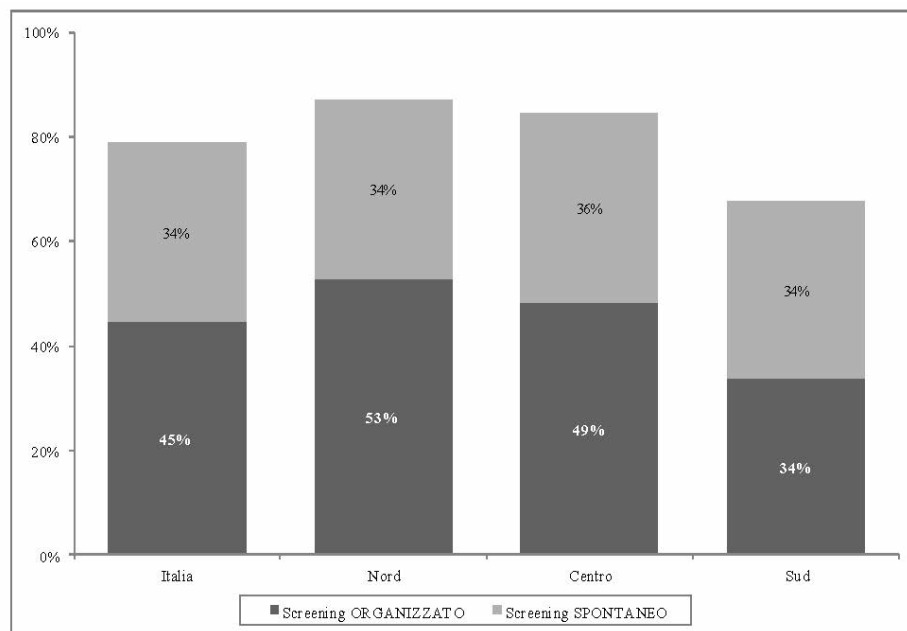

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

69

Nord (-12,5%) e del Centro (-6,9%) (Grafico 2).
La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore tra le 35-49enni (39%) e tra le più istruite (43%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni

economiche: è pari al 38% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 28% fra quelle con molte difficoltà economiche (dati non presenti nei grafici).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, di età 25-64 anni per macroarea - Anni 2013-2016



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2017.

Quota media (valori per 100) di donne che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, di età 25-64 anni per regione. Anni 2013-2016

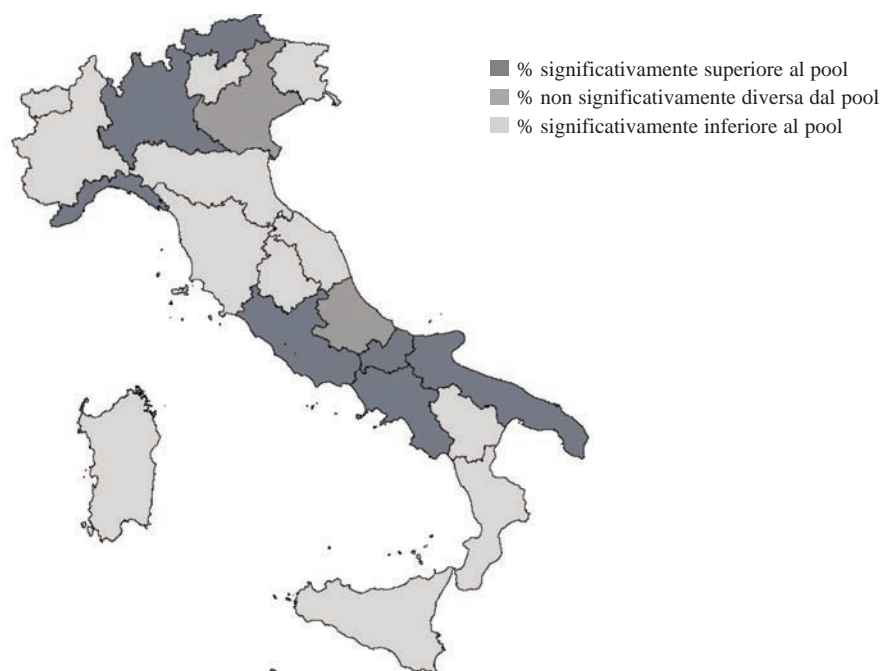
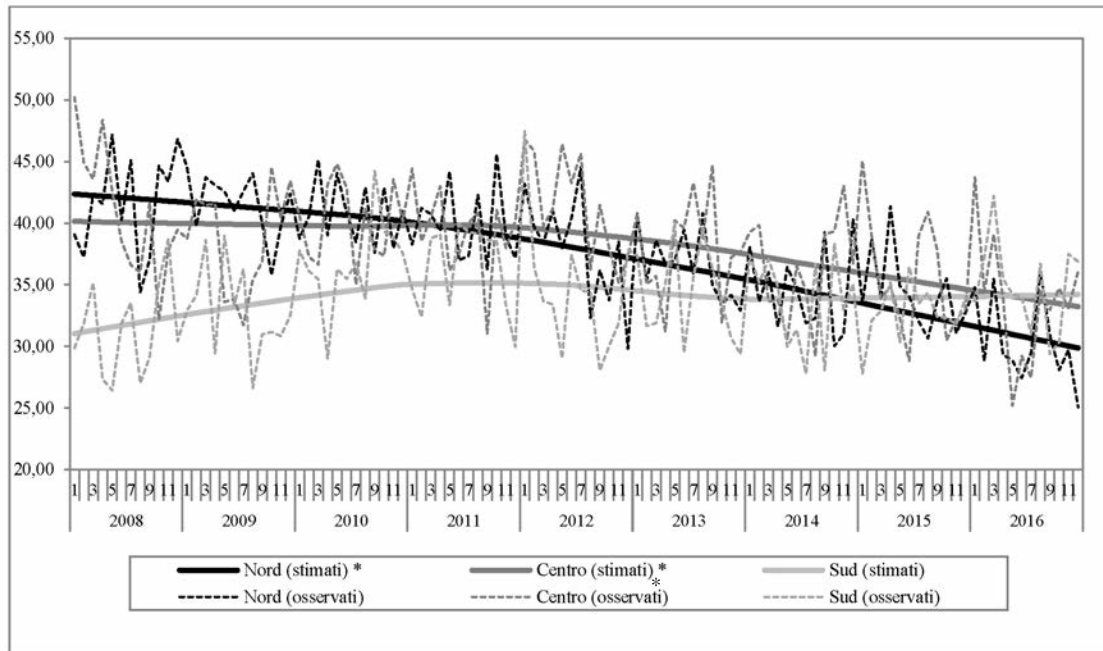




Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, di età 25-64 anni per macroarea - Anni 2008-2016



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) sui dati di prevalenza mensili. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2013-2016, oltre otto donne su dieci di età 25-64 anni dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina.

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

glio del medico/operatore sanitario sembra essere quello più efficace: il 63% delle donne che ha ricevuto il consiglio da parte di un medico effettua il test vs il 31% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

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





Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto, con quasi 60.000 nuovi casi stimati all'anno, è tra i tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana e rappresenta la seconda causa di decesso per neoplasie sia fra gli uomini che fra le donne. Abbastanza raro prima dei 40 anni, colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età e, fortunatamente, la sopravvivenza migliora nel tempo grazie ai miglioramenti terapeutici e alla diagnosi precoce.

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

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

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI), rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, all'interno dei programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sulle attività di promozione. Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2013-2016, stimati su un campione complessivo di 51.655 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

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

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

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

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

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

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

l'interpretazione di questo dato.

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

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

Descrizione dei risultati

La copertura nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2013-2016 solo il 45% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni, oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia, negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorrettali.

Evidente è il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole:



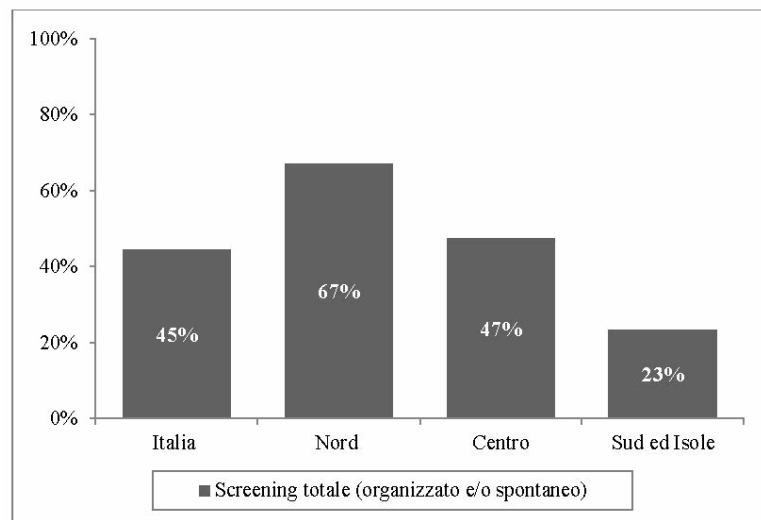


la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), mentre risulta significativamente più basso fra i residenti del Centro (47%) e del Sud ed Isole (23%) (Grafico 1). Il dato più elevato di copertura si registra nella PA di Trento con il 72%, quello più basso in Puglia con il 13% (dati non presenti nei grafici).

Nel tempo si registra una crescita lenta, ma significativa in tutto il Paese: dal 2010 al 2016, la quota di persone che si sottopone a screening per il tumore del colon-ret-

to a scopo preventivo, secondo le Linee Guida, è cresciuta, mediamente, del 12,2% (+13,5% al Nord, +17,1% al Centro e +12,1% al Sud ed Isole) (Grafico 2). Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (49%), negli uomini rispetto alle donne (46% vs 43%), nelle persone con alto livello di istruzione rispetto a chi ha la licenza elementare o nessun titolo (47% vs 42%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (55% vs 31%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (45% vs 38%).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, di età 50-69 anni per macroarea - Anni 2013-2016



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

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2017.





Quota media (valori per 100) di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, di età 50-69 anni per regione. Anni 2013-2016

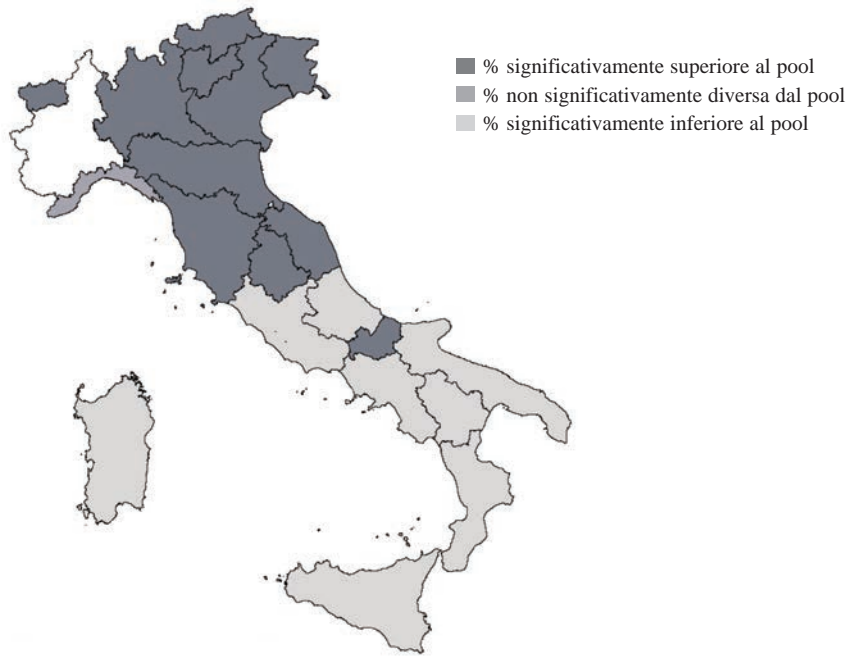
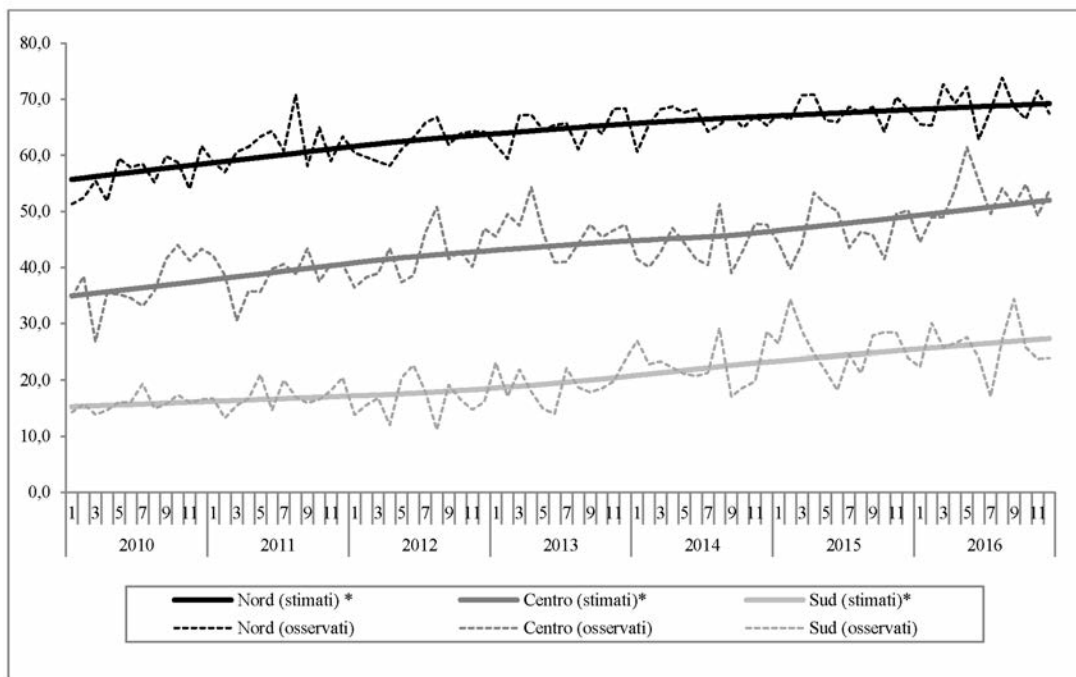


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, di età 50-69 anni per macroarea - Anni 2010-2016



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) sui dati di prevalenza mensili. Anno 2017.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2013-2016, oltre la metà delle persone fra i 50-69 anni (66%) è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto. L'efficacia della promozione dello screening del SOF cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa). Infatti, il 73% degli intervistati di età 50-69 anni, che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di

un operatore sanitario, si è sottoposta a screening del SOF per il tumore del colon-retto, rispetto al 3% di quelli non raggiunti da alcun intervento. Le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa) eseguono il test di screening nel 75% dei casi.

L'adesione a tale tipo di screening, quindi, aumenta se la lettera di invito e le campagne informative sono affiancate dai consigli degli operatori sanitari.

