

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

In questo capitolo, come nelle precedenti edizioni, vengono trattati i principali comportamenti a rischio nella popolazione italiana e le possibili strategie finalizzate a rimuoverli.

Il fumo di tabacco, secondo le conclusioni unanimi della comunità scientifica internazionale, è una delle principali cause di morbosità e mortalità prevenibile.

In Italia, nei 6 anni di applicazione della Legge n. 3/2003 “Tutela della salute dei non fumatori”, la popolazione si è dimostrata, generalmente, favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. Infatti, dallo studio “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)”, si evidenzia come il divieto di fumare venga, sostanzialmente, rispettato sia nei locali pubblici (86%) che nei luoghi di lavoro (88%).

La legge ha, altresì, avuto un impatto immediato sulla salute, tant'è che viene segnalata una diminuzione del 4% circa del numero dei ricoveri ospedalieri per infarto miocardico acuto rispetto a quelli del periodo antecedente il provvedimento.

Per consolidare i risultati ottenuti e conseguirne di nuovi, però, non bisogna abbassare la guardia, in particolare nella prevenzione dell'iniziazione al fumo dei più giovani e nel sostegno a chi vuole smettere.

Per quanto attiene il consumo di alcol, viene confermata la consolidata tendenza ad un consumo non moderato soprattutto nella popolazione maschile, con picchi registrati per gli ultra 65enni (consumo eccessivo di vino e birra) e per i giovanissimi e le *teenager* (birra ed aperitivi alcolici).

Le evidenze scientifiche hanno ormai dimostrato che, la problematica alcol-correlata, è solo in parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza; gran parte degli interventi e delle azioni dovrebbero basarsi sulle recenti evidenze fornite dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e messe a disposizione dei *policy-maker* per richiamarne la massima attenzione.

Il bere, oggi, è normalizzato, nella cultura e nei comportamenti, oltre che dalla società da una mancanza di coordinamento delle azioni centrali, anche rispetto alla devoluzione in materia di salute che, a livello locale, riesce a produrre iniziative di tutela perfino più incisive rispetto alle linee nazionali (ordinanze comunali, divieto di consumo etc.).

Anche la comunicazione istituzionale, incalzata da logiche di tutela commerciali, non favorisce la diffusione di un'informazione valida e corretta proponendo messaggi in maniera spesso incoerenti con gli orientamenti di tutela espressi dalle normative (per esempio alcol e minori, alcol e guida).

Questi aspetti, ovviamente, non depongono per la probabilità di una riduzione del rischio alcol e non lasciano intravedere, nel breve periodo, possibili guadagni di salute in assenza di una convinta azione istituzionale che riconsideri le logiche di intervento e che riqualifichi e finanzi la prevenzione e la ricerca come strumenti capaci di contribuire a produrre salute, sicurezza e benessere compatibili con uno sviluppo economico e sociale sostenibile.

Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta. Quest'anno, le frequenze di consumo di alcuni gruppi di alimenti stimate per ciascuna regione, sono state elaborate in 2 modi differenti al fine di valutare gli aspetti salienti in relazione alla qualità della dieta sul territorio e nel tempo.

La prima elaborazione è finalizzata a studiare lo stato dell'indicatore obiettivo “5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF)”, mentre la seconda è intesa ad individuare elementi salienti nell'evoluzione della frequenza dei consumi, sia a livello regionale che per gruppi di popolazione definiti in base alla classe di età.

In definitiva, dai dati presi in esame, si osserva che, rispetto ai risultati dell'Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana. Anni 2005-2008”, la percentuale di coloro che consumano almeno “5 o più porzioni al giorno di VOF”, è ancora bassa (5,7% nel 2008), ma, in compenso, chi vi si attiene sembra riprodurre una situazione virtuosa.

Nel suddetto arco temporale, si conferma una sostanziale stabilità della struttura complessiva del consumo di alimenti per tipologia a livello regionale. Inoltre, va aggiunto che l'indicatore obiettivo rileva, per tutti gli anni presi in esame, una correlazione legata alla frequenza di persone che consumano i pasti fuori casa.

Passando all'analisi dell'evoluzione temporale delle frequenze di consumo, basata sui dati individuali (2009), si confermano sia alcune tendenze al miglioramento quali l'aumento di vegetali, frutta, pesce ed olio di oliva e sia alcune tendenze che vanno verso un peggioramento (bevande alcoliche, soprattutto in alcune regioni); rimane, infine, la necessità di una maggiore attenzione all'alimentazione dei giovani.

Ogni anno, nel nostro Paese, circa 50.000 decessi vengono attribuiti all'obesità, i cui tassi si mostrano in preoccupante aumento soprattutto tra bambini ed adolescenti. Tali soggetti, spesso colpiti fin dall'età infantile da difficoltà respiratorie, problemi articolari, disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico, hanno una maggiore probabilità di sviluppare, precocemente, ulteriori fattori di rischio quali ipertensione, malattie coronariche, diabete di tipo II ed ipercolesterolemia.

L'eccesso di peso può causare modificazioni nel comportamento dell'individuo e l'obeso, spesso, viene emarginato e sottoposto ad una vera e propria stigmatizzazione sociale, con conseguente isolamento che si traduce in ulteriori abitudini sedentarie.

L'obesità non è solo una malattia del singolo individuo, ma il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita; per queste ragioni essa è ritenuta, universalmente, un importante problema di Sanità Pubblica.

La prevenzione dell'eccesso di peso è, infatti, uno dei temi principali su cui da anni si concentra l'attività del Ministero della Salute che ha avviato programmi specifici allo scopo di migliorare l'offerta dei servizi di assistenza, indirizzare verso interventi terapeutici, aggiornare le Linee Guida sanitarie in materia ed effettuare una sorveglianza epidemiologica sulla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare.

È sempre più evidente, ed i dati della letteratura scientifica sembrano confermarlo, che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità), multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e, non meno importante, che abbiano una certa continuità nel tempo.

L'indicatore "alimentazione" viene completato con un *Box* sulla "Presenza in carico del soggetto obeso adulto: gestione integrata".

Nel 2008 la pratica sportiva ha interessato meno di $\frac{1}{3}$ (31,3%) della popolazione di 3 anni ed oltre, mentre 4 italiani su 10 si sono dichiarati sedentari. Tali numeri allarmanti appaiono in linea con i dati epidemiologici europei e mondiali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i livelli di attività fisica stanno diminuendo in tutto il mondo soprattutto tra i giovani.

In Italia, solo 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età ed 1 bambino su 2 guarda la televisione o gioca con i videogiochi per più di 3 ore al giorno.

La popolazione femminile giovane-adulta (con un'aspettativa media di vita più lunga, ma anche un maggior rischio per malattie croniche nell'età adulta ed anziana), è decisamente meno "attiva" rispetto alla quota maschile.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, nell'ambito degli interventi di promozione di stili di vita salutari, prevede programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari basati sull'evidenza scientifica, con particolare riguardo alla popolazione infantile e giovane-adulta.

Uno stile di vita più sano potrà essere raggiunto solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e le competenze interessate, ma anche e, soprattutto, con la partecipazione responsabile della popolazione e della società civile.

Per alcune malattie, i dati delle coperture vaccinali sono ancora disomogenei sul territorio nazionale.

Infatti, sebbene i risultati mostrino il raggiungimento di coperture vaccinali $>95\%$ per Poliomielite, Difterite e Tetano, Epatite B, Pertosse e *Haemophilus influenzae* di tipo b, soltanto 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro Morbillo, Parotite e Rosolia.

Per raggiungere gli obiettivi ministeriali sono stati, quindi, avviati programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica (ad esempio, la campagna "Genitori Più") che di valutazione delle coperture vaccinali, come il progetto "Indagine di COpertura vaccinale NAzionale (ICONA)" giunto ormai alla terza edizione.

Per evitare coperture vaccinali a macchia di leopardo, conseguenti a comportamenti regionali fortemente differenziati che possono limitare l'efficacia di campo dei programmi stessi, occorre che le regioni definiscano strategie condivise di intervento.

Per quanto attiene la vaccinazione anti-influenzale, analogamente ad altri Paesi europei, anche nel nostro

non è stato raggiunto l'obiettivo minimo previsto dalla vigente circolare ministeriale, così come ancora sub-ottimali appaiono i valori stimati di copertura vaccinale di alcune categorie a rischio, rilevati mediante indagini campionarie. Vanno, pertanto, implementati interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e, soprattutto, ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta.

Relativamente alle attività dei programmi di screening, il Rapporto Osservasalute, anche quest'anno, prende in considerazione gli indicatori più strettamente legati all'attuazione dei programmi stessi, in particolare la diffusione e la capacità di invito.

Disomogeneità territoriali, peraltro già rilevate nelle precedenti edizioni, permangono sia a livello di diffusione, sia di capacità di invito della popolazione che a livello di partecipazione della popolazione stessa.

Rispetto al precedente anno, la proporzione di donne residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening, passa per il tumore della mammella dall'81% all'87%, per il cervico-carcinoma dal 72% al 75% e, per il colon-retto, dal 47% al 53%. L'estensione effettiva, ovvero la proporzione di donne realmente oggetto di invito allo screening, si incrementa per lo screening mammografico dal 62% al 69% e per lo screening citologico dal 55% al 63%; resta stabile (intorno al 37%), invece, per i tumori colon-rettali.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche ed invalidanti, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche. Nel mondo i fumatori sono circa 650 milioni ed è stato stimato che il tabacco causa la morte di 1 persona ogni 6 secondi (5 milioni di persone ogni anno) ed 1 decesso su 10 è ad esso correlato (1).

Secondo i dati della Commissione Europea ogni anno, in Europa, sono oltre 650 mila i morti imputabili al tabacco ed oltre 13 milioni sono le persone che soffrono di una malattia cronica causata dalla dipendenza e dall'uso di tabacco. Nel nostro Paese i fumatori sono circa 11,2 milioni e si stima che le morti attribuibili al fumo di tabacco siano circa 80.000 all'anno (2).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo sono stati analizzati, per l'anno 2008, i risultati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" pubblicata nel 2009 e condotta su un campione di circa 49 mila individui distribuiti in 851 comuni. La rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2008 si stima che, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre, sia pari al 22,2%. Il dato è rimasto complessivamente stabile negli ultimi anni. Non emergono grandi differenze territoriali, anche se si riscontra una leggera prevalenza nell'abitudine al fumo nelle regioni meridionali. Rispetto ai dati del 2007 (Rapporto Osservasalute 2009, pag. 52), si evidenzia un aumento dei fumatori soprattutto in Calabria (che passa dal 17,0% al 20,6%) ed in Puglia (dal 20,8% al 22,5%) ed una diminuzione in Liguria (dal 23,2% al 20,2%). La prevalenza di persone che hanno smesso di fumare, nel periodo dal 2001 (20,1%) al 2008 (22,9%), è stata in lenta, ma costante

Il fumo, inoltre, provoca importanti ripercussioni sull'economia dei Paesi: si colloca, infatti, fra i principali fattori responsabili delle spese in ambito sanitario. L'alto numero delle condizioni patologiche associate al consumo di tabacco rende difficile la valutazione dell'impatto economico che l'abitudine al fumo comporta sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro persi. Si stima che il costo possa variare dallo 0,1% all'1,1% del Prodotto Interno Lordo (3).

Lo studio dei dati di prevalenza del consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno nella popolazione ed individuare adeguate attività di prevenzione e di controllo.

crescita, con una distribuzione degli ex-fumatori prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta 25,7% ed Umbria 27,3%) rispetto al Sud (Campania 18,9% e Calabria 17,9%). Non vi sono, invece, variazioni geografiche rilevanti per quanto riguarda la prevalenza dei non fumatori (52,9%).

Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è di 13,5, quota che aumenta man mano che si scende verso Sud (Tabella 1).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,6%, mentre le donne il 16,3%. Rispetto al 2007 (Osservasalute 2009, pag. 53) si registra una sostanziale stabilità del fenomeno, sia per gli uomini che per le donne.

Il tabagismo è più diffuso nelle fasce di età giovanili ed adulte ed, in particolare, tra i 25 ed i 34 anni, fascia di età in cui si raggiunge il 29,2%. La percentuale più elevata di fumatori negli uomini si registra tra i 25-34 anni (36,9%), mentre nelle donne tra i 45-54 anni (24,3%).

La maggioranza della popolazione non ha mai fumato (52,9%) ed evidenti sono le differenze di genere: il 38,9% degli uomini ed il 65,9% delle donne. Una quota pari al 22,9% è rappresentata dagli ex-fumatori, con differenze di genere, anche in questo caso, elevate: il 30,4% degli uomini ed il 15,9% delle donne (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno, per regione - Anno 2008

Regioni	Fumatori %	Ex-Fumatori %	Non Fumatori %	N medio sigarette al giorno
Piemonte	21,4	24,7	52,6	13,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,4	25,7	55,0	14,6
Lombardia	22,1	23,8	51,5	12,7
Trentino-Alto Adige	20,5	22,2	54,2	12,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>21,7</i>	<i>22,6</i>	<i>52,8</i>	<i>12,6</i>
<i>Trento</i>	<i>19,4</i>	<i>21,9</i>	<i>55,5</i>	<i>11,8</i>
Veneto	20,7	24,4	53,3	10,9
Friuli Venezia Giulia	21,1	25,2	51,9	12,8
Liguria	20,2	23,2	55,5	13,9
Emilia-Romagna	23,2	25,5	50,3	13,2
Toscana	22,3	25,7	50,4	13,0
Umbria	21,2	27,3	49,9	14,3
Marche	21,7	24,4	52,0	13,2
Lazio	23,3	24,1	48,5	14,2
Abruzzo	23,2	22,1	53,4	14,1
Molise	20,6	21,0	57,3	13,3
Campania	23,8	18,9	55,2	15,2
Puglia	22,5	19,8	56,9	13,5
Basilicata	22,8	22,2	53,8	14,5
Calabria	20,6	17,9	60,2	14,2
Sicilia	22,8	19,7	55,5	14,3
Sardegna	21,2	23,9	50,8	14,1
Italia	22,2	22,9	52,9	13,5

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudini al fumo, per regione. Anno 2008

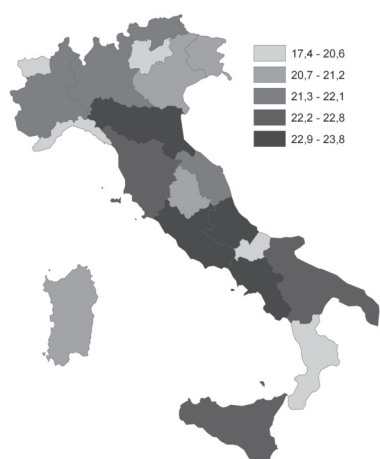


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno, per classe di età e genere - Anno 2008

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno
14-17	9,9	*	84,7	10,9	*	*	90,0	6,7	7,5	*	87,3	9,5
18-19	31,2	*	60,8	9,5	19,4	*	71,8	8,0	25,1	*	66,6	8,9
20-24	35,0	9,4	52,1	11,5	20,2	10,3	67,1	9,1	27,9	9,8	59,3	10,7
25-34	36,9	15,9	44,3	14,1	21,0	16,0	60,8	10,0	29,2	16,0	52,3	12,6
35-44	35,4	22,8	39,8	15,4	20,0	17,3	60,8	11,4	27,6	20,0	50,4	13,9
45-54	33,0	32,0	33,5	17,2	24,3	20,8	53,3	12,0	28,5	26,2	43,7	14,9
55-59	30,5	41,7	25,8	16,3	18,3	19,6	59,9	13,0	24,3	30,5	43,1	15,0
60-64	27,5	45,2	25,1	16,5	16,7	17,5	62,9	13,2	22,1	31,3	44,0	15,3
65-74	16,7	51,4	29,6	14,7	8,9	15,9	73,2	10,9	12,5	32,2	53,2	13,1
75 ed oltre	9,0	60,8	28,8	12,1	*	13,5	82,0	9,0	5,3	31,4	61,8	10,9
Totale	28,6	30,4	38,9	14,9	16,3	15,9	65,9	11,1	22,2	22,9	52,9	13,5

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Oggi la comunità scientifica internazionale è unanime nel riconoscere che il fumo di tabacco è la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Il Servizio Sanitario Nazionale ha il compito di cercare di controllare questo fenomeno nell'interesse sanitario dei fumatori e per la salvaguardia della salute della collettività non fumatrice. Identificare le strategie più corrette per promuovere la riduzione e la cessazione dell'uso di tabacco non è, però, un compito semplice. Negli ultimi anni il Ministero della Salute ha promosso diverse campagne informative sui danni provocati dal tabagismo ("Il fumo uccide: difenditi", "Liberi di respirare", "Continua ad essere libero, non fumare. Il fumo da dipendenza") mirate a tutelare i non fumatori ed a prevenire l'avvicinamento dei giovanissimi al fumo.

Nei 6 anni di applicazione della Legge n. 3/2003 "Tutela della salute dei non fumatori", la popolazione si è dimostrata, generalmente, favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. In particolare, dai dati dello studio "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)" del 2009, la maggior parte degli intervistati riferi-

sce che il divieto di fumare viene rispettato sia nei locali pubblici (86%) che nei luoghi di lavoro (88%) (4).

La legge sul divieto di fumo ha avuto un impatto immediato sulla salute: si è registrata una diminuzione del 4% circa del numero dei ricoveri ospedalieri per infarto miocardico acuto rispetto a quelli del periodo precedente la legge.

Nel nostro Paese, dunque, grazie a tale legge, ai progetti promossi dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie con le Regioni, alle iniziative nell'ambito del programma "Guadagnare Salute" ed alle campagne nazionali di comunicazione, sono stati raggiunti importanti obiettivi, ma non bisogna abbassare la guardia per consolidare i risultati ottenuti e conseguire di nuovi, in particolare nella prevenzione dell'iniziazione al fumo dei più giovani e nel sostegno a chi vuole smettere.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009.
- (2) Attività per la prevenzione del tabagismo, Rapporto 2009.
- (3) WHO - European Tobacco Control Report, 2007.
- (4) PASSI - Sistema di Sorveglianza PASSI, 2009.

Consumo di alcol

Significato. In termini epidemiologici, l'esposizione al consumo di alcol, è di per sé un indicatore di rischio per la salute che richiede una valutazione articolata in merito alla quantità di alcol assunta, alla frequenza di consumo nonché alle occasioni di consumo rischioso o dannoso di una qualunque bevanda alcolica. Pur nell'evidenza ormai acquisita a livello internazionale che non esistono livelli di sicurezza nel consumo di alcol, attraverso la lettura delle Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (1), è possibile considerare a rischio: le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA¹); gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni che eccedono il consu-

mo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi parimenti a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-5). Tali limiti sono, attualmente, in corso di revisione alla luce delle evidenze scientifiche disponibili e verranno ulteriormente ridotti nel corso del 2010 da parte degli organismi competenti di tutela della salute. Gli indicatori di sintesi per classi di età, adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore di ciascun indicatore rispetto alla popolazione di riferimento.

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-18 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	

Prevalenza di consumatrici (donne) adulte a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	

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

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

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

Prevalenza di consumatrici (donne) anziane a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)

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

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva il numero di bicchieri di vino e birra ed il numero complessivo di bicchieri di aperitivi alcolici, amari e super alcolici consumati giornalmente. Il numero complessivo di bicchieri delle diverse bevande alcoliche è calcolato in termini di UA.

Per valutare correttamente il rischio connesso al consumo di alcol, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si deve tener conto anche di alcuni stili di vita, come il bere quantità eccessive di alcol in una singola occasione e la diversa capacità di smaltire l'alcol legata al genere ed all'età delle persone. Gli indicatori, sintesi delle 2 tipologie di consumo a rischio proposti dall'ISS, forniscono indicazioni utili nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale e per le implicazioni di salute pubblica che ne derivano.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è il valore medio italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio: 18,0% per gli uomini e 11,4% per le donne;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio: 20,8% per gli uomini e 4,9% per le donne;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio: 46,0% per gli uomini e 11,2% per le donne.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza di coloro che, nel 2008 non risultano esposti ad un rischio alcol correlato, è pari al 29,4%. Il dato è rimasto stabile rispetto al 2007 in tutte le regioni ad eccezione di Molise e Campania dove si registra un incremento statisticamente significativo dei non consumatori (Molise +4,5 punti percentuali; Campania +2,9 punti percentuali). La Campania, inoltre, è l'unica regione in cui si registra un incremento statisticamente significativo di coloro che non hanno mai consumato

bevande alcoliche (+3,1 punti percentuali).

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio raggiunge, nel 2008, il 25,4% per gli uomini ed il 7,0% per le donne. Non si evidenziano differenze statisticamente significative rispetto al 2007 tra gli uomini, mentre si registra una riduzione complessiva, a livello nazionale, di 0,8 punti percentuali tra le donne ed a livello regionale in Piemonte (-3,2 punti percentuali) e nelle Marche (-3,8 punti percentuali).

Tra gli uomini, rilevanti differenze si riscontrano a livello regionale con oscillazioni che vanno dal 14,0% (Sicilia) al 38,1% (Valle d'Aosta). I valori al di sopra della media nazionale si registrano in 10 regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Tra le donne, le oscillazioni vanno dal 3,2% (Sicilia) al 13,1% (Provincia Autonoma di Bolzano) e valori al di sopra della media nazionale si registrano in Toscana (9,9%), Friuli Venezia Giulia (10,5%) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (13,1%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori di 11-18 anni a rischio raggiunge, nel 2008, il 18,0% per il genere maschile e l'11,4% per quello femminile ed a livello regionale non si registrano differenze statisticamente significative rispetto al 2007. Il dato più elevato, rispetto alla media nazionale, si registra, per entrambi i generi, nella Provincia Autonoma di Bolzano (M = 33,2%; F = 33,2%). Nel 2008, a livello regionale, non si registrano differenze statisticamente significative rispetto al genere degli intervistati.

Adulti (Tabella 3). Nella fascia 19-64 anni, per entrambi i generi, le realtà a maggior rischio risultano essere: la Provincia Autonoma di Bolzano (M = 33,0%; F = 11,8%), il Friuli Venezia Giulia (M = 29,3%; F = 7,7%) a cui si aggiungono, per i soli uomini, la Valle d'Aosta (33,3%), il Molise (32,6%), la Sardegna (30,3%), la Basilicata (27,5%), la Provincia Autonoma di Trento (27,1%), l'Abruzzo (25,7%) ed il

Veneto (24,2%). La regione con valori al di sotto della media nazionale è, per entrambi i sessi, la Sicilia (a cui si aggiungono il Lazio e la Campania per gli uomini e le Marche per le donne). Nell'anno 2008, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori di 19-64 anni a rischio è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne.

Analizzando separatamente le tipologie di consumo a rischio e cioè consumo giornaliero eccedentario, *binge drinking* ed ambedue i comportamenti insieme (Tabella 4), si osserva che il solo *binge drinking* è quello che statisticamente influisce maggiormente sulla quantificazione dell'indicatore di sintesi (consumo a rischio secondo il criterio ISS) in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Calabria e nella Provincia Autonoma di Bolzano per entrambi i generi, mentre per i soli uomini in Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli

Venezia Giulia, Liguria, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sardegna e nella Provincia Autonoma di Trento.

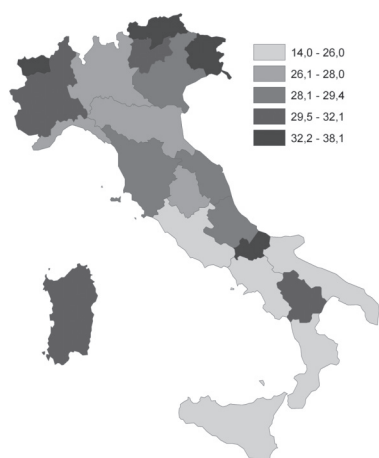
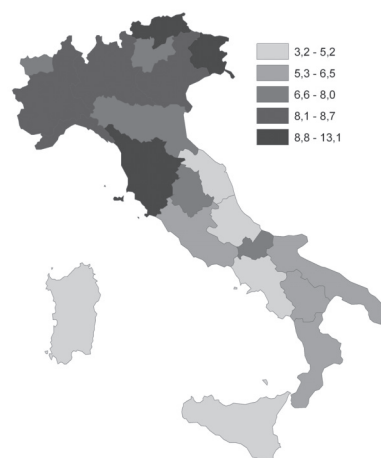
Anziani (Tabella 5). I più elevati valori di prevalenza di anziani a rischio si registrano tra gli uomini in Valle d'Aosta (60,8%), in Basilicata (59,0%) ed in Molise (58,4%) e tra le donne in Toscana (17,1%). Le regioni con i valori più bassi risultano essere, per entrambi i generi, la Sicilia (uomini: 26,4%; donne: 3,0%) e la Campania (uomini: 32,1%; donne: 5,5%), oltre al Lazio per gli uomini (36,7%) e la Calabria (4,6%) e la Sardegna (4,9%) per le donne. Nel 2008, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori a rischio ultra 64enni è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne.

Tabella 1 - Distribuzione dei non consumatori e dei consumatori (per 100) per regione - Anni 2007-2008

Regioni	2007				2008			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,4	23,8	25,2	72,3	1,7	25,3	26,9	71,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,3	22,8	25,1	72,7	2,6	20,4	23,0	74,5
Lombardia	1,7	26,0	27,7	70,1	1,6	24,6	26,2	70,4
Trentino-Alto Adige	2,1	21,1	23,2	72,2	2,3	22,9	25,2	71,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	2,7	17,4	20,2	76,3	2,8	17,9	20,8	76,0
<i>Trento</i>	1,5	24,6	26,0	68,2	1,9	27,7	29,5	66,8
Veneto	1,5	21,5	23,1	74,9	1,7	22,6	24,4	74,5
Friuli Venezia Giulia	2,8	22,4	25,2	71,2	2,4	23,1	25,5	72,0
Liguria	2,4	26,4	28,8	69,7	1,4	29,5	30,9	67,4
Emilia-Romagna	2,2	24,4	26,6	71,5	2,0	24,1	26,0	72,5
Toscana	2,0	25,2	27,2	70,7	1,6	25,6	27,2	70,8
Umbria	2,5	24,8	27,3	70,3	1,6	24,6	26,2	71,8
Marche	1,7	22,6	24,3	73,4	1,7	24,7	26,5	71,4
Lazio	1,6	26,3	27,8	68,0	1,3	25,6	26,9	68,4
Abruzzo	1,6	31,7	33,3	63,6	1,4	33,1	34,5	63,6
Molise	1,1	27,6	28,7	65,9	1,8	31,4	33,2	65,2
Campania	2,0	32,0	34,0	63,8	1,8	35,1	36,9	59,5
Puglia	2,1	28,0	30,1	66,2	1,4	30,0	31,4	67,4
Basilicata	1,9	29,2	31,1	65,7	1,8	32,8	34,6	63,2
Calabria	2,0	30,3	32,3	64,0	1,6	29,2	30,8	67,1
Sicilia	2,6	36,9	39,5	58,5	2,2	36,6	38,8	57,7
Sardegna	2,4	30,5	32,8	63,0	1,4	30,2	31,5	64,9
Italia	1,9	27,2	29,1	68,2	1,7	27,7	29,4	68,0

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008, 2009.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2008**Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2008****Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 11-18 anni per regione e genere - Anno 2008**

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	19,6	10,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,2	17,2
Lombardia	22,1	15,0
Trentino-Alto Adige	31,5	22,1
Bolzano-Bozen	33,2	33,2
Trento	29,3	*
Veneto	25,9	16,8
Friuli Venezia Giulia	25,3	*
Liguria	16,5	*
Emilia-Romagna	12,7	13,1
Toscana	17,4	15,2
Umbria	13,3	9,9
Marche	21,7	*
Lazio	16,8	11,8
Abruzzo	13,3	6,5
Molise	17,5	13,9
Campania	12,6	6,3
Puglia	19,9	10,0
Basilicata	13,8	13,9
Calabria	20,1	14,4
Sicilia	12,4	9,8
Sardegna	13,6	8,9
Italia	18,0	11,4

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 19-64 anni per regione e genere - Anno 2008

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	23,9	5,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,3	4,2
Lombardia	20,7	5,8
Trentino-Alto Adige	30,0	8,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>33,0</i>	<i>11,8</i>
<i>Trento</i>	<i>27,1</i>	<i>5,5</i>
Veneto	24,2	6,0
Friuli Venezia Giulia	29,3	7,7
Liguria	19,2	5,2
Emilia-Romagna	22,3	5,0
Toscana	22,6	6,1
Umbria	21,8	6,1
Marche	22,7	2,4
Lazio	15,6	4,4
Abruzzo	25,7	3,6
Molise	32,6	5,1
Campania	17,7	4,5
Puglia	19,9	4,0
Basilicata	27,5	4,1
Calabria	22,5	4,1
Sicilia	11,1	2,4
Sardegna	30,3	4,0
Italia	20,8	4,9

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di 19-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, per regione e genere - Anno 2008

Regioni	Maschi				Femmine			
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Entrambi i comportamenti	Consumatori a rischio	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Entrambi i comportamenti	Consumatrici a rischio
Piemonte	7,5	11,7	4,7	23,9	2,0	2,5	0,7	5,2
Valle d'Aosta	7,7	16,5	9,0	33,3	*	3,0	*	4,2
Lombardia	4,8	13,7	2,3	20,7	1,3	4,5	*	5,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,8</i>	<i>25,7</i>	<i>4,5</i>	<i>33,0</i>	<i>1,2</i>	<i>10,3</i>	<i>*</i>	<i>11,8</i>
<i>Trento</i>	<i>4,0</i>	<i>19,1</i>	<i>4,0</i>	<i>27,1</i>	<i>*</i>	<i>4,6</i>		<i>5,5</i>
Veneto	6,0	14,4	3,8	24,2	1,5	4,4	*	6,0
Friuli Venezia Giulia	4,8	21,2	3,2	29,3	*	6,6	*	7,7
Liguria	6,8	8,9	3,5	19,2	2,4	2,0	0,8	5,2
Emilia-Romagna	5,9	12,7	3,8	22,3	1,2	3,6	*	5,0
Toscana	9,4	9,0	4,3	22,6	2,8	2,9	*	6,1
Umbria	7,9	11,3	2,6	21,8	2,6	3,3	*	6,1
Marche	7,1	13,1	2,6	22,7	*	1,6	*	2,4
Lazio	5,1	7,8	2,6	15,6	1,5	2,4	*	4,4
Abruzzo	4,8	14,2	6,7	25,7	*	2,9	*	3,6
Molise	8,3	15,2	9,1	32,6	*	3,8	*	5,1
Campania	3,9	10,4	3,4	17,7	1,4	3,0	*	4,5
Puglia	8,1	8,9	3,0	19,9	1,1	2,8	*	4,0
Basilicata	5,5	13,4	8,6	27,5	0,9	2,8	*	4,1
Calabria	4,2	14,1	4,2	22,5	1,0	3,0	*	4,1
Sicilia	3,7	5,8	1,7	11,1	0,5	1,7	*	2,4
Sardegna	7,7	17,6	5,0	30,3	*	3,2	*	4,0
Italia	5,7	11,7	3,4	20,8	1,4	3,3	0,3	4,9

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65 anni ed oltre per regione e genere - Anno 2008

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	52,6	14,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,8	12,0
Lombardia	51,2	13,9
Trentino-Alto Adige	52,2	11,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>50,8</i>	<i>9,3</i>
<i>Trento</i>	<i>53,4</i>	<i>12,6</i>
Veneto	51,9	13,9
Friuli Venezia Giulia	46,5	17,0
Liguria	50,3	14,3
Emilia-Romagna	52,1	10,0
Toscana	50,1	17,1
Umbria	50,0	11,6
Marche	52,1	12,1
Lazio	36,7	9,6
Abruzzo	47,6	9,0
Molise	58,4	13,3
Campania	32,1	5,5
Puglia	50,8	12,7
Basilicata	59,0	8,2
Calabria	42,4	4,6
Sicilia	26,4	3,0
Sardegna	41,0	4,9
Italia	46,0	11,2

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat delle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei comportamenti a rischio conferma, da anni, la consolidata tendenza di una significativa quota della popolazione ad indulgere ad un'assunzione non moderata di alcol; in particolare, ciò riguarda la popolazione maschile con picchi registrati per gli ultra 65enni e per i giovanissimi e le *teenager*. Il rischio alcol si caratterizza in un consumo fortemente eccedentario ed a rischio di vino e di birra per gli anziani e di birra e aperitivi alcolici per i giovani; a tali eccedenze contribuiscono, ovviamente, anche le altre bevande secondo caratteristiche culturali di consumo tipiche di ciascuna generazione. I consumatori a rischio, la cui quota ha mostrato un sostanziale *plateau* nel corso degli ultimi anni, potrebbero giovare di interventi di identificazione precoce ed intervento breve (7, 9), ad oggi non integrati nella pratica clinica nonostante le indicazioni fornite dall'ISS e dei corsi di formazione per i professionisti sanitari che non ricevono, tuttavia, supporto economico da parte delle Istituzioni competenti. Le evidenze scientifiche hanno ormai dimostrato che la problematica alcol-correlata è solo in minor parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza, soprattutto in funzione della citata evoluzione dei modelli e delle culture del bere (10); gran parte degli interventi e delle azioni dovrebbero basarsi sulle evidenze recentemente fornite attraverso l'OMS dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS (11) e che sono poste nelle disponibilità del-

le competenze dei *policy-maker* a cui viene richiamata la massima attenzione alle problematiche alcol-correlate. Un possibile contributo in tal senso, in attuazione della Legge n. 125/2001, potrebbe derivare dagli atti d'intesa con le Regioni, dal Piano Nazionale Alcol e Salute e dal Programma "Guadagnare Salute", basati su un approccio interistituzionale finalizzato ad una prevenzione che, a causa delle scarse quote di finanziamento specifico, stenta ad affermarsi rispetto alle sollecitazioni al bere delle promozioni commerciali delle bevande alcoliche (169 milioni di euro l'anno contro 1 milione speso in prevenzione) e delle strategie di mercato che, secondo il report europeo "The affordability of alcoholic beverages in the European Union - Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms" (12), hanno reso maggiormente disponibile e conveniente per i giovani e, purtroppo, anche per i minori, l'acquisto di alcol rispetto ad altri beni di consumo e, addirittura, rispetto alle droghe (13). Il bere è normalizzato, nella cultura e nei comportamenti, oltre che dalla società, da una mancanza di coordinamento delle azioni centrali, anche rispetto alla devoluzione in materia di salute che a livello locale riesce a produrre iniziative di tutela perfino più incisive rispetto alle linee nazionali (ordinanze comunali, divieto di consumo etc.). Anche la comunicazione istituzionale, incalzata da logiche di tutela commerciali, non favorisce la diffusione di un'informazione valida e corretta propo-

nendo, evidentemente, messaggi in maniera spesso incoerente con gli orientamenti di tutela espressi dalle normative (alcol e minori, alcol e guida, ad esempio); aspetti che, ovviamente, non depongono per la probabilità di una riduzione del rischio alcol e che non lasciano intravedere, nel breve periodo, possibili guadagni di salute in assenza di una convinta azione istituzionale che riconsideri le logiche di intervento e che riqualifichi e finanzi la prevenzione e la ricerca come strumenti capaci di contribuire a produrre salute, sicurezza e benessere compatibili con uno sviluppo sostenibile, economico e sociale.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

(1) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.

(2) Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010. Rapporti ISTISAN 10/5. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2010.

(3) Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Farchi G, e Gandin C per il gruppo CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol. Rapporto ISTISAN 09/4, Istituto Superiore di Sanità,

Roma, 2009.

(4) Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati". Roma, 2009. Disponibile sul sito:

<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/relazione06-07.pdf>. Ultimo accesso: 30 giugno 2010.

(5) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Parisi N. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2008. Prex, Milano, 2009.

(6) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2009. Istat, Roma, 2010.

(7) ISS. Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico. Disponibile sul sito:

<http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20IPB%20a%20edizione.1208857286.pdf>. Ultimo accesso: 30 giugno 2010.

(8) Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPB (a cura di). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. 2010.

(9) Anderson P, Gual A, Colom, J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona, 2005.

(10) Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. Internal and emergency medicine. 2008; 3 (Suppl): S131-S133.

(11) WHO Regional Office for Europe. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Disponibile sul sito: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf. Ultimo accesso: 24 giugno 2010.

(12) Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms Rand technical report prepared for the European Commission Directorate General for Health and Consumers (DG SANCO) EUROPE, 2009. Disponibile sul sito: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689/. Ultimo accesso: 24 giugno 2010.

(13) Relazione annuale al parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Relazione 2010. Disponibile sul sito: <http://www.droganews.it/pubdownload.php?id=1547>.

Ultimo accesso: 24 giugno 2010.

Profili alimentari territoriali

Le frequenze di consumo di alcuni gruppi di alimenti stimate in ciascuna regione sono state elaborate in 2 diversi modi al fine di valutare gli aspetti salienti in relazione alla qualità della dieta (1), sul territorio e nel tempo. La prima elaborazione è finalizzata a studiare lo stato dell'indicatore "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF)" in relazione ad altre componenti del modello alimentare ed agli indicatori di stile alimentare a livello regionale. La seconda, invece, è finalizzata ad individuare elementi salienti nell'evoluzione della frequenza di consumo, sia a livello regionale che per gruppi di popolazione definiti in base alla classe di età.

Considerando il periodo di pubblicazione dell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" relativo ai dati 2005-2008, si è osservato che, l'indicatore "5 o più porzioni al giorno di VOF", presenta una lieve, ma costante crescita (2).

Un ulteriore aspetto positivo è che, il livello dell'indicatore, è correlato, positivamente, al consumo di verdure ed ortaggi (fonti di fibre) più che al consumo di frutta (fonte di zuccheri semplici). In definitiva, la percentuale di coloro che consumano almeno "5 o più porzioni al giorno di VOF", è ancora bassa (il valore nazionale nel 2008 è del 5,7%), ma in compenso chi vi si attiene sembra riprodurre una situazione virtuosa.

Il confronto nell'arco temporale 2005-2008 evidenzia una sostanziale stabilità della struttura complessiva del consumo di alimenti per tipologia a livello regionale. La percentuale di coloro che dichiarano di consumare VOF è associata a tipologie alimentari più frequentemente consumate fuori casa (esempio formaggi e dolci), aspetto che conferma la correlazione con la frequenza dei pasti per luogo di consumo. In tutti gli anni analizzati si osserva che, l'indicatore obiettivo, è positivamente correlato alla frequenza di persone che consumano i pasti fuori casa.

Passando all'analisi dell'evoluzione temporale delle frequenze di consumo, basata sui dati individuali (2009), la tendenza evolutiva, sia a livello regionale che per gruppi di età, conferma quanto osservato nell'analisi precedente.

L'aspetto positivo è che, nell'evoluzione temporale, si confermano alcune tendenze al miglioramento (quali l'aumento di vegetali, frutta, pesce ed olio di oliva). Purtroppo, però, vale anche per quelle che vanno verso un peggioramento (quali le bevande alcoliche, specialmente in alcune regioni). Rimane, infine, la necessità di un'attenzione all'alimentazione dei giovani ed in particolare delle ragazze.

L'analisi suggerisce di monitorare il fenomeno soprattutto in quelle regioni che, da tempo, mostrano dati che si allontanano dalle raccomandazioni nutrizionali e che, inevitabilmente, sono associati anche ad altri aspetti trattati in questo capitolo come la prevalenza di sovrappeso e l'obesità.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2008 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone, di 3 anni ed oltre, dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia tra i gruppi di alimenti a seconda dell'uso abituale ed anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3). L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti, riferito a 100 persone, selezionato per il legume, positivo o negativo, con l'indicatore obiettivo "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) (4).

Percentuale di persone per consumo di alimenti

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

Validità e limiti. Il profilo di consumo alimentare di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo alimentare secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (2).

La tipologia di dati, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunti, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Non è possibile confrontare l'assunzione giornaliera con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1), ma la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF. Occorre tenere presente che, negli alimenti multi-ingrediente, il consumo di singoli alimenti può essere sottostimato, nel senso che si può perdere la percezione dei singoli ingredienti. Ad esempio, pensando alle porzioni di pomodori, il pomodoro consumato come componente della pizza può non essere incluso nel calcolo mentale che il rispondente fa per compilare il questionario, così come il latte che consumiamo nei dolci, il sale nei diversi prodotti e così via.

Valore di riferimento/Benchmark. La soglia delle 5 porzioni al giorno di VOF costituisce l'indicatore obiettivo. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di questo gruppo alimentare. I con-

Le Linee Guida per una sana alimentazione (3) assegnano un ruolo centrale alla varietà di cibi e, tra i gruppi alimentari, proprio ad "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di un'associazione tra il consumo di questi alimenti e la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari grazie alla loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti nell'organismo umano ed, in generale, il ruolo preventivo nei confronti di diverse patologie cronico-degenerative ed oncologiche (1). Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (4), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti.

sumi per tipologia di alimenti sono analizzati in relazione all'indicatore obiettivo ed a indicatori dello stile alimentare (luogo ed importanza dei pasti).

Descrizione dei risultati

Nel 2008, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di VOF (indicatore obiettivo), è uguale al 5,7% (IC 95%: 4,7%-6,6%), con un +0,1% rispetto al 2007 mostrando, quindi, un lieve, ma costante incremento, considerando i valori osservati dal 2005, anche se ad un livello non statisticamente significativo. I risultati dell'analisi descrittiva, relativa alla distribuzione della frequenza di coloro che consumano 5 e più porzioni di VOF, sono riportati, in riferimento ai diversi gruppi di alimenti rilevati nella stessa indagine, nella sezione relativa all'alimentazione (2), ossia altri gruppi alimentari (Tabella 1) ed altri indicatori dello stile alimentare (Grafico 1).

La percentuale di coloro che dichiarano di consumare giornalmente "5 e più porzioni di VOF", presenta una correlazione positiva ($r \geq 0,5$) con la percentuale di coloro che dichiarano di consumare almeno una volta al giorno "verdure" ed "ortaggi".

Una debole correlazione positiva ($0 < r < 0,5$) si ha tra il consumo quotidiano di "formaggi", "2-4 porzioni di VOF" e "dolci" qualche volta a settimana, mentre una correlazione negativa ($r \leq -0,5$) si osserva per "uova" qualche volta a settimana ed una porzione al giorno di "VOF".

Una debole correlazione negativa ($-0,5 < r < 0$) si osserva per tutti gli altri raggruppamenti di alimenti considerati nell'indagine: almeno una volta al giorno

di “pane, pasta o riso” e consumo giornaliero di “1 sola porzione di verdura”, “frutta” e “latte”, qualche porzione al giorno di “VOF” e, qualche volta a settimana, “carne” (bovina, di maiale e bianca), “pesce”, “legumi in scatola” e “snack”.

Solo la percentuale di persone di 3 anni ed oltre che, usualmente, pranza in mensa o al ristorante si correla, positivamente, con la percentuale di persone che hanno indicato di consumare “5 e più porzioni al giorno di VOF”, mentre l’analoga percentuale di chi pranza in casa mostra una correlazione negativa ($r = -0,5$) con l’indicatore obiettivo.

Coerentemente, una correlazione debole, ma sempre positiva, si ha tra l’indicatore obiettivo e la percentuale di persone che consuma i pasti al bar o sul posto di lavoro.

Il Grafico 1 illustra il legame tra il valore dell’indicatore obiettivo ed i 3 indicatori dello stile alimentare per cui, la correlazione lineare, è $\geq +0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in mensa o al ristorante/trattoria) o $\leq -0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in casa). L’analisi evidenzia anche, per il 2008, che nelle regioni dove è più diffusa l’abitudine di pranzare fuori casa si registra una percentuale più elevata di persone che dichiarano di mangiare 5 e più porzioni al giorno di VOF.

L’evoluzione dei consumi alimentari, nel contesto e nella dinamica economica attuali, ha messo in evidenza il ruolo della mensa come luogo di consumo dei pasti in relazione all’assunzione giornaliera di VOF.

Per ciò che riguarda il gradiente geografico, il quinto più elevato comprende 4 regioni situate al Nord (Trento, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Valle d’Aosta) su 5, mentre nel primo quinto della distribuzione sono incluse 4 regioni situate nel Mezzogiorno (Sicilia, Puglia, Basilicata e Calabria) ed 1 regione situata nel Centro (Marche).

L’analisi è stata estesa, inoltre, alla percentuale di persone che utilizza l’olio di oliva, condimento tipico dell’alimentazione mediterranea, ed a 2 indicatori relativi all’uso di sale (riduzione del consumo ed uso di sale iodato). Per quanto riguarda altri aspetti salutistici dei profili di consumo regionali, è da notare che la percentuale di persone che raggiunge l’obiettivo non corrisponde, in media, ad un più elevato consumo di olio di oliva, né nel condimento e né nella cottura. L’indicatore, invece, correla con l’attenzione al consumo di sale inteso sia come riduzione delle quantità e sia come preferenza di utilizzo del sale iodato. Quest’ultima variabile ha raggiunto, nel 2008, il 37,5% (+9,85% rispetto al 2003), indicando una sensibilizzazione delle persone rispetto a questo argomento.

Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi, per regione - Anno 2008

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)		Indicatore obiettivo	Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)															
	Porzioni di verdura, ortaggi consumate al giorno: 2-4 ^a			Porzioni di verdura, ortaggi consumate al giorno: 5 e più ^a		Dolci ^o		Carni bianche ^o ortaggi o frutta consumate		Carni di bovino ^o ortaggi o frutta consumate		Carni di maiale ^o ortaggi o frutta consumate		Legumi in Frutta [*] Pane, pasta, Snack ^o Uova ^o					
	Verdure* Ortaggi* Formaggio* o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Ortaggi* Formaggio* o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Verdure ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Verdure ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Dolci ^o	Carni bianche ^o ortaggi o frutta consumate	Carni di bovino ^o ortaggi o frutta consumate	Carni di maiale ^o ortaggi o frutta consumate	Legumi in Frutta [*]	Pane, pasta, Snack ^o Uova ^o	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 1 ^a	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 1 ^a	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 1 ^a	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 1 ^a					
Trento	65,4	51,8	38,2	75,7	47,6	8,1	75,4	82,9	63,8	56,5	49,2	42,5	71,5	85,0	46,5	63,6	16,5	15,9	48,2
Friuli Venezia Giulia	66,0	46,9	30,2	77,3	50,8	7,4	744	85,6	63,2	61,0	45,1	34,4	73,4	81,9	46,7	57,2	17,7	15,2	48,1
Piemonte	63,1	54,5	33,0	78,5	49,9	7,0	83,3	90,2	73,7	58,3	38,2	32,0	81,4	83,6	53,7	57,9	20,1	14,0	60,0
Valle d'Aosta	61,5	53,3	49,2	79,0	49,2	6,7	79,5	86,1	75,4	60,7	36,1	33,6	76,2	86,9	48,4	63,9	18,9	13,3	56,6
Campania	42,2	33,7	11,3	71,6	44,2	6,6	82,3	83,1	75,2	55,6	54,9	70,6	76,3	87,6	68,3	61,9	31,2	20,9	60,5
4° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 6,5																			
Trentino-Alto Adige	61,4	47,7	42,3	73,5	49,1	6,5	62,8	82,5	54,9	60,1	40,7	32,2	68,3	80,4	39,3	64,3	16,6	19,7	49,5
Abruzzo	45,3	42,6	14,3	74,5	52,3	6,3	84,4	85,1	74,8	64,8	52,3	53,5	79,0	89,8	59,4	68,0	25,2	18,8	59,9
Veneto	60,0	47,5	29,7	74,9	58,2	6,1	80,5	85,0	70,4	58,1	43,6	30,0	70,9	86,0	48,8	60,9	26,9	18,5	49,4
Lazio	61,3	46,5	17,5	77,2	42,2	6,1	78,3	85,6	72,8	69,1	46,7	43,5	76,7	83,2	61,5	55,7	21,8	15,9	60,6
Liguria	53,1	45,4	20,8	78,5	45,0	5,8	76,6	85,2	69,4	59,6	33,2	29,5	78,7	86,0	57,6	57,0	15,8	14,9	57,6
Sardegna	47,2	41,1	30,5	74,3	48,2	5,8	79,0	84,9	68,7	61,7	58,2	38,9	77,2	83,9	61,5	53,1	25,8	19,0	55,3
Italia	51,0	42,4	23,6	75,9	48,6	5,7	79,9	85,1	71,2	59,6	46,1	44,2	76,8	85,6	57,5	61,9	24,2	17,8	56,3
Lombardia	51,5	43,3	29,3	74,9	51,1	5,5	80,7	82,8	69,9	55,6	41,1	35,4	73,0	81,4	51,6	67,0	25,4	18,6	51,2
Emilia-Romagna	55,3	47,8	21,5	77,9	54,3	5,5	80,0	86,2	68,8	53,3	48,5	35,8	76,0	86,7	53,3	65,7	21,1	16,4	50,9
Toscana	53,3	48,5	22,2	79,7	45,8	5,1	84,0	85,6	75,8	65,0	51,3	49,9	76,3	86,7	57,2	56,4	18,6	14,7	52,7
Umbria	54,5	44,8	17,8	78,8	54,7	5,0	87,4	88,6	76,9	61,6	61,4	52,5	81,3	88,9	62,7	69,4	19,3	15,9	57,3
Molise	39,7	32,7	17,0	73,9	49,7	5,0	80,8	89,7	67,3	63,5	54,5	55,4	84,9	89,1	54,5	66,7	27,9	20,0	59,9
Bolzano-Bozen	57,2	43,5	46,6	71,2	50,6	4,9	49,8	82,1	45,6	63,9	31,9	21,5	65,0	75,7	32,1	65,0	16,9	23,7	50,8
1° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 4,7																			
Sicilia	39,3	33,0	22,7	75,8	43,1	4,7	78,0	82,7	73,8	56,3	42,1	47,3	79,3	89,0	62,2	60,7	27,4	19,1	62,6
Puglia	34,0	30,9	20,7	73,8	45,3	4,6	72,8	87,8	62,9	68,2	43,5	55,4	83,9	85,0	59,7	61,5	25,5	21,1	57,1
Marche	56,8	46,4	13,5	79,8	52,8	4,5	85,1	85,7	76,2	61,4	52,0	39,0	78,2	91,4	65,6	69,0	20,0	14,8	59,5
Basilicata	30,1	27,5	17,9	70,3	47,7	4,4	79,3	83,1	73,0	56,3	49,9	64,9	77,7	90,1	65,4	68,3	27,5	24,9	61,0
Calabria	39,9	31,8	30,3	75,6	48,4	4,1	80,6	85,2	73,3	57,4	53,3	65,8	80,3	92,8	67,0	68,3	31,1	19,9	65,9

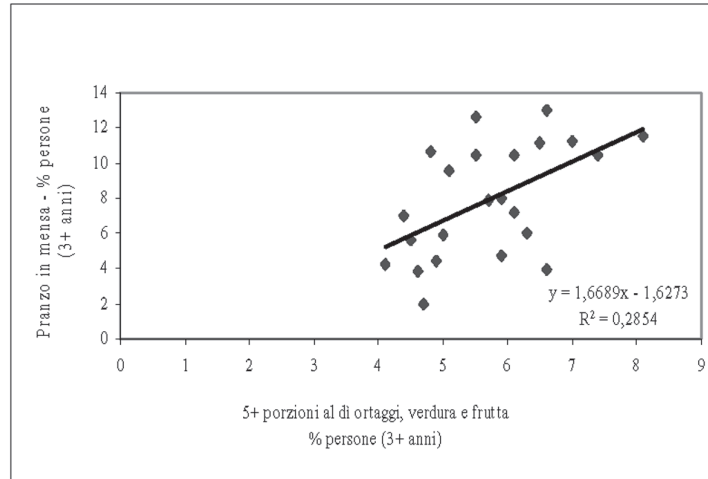
* Almeno una volta al giorno. ° Almeno qualche volta alla settimana. ^a Per 100 persone di 3 anni ed oltre della stessa zona che consumano verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno.

Nota: gli intervalli di confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

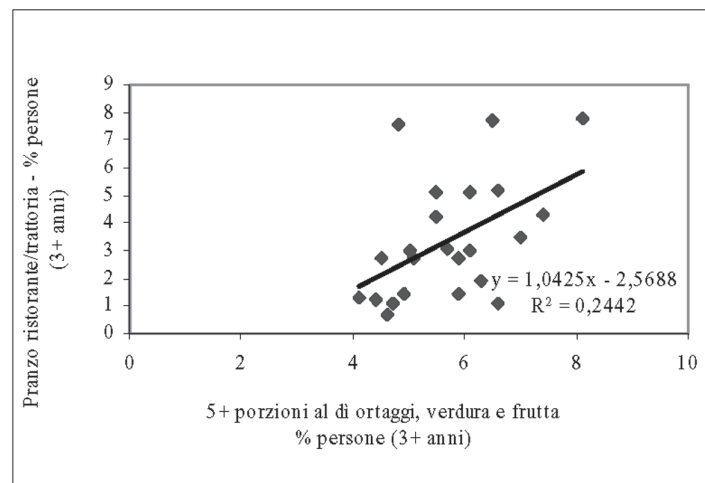
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Grafico 1 - Relazione tra proporzione di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di "5 e più porzioni di ortaggi, verdura o frutta al giorno" e 3 indicatori di stile alimentare: pranzo in mensa, pranzo al ristorante o trattoria, pranzo in casa, per regione - Anno 2008

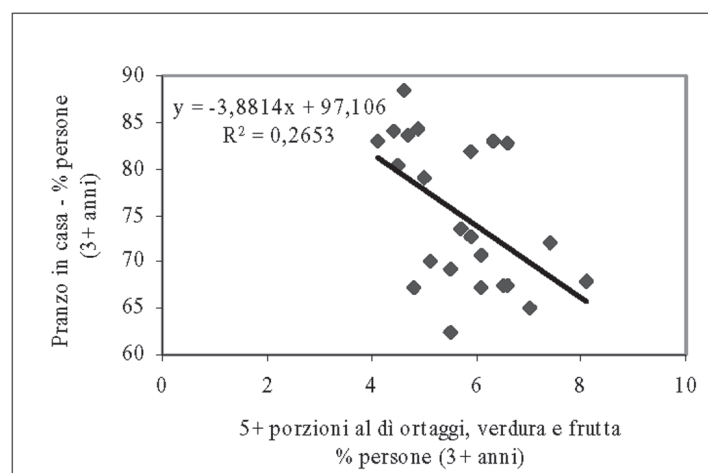
Pranzo in mensa



Pranzo al ristorante o trattoria



Pranzo in casa



Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5 porzioni al giorno di VOF è, ancora, piuttosto bassa. Nonostante il lieve trend crescente riscontrato per l'indicatore obiettivo, dovuto all'aumento della frequenza del consumo quotidiano di verdure e di ortaggi, gli sforzi per promuovere comportamenti alimentari più salutari, inclusa l'attenzione alla sicurezza d'uso degli alimenti, non devono essere abbandonati.

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva e la moderazione nell'uso del sale. Quest'ultimo è, attualmente, oggetto di una campagna a livello internazionale finalizzata alla riduzione del suo consumo a tavola (5). Tale campagna è stata recepita anche in Italia dove, però, l'attenzione è stata maggiormente rivolta al consumo di sale fuori casa (6) ed alla ricerca di prodotti alimentari che contengano quantità inferiori di questo ingrediente (4).

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (7), rientra, insieme all'educazione alimentare, tra le azioni raccomandate anche tra i produttori e gli operatori della ristorazione che posso-

no facilitare il consumo di specifiche tipologie di alimenti preferibili dal punto di vista nutrizionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile all'indirizzo: <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>. Ultimo accesso: 27 giugno 2010.
- (2) Istat. Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana - 2008. Istat. Roma, 2009.
- (3) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (4) European Commission. Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf. Ultimo accesso: 26 giugno 2010.
- (5) www.worldactiononsalt.com.
- (6) www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (7) Centro nazionale per la prevenzione il Controllo delle malattie. Piano d'azione Oms 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Documento pubblicato sul web il 30-03-2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf. Ultimo accesso: 27 giugno 2010.

Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande

Significato. L'andamento delle frequenze di consumo di alimenti e bevande rappresenta un indicatore degli stili di vita della popolazione. Questo può essere stimato tramite un'analisi sui dati dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferita agli anni 2001-

2009. L'indicatore proposto è costituito dalla variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti e bevande. Applicando questa costante al dato di ciascun anno si ottiene la variazione relativa complessiva del periodo (1).

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti

Numeratore	(Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo t) - (Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo 0)

Variazione media annuale delle frequenze di consumo di bevande

Numeratore	(Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo t) - (Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo 0)

Variazione media annuale di consumatori di alimenti

Numeratore	(Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo t) - (Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo 0)

Variazione media annuale di consumatori di bevande

Numeratore	(Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo t) - (Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo 0)
Denominatore	$(t-1) \times$ (Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo 0)

Validità e limiti. La stima del trend evolutivo in presenza di variabili qualitative è stata costruita, a partire dalle distribuzioni delle risposte alle diverse modalità, in fasi di sintesi successive. La prima fase ha riguardato l'accorpamento delle classi in funzione del tipo di alimento, al fine di evitare l'influenza delle modalità meno rilevanti, considerando l'uso abituale e la quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Ad esempio, per il gruppo pane-pastariso, è stata mantenuta la modalità di consumo "più di una volta al giorno" e sono state accorpate "qualche volta a settimana" e "meno di una volta a settimana" (a formare "meno di una volta al giorno"). Per altri alimenti, il cui consumo non avviene abitualmente su base giornaliera, "più di una volta al giorno" ed "una volta al giorno", sono state accorpate a formare "almeno una volta al giorno". Come secondo passo si è proceduto a classificare le variazioni medie annuali nel periodo 2001-2009, sia delle singole classi di frequenza che del totale dei consumatori, per ogni gruppo ali-

mentare e di bevande secondo l'andamento decremento/aumento. La successiva fase è consistita nella sintesi congiunta dell'andamento dei consumatori e delle frequenze per ogni gruppo in base allo schema decremento/aumento. In questo modo il trend del singolo gruppo viene classificato in 5 modalità:

- 1) Fortemente Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione di tutte le frequenze;
- 2) Crescente: aumento dei consumatori ed intensificazione delle frequenze più elevate;
- 3) Diffusione del Consumo Moderato: aumento o invarianza dei consumatori e rarefazione delle frequenze;
- 4) Polarizzazione: diminuzione o invarianza dei consumatori ed intensificazione delle frequenze;
- 5) Decrescente: diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

L'insieme di queste etichette fornisce un profilo dell'andamento nel periodo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici

classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica.

Valore di riferimento/Benchmark. Essendo l'analisi prevalentemente di tipo qualitativo, non risulta di immediata individuazione un esplicito valore di riferimento. Ciò nonostante, si può assumere come benchmark un ipotetico andamento tendenziale, con alcune caratteristiche considerate auspicabili e coerenti con una dieta equilibrata. Queste tendenze, per così dire ideali, dovrebbero essere rivolte, da un lato al recupero di alimenti fonte di carboidrati, all'incremento del consumo di ortaggi, frutta e legumi e di olio d'oliva e dall'altro alla riduzione delle fonti di grassi come formaggi e salumi, di zuccheri semplici e di bevande alcoliche ed al consumo moderato di carne, pesce ed uova.

Descrizione dei risultati

Nell'ultimo anno disponibile (2009) le tendenze non subiscono cambiamenti sostanziali rispetto a quanto risultava nella precedente analisi (4). Infatti, negli anni 2001-2009, le tendenze evolutive nella frequenza di consumo nel complesso della popolazione, risultano molto lontane dal quadro di riferimento delineato come auspicabile, indicato come valore di riferimento/benchmark, che richiederebbe soprattutto l'incremento del consumo di vegetali e la riduzione del consumo delle fonti di grassi, di zuccheri semplici e delle bevande alcoliche (Tabella 1).

Se da un lato si può valutare positivamente l'andamento decrescente di alcune fonti di grassi (salumi e formaggi), la stessa tendenza calante, non certo positiva in questo caso, si osserva per il consumo di latte e patate. Non positiva risulta anche la diffusione del consumo moderato per i cereali (pane, pasta e riso). Questo dato, infatti, non fa ben sperare per il recupero dei carboidrati che dovrebbero essere assunti in una dieta equilibrata (circa l'84% del fabbisogno medio giornaliero) (1).

Inoltre, si assiste alla polarizzazione nel consumo di vegetali, frutta e pesce. Positiva, invece, risulta la tendenza crescente per il consumo di legumi.

Per i dolci si osserva la diffusione del consumo moderato, mentre risulta fortemente crescente il consumo di snack salati (ma il dato per questi gruppi è rilevato solo a partire dal 2003).

Positivo l'andamento riguardante i grassi per cottura e condimento; risulta crescente l'uso di olio d'oliva e decrescente quello dell'olio di semi e burro.

Per il consumo di bevande analcoliche si osserva la crescita delle bevande gassate dell'acqua minerale e la diffusione del consumo moderato di aperitivi analcolici.

Per le bevande alcoliche risulta positivo l'andamento

decrescente per birra, vino, amari e super alcolici e la diffusione del consumo moderato per gli alcolici fuori pasto, mentre risulta negativo quello crescente di aperitivi alcolici.

Passando ad analizzare le tendenze evolutive nelle regioni (Tabella 1), si conferma il gradiente Nord-Sud anche se non in modo rigido. In genere, le regioni settentrionali, risultano avere un trend più positivo nonostante in esse sia evidente la crescita nel consumo di bevande alcoliche. In particolare, il trend positivo, riguarda soprattutto le regioni del Nord-Est, escluso il Veneto più vicino al profilo nazionale, caratterizzate dal positivo andamento crescente del consumo di vegetali e frutta, ma anche della crescita non positiva del consumo di bevande alcoliche. Le regioni del Nord-Ovest, invece, presentano un profilo tendenziale più simile a quello della media nazionale con l'eccezione, in positivo, della Valle d'Aosta dove cresce il consumo di alcuni vegetali ed in negativo in Liguria con l'aumento del consumo di alcune fonti di grassi.

Le regioni del Centro, meridionali ed insulari risultano avere un andamento abbastanza variegato, ma essenzialmente riconducibile a quello medio.

Eccezione rilevante risulta quella della Sardegna che, per trend evolutivi nel consumo di alimenti e bevande alcoliche, si avvicina molto al Nord-Est.

Considerando le tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nei giovani di 3-24 anni (Tabelle 2 e 3), emergono interessanti differenze di genere che in estrema sintesi evidenziano l'avvicinamento delle ragazze alle abitudini meno salutari dei ragazzi loro coetanei, in particolare per la crescita nel consumo di alimenti proteici e di bevande alcoliche.

Nella fascia 3-5 anni, le differenze di genere sono minime ed a favore delle bambine per le quali si osserva un trend crescente per il consumo di alcune verdure, uova e pesce, mentre per i bambini coetanei si osserva la polarizzazione del consumo delle verdure.

Al crescere dell'età questo andamento più positivo per le ragazze viene meno. Infatti, tra 6-13 anni, non emergono differenze di genere di particolare rilievo e le tendenze risultano per tutti lontane dal benchmark: crescita di burro ed olio di semi; diffusione del consumo moderato di cereali; polarizzazione o decremento delle verdure.

Le tendenze si differenziano tra gli adolescenti ed i giovani fino a 24 anni a sfavore, questa volta, del genere femminile per il quale la crescita di alcolici fuori pasto ed alcolici diversi da birra e vino, è molto netta ed anche per diversi tipi di alimenti proteici. Va sottolineato, come per le giovani di 18-24 anni, le tendenze evolutive sembrano portare ad una estrema dicotomia dei comportamenti: crescita di alcolici, carni, snack e patate; polarizzazione o decrescita di verdure e cereali senza alcun gruppo alimentare con una tendenza al consumo moderato.

Tabella 1 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Piemonte	-	legumi; snack; dolci; olio di semi; bevande gassate; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; uova; frutta; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; acqua minerale	latte; formaggi, latticini; olio di oliva; burro; birra; vino; amari	-
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	bevande gassate	carne di maiale; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento); birra	pane, pasta, riso; carne bovina; snack; dolci; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	pesce; verdure in foglie cotte e crude; acqua minerale	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento); vino; amari	-
Lombardia	snack	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; olio di oliva (cottura); burro (cottura); aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; consumo di alcolici fuori pasto	carne bovina; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; acqua minerale; bevande gassate	patate; salumi; latte; formaggi, latticini; legumi; dolci; olio di semi; olio di oliva (condimento); burro (condimento); aperitivi analcolici; birra; vino; amari; super alcolici	-
Trentino-Alto Adige	pomodori, melanzane, zucchine etc.; bevande gassate; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; pesce; verdure in foglie cotte e crude; frutta; legumi; snack; olio di oliva; super alcolici	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; formaggi, latticini; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari	carne di maiale; acqua minerale	patate; latte; dolci; olio di semi; burro	-
Bolzano-Bozen	bevande gassate; amari	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; snack; olio di oliva	patate; salumi; uova; formaggi, latticini; legumi; dolci; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	verdure in foglie cotte e crude; frutta	pane, pasta, riso; carne di maiale; latte; olio di semi; burro; acqua minerale	-
Trento	carne di maiale; legumi; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; pesce; verdure in foglie cotte e crude; snack; olio di oliva; acqua minerale	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; formaggi, latticini; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	bevande gassate; super alcolici	patate; latte; dolci; olio di semi; burro; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 1 - (segue) *Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009*

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Veneto	-	snack; olio di oliva (cottura); bevande gassate; aperitivi alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; legumi; aperitivi analcolici; birra; consumo di alcolici fuori pasto	salumi; carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci; acqua minerale	pane, pasta, riso; patate; pesce; latte; formaggi, latticini; olio di semi; burro; olio di oliva (condimento); vino; amari; super alcolici	-
Friuli Venezia Giulia	snack	carne bovina; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; olio di oliva; burro	salumi; dolci	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; frutta; acqua minerale; bevande gassate; birra; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; patate; latte; formaggi, latticini; olio di semi; aperitivi analcolici; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari; super alcolici	-
Liguria	carne di maiale; snack; bevande gassate	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; legumi; olio di semi; burro (cottura); aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici;	verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci; birra	patate; uova; pesce; latte; formaggi, latticini; olio di oliva; burro (condimento); acqua minerale; vino; amari	-
Emilia-Romagna	carne bovina; snack; bevande gassate; aperitivi alcolici	uova; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; olio di oliva	dolci	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; acqua minerale	pane, pasta, riso; salumi; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; aperitivi analcolici; birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; amari; super alcolici	-
Toscana	aperitivi alcolici	legumi; olio di oliva; burro (cottura)	patate; carne bovina; uova; pesce; snack; dolci; aperitivi analcolici; birra; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; acqua minerale; bevande gassate	pane, pasta, riso; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; latte; formaggi, latticini; olio di semi (cottura); burro (condimento); vino; amari	olio di semi (condimento)
Umbria	dolci; aperitivi analcolici; aperitivi alcolici	pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; olio di semi; acqua minerale	pane, pasta, riso; birra; consumo di alcolici fuori pasto	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; formaggi, latticini; verdure in foglie cotte e crude; frutta; legumi; snack; super alcolici	salumi; carne di maiale; latte; olio di oliva; burro (condimento); bevande gassate; vino; amari	burro (cottura)

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 1 - (segue) *Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009*

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Marche	-	olio di oliva burro (cottura); olio di semi (condimento); aperitivi alcolici	carne bovina; pesce; latte; dolci; consumo di alcolici fuori pasto	salumi; uova; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; snack; acqua minerale	pane, pasta, riso; patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; formaggi, latticini; frutta; olio di semi (cottura); burro (condimento); bevande gassate; aperitivi analcolici; birra; vino; amari; super alcolici	-
Lazio	-	salumi; carne bovina; legumi; snack; olio di oliva (cottura); burro (condimento); acqua minerale; bevande gassate	pane, pasta, riso; dolci; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	patate; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro (cottura); olio di oliva (condimento); birra; vino; amari	-
Abruzzo	bevande gassate; aperitivi alcolici	carne bovina; carne di maiale; pesce; olio di semi; burro (condimento); acqua minerale; amari	aperitivi analcolici; birra; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	patate; uova; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; dolci	pane, pasta, riso; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; latte; formaggi, latticini; frutta; snack; olio di oliva; vino	burro (cottura)
Molise	aperitivi alcolici; super alcolici	snack; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento); acqua minerale; aperitivi analcolici	pane, pasta, riso; carne bovina; consumo di alcolici fuori pasto	carne di maiale; pesce; latte; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi; bevande gassate	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; uova; formaggi, latticini; frutta; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento); birra; vino; amari	-
Campania	-	carne bovina; latte; olio di oliva; burro (cottura); acqua minerale; bevande gassate	uova; formaggi, latticini; legumi; snack; aperitivi analcolici	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	pane, pasta, riso; patate; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; amari; super alcolici	-
Puglia	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; legumi; olio di oliva	pane, pasta, riso; snack; bevande gassate; consumo di alcolici fuori pasto; super alcolici	patate; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci; acqua minerale	salumi; formaggi, latticini; olio di semi; burro; aperitivi analcolici; birra; vino; aperitivi alcolici; amari	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 1 - (segue) *Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2009*

Regioni	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
Basilicata	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; snack; olio di oliva; olio di semi; burro (condimento); aperitivi analcolici	formaggi, latticini; dolci; consumo di alcolici fuori pasto	pane, pasta, riso; patate; salumi; carne di maiale; uova; latte; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; acqua minerale; birra; aperitivi alcolici	pesce; frutta; legumi; bevande gassate; vino; amari; super alcolici	burro (cottura)
Calabria	snack; aperitivi analcolici	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; legumi; dolci; olio di oliva; olio di semi (cottura); burro (condimento); acqua; minerale; super alcolici	uova; formaggi, latticini; consumo di alcolici fuori pasto	pane, pasta, riso; patate; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; bevande gassate	carne di maiale; pesce; burro (cottura); olio di semi (condimento); birra; vino; aperitivi alcolici; amari	-
Sicilia	snack; bevande gassate; aperitivi alcolici	patate; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); acqua minerale	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; carne di maiale; uova; legumi; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; amari; super alcolici	pane, pasta, riso; pesce; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi (cottura); burro; vino	-	olio di oliva (condimento)
Sardegna	aperitivi alcolici	uova; pomodori, melanzane, zucchine etc.; olio di semi (cottura); consumo di alcolici fuori pasto	pane, pasta, riso; salumi; carne bovina; formaggi, latticini; snack; aperitivi analcolici; amari;	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; verdure in foglie cotte e crude; frutta; birra	patate; carne di maiale; pesce; latte; legumi; dolci; olio di oliva; burro (cottura); olio di semi (condimento); acqua minerale; bevande gassate; vino	burro (condimento)
Italia	snack	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; legumi; olio di oliva; acqua minerale; bevande gassate; aperitivi alcolici	pane, pasta, riso; carne bovina; uova; dolci; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto	carne di maiale; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	patate; salumi; latte; formaggi, latticini; olio di semi; burro; birra; vino; amari; super alcolici	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 2 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni. Maschi - Anni 2001-2009

Classi di età	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
3-5	-	legumi; burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce formaggi, latticini frutta; snack	patate; carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	uova; latte; dolci; olio di semi; burro (condimento)	olio di oliva (cottura)
6-10	-	olio di oliva; olio di semi (cottura); burro (condimento)	pane, pasta, riso; snack	carne bovina; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta	patate; salumi; tacchino, coniglio e vitello; latte; formaggi, latticini; legumi; dolci; burro (cottura); olio di semi (condimento)	-
11-13	-	snack; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso;	patate; salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; dolci	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; latte; formaggi, latticini; legumi; olio di semi (condimento); burro (condimento)	olio di oliva (cottura)
14-17	super alcolici	olio di oliva; burro (cottura); acqua minerale; aperitivi analcolici; aperitivi alcolici	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; uova; bevande gassate; consumo di alcolici fuori pasto; amari	carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; legumi	pane, pasta, riso; patate; salumi; pesce; latte; formaggi, latticini; frutta; snack; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino;	-
18-24	-	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; legumi; snack; dolci; olio di oliva; acqua minerale; bevande gassate; aperitivi alcolici; super alcolici	carne bovina; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto	patate; salumi; carne di maiale pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	pane, pasta, riso; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; birra; vino; amari	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Tabella 3 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nella popolazione di 3-24 anni. Femmine - Anni 2001-2009

Classi di età	Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente	Invariato
3-5	-	uova; pesce; pomodori, melanzane, zucchine etc.; snack; dolci; olio di oliva; burro	pane, pasta, riso; patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; latte; formaggi, latticini	verdure in foglie cotte e crude	carne bovina; frutta; legumi; olio di semi	-
6-10	-	legumi; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro	salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; pesce; snack	carne di maiale; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.	pane, pasta, riso; patate; uova; latte; formaggi, latticini; frutta; dolci; olio di semi (cottura); olio di oliva (condimento)	-
11-13	carne bovina	patate; olio di semi (cottura); burro (cottura); olio di oliva (condimento)	pane, pasta, riso; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; snack	carne di maiale; uova; verdure in foglie cotte e crude	salumi; pesce; latte; formaggi, latticini; pomodori, melanzane, zucchine etc.; frutta; legumi; dolci; olio di oliva (cottura); olio di semi (condimento); burro (condimento)	-
14-17	acqua minerale; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; super alcolici	carne bovina; snack; olio di oliva; burro (cottura)	pane, pasta, riso; pesce	patate; salumi; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne di maiale; uova; formaggi, latticini; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; bevande gassate	latte; frutta; legumi; dolci; olio di semi; burro (condimento); birra; vino; amari	-
18-24	snack; super alcolici	patate; carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello; carne bovina; legumi; olio di oliva; acqua minerale; aperitivi analcolici; consumo di alcolici fuori pasto; aperitivi alcolici; amari	-	salumi; carne di maiale; uova; pesce; verdure in foglie cotte e crude; pomodori, melanzane, zucchine etc.; dolci; bevande gassate	pane, pasta, riso; latte; formaggi, latticini; frutta; olio di semi; burro; birra; vino	-

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Promuovere il ritorno ad una dieta legata alla tradizione alimentare italiana caratterizzata dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e consumo moderato di bevande alcoliche essenzialmente in occasione dei pasti. In concomitanza, scoraggiare l'abitudine sempre più frequente al consumo di alimenti fonte di grassi, zuccheri e l'adozione di modelli nord-europei per il consumo di bevande alcoliche. In questo quadro è opportuno identificare target specifici per la comunicazione finalizzata all'informazione ed educazione alimentare. Tutto ciò, sia in merito al territorio, considerando le regioni dove l'andamento risulta più negativo per specifici gruppi alimentari che riguardo ai gruppi di popolazione quali, per esempio, i più giovani. In particolare, il messaggio da ribadire ai giovani (e alle loro famiglie) e che almeno tra i più piccoli sembra iniziare a prender piede, è di ridurre la frequenza di consumo delle carni e dei salumi a favore di un maggiore consumo di

ortaggi e frutta, limitando anche le bevande alcoliche. Queste ultime, infatti, soprattutto tra gli adolescenti di 14-17 anni e tra i giovani di 18-24 anni, delineano l'adozione di comportamenti a rilevante rischio per la salute. Infine, l'analisi di genere, fa emergere come l'omologazione a stili non salutari dei ragazzi da parte delle ragazze, pone l'esigenza di un'attenta valutazione sulle differenze di genere che andrebbero, in questo caso, ridotte avvicinando gli uomini agli stili alimentari femminili e non viceversa (4).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (a cura di: Turrini A, De Carli A, D'Amicis A, Martines S, Orsini S). *Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani*. Roma, Istat, 2002.
- (2) INRAN. *Linee Guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma, Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003.
- (3) Turrini A. *Consumo di alimenti per tipologia*. In: *Rapporto Osservasalute 2008*. Milano, Prex, 2009.
- (4) Adamo D. *Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande tra la popolazione e nei giovani*. In: *Rapporto Osservasalute*. Milano, Prex, 2009.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Nonostante il grado di malnutrizione esistente sul pianeta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'eccesso ponderale rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Siamo, infatti, di fronte ad una vera e propria epidemia globale che si sta diffondendo in molti Paesi e che può causare, in assenza di un'azione immediata, problemi sanitari molto gravi nei prossimi anni. Sovrappeso ed obesità, condizioni caratterizzate da un eccessivo accumulo di grasso corporeo dovuto, in genere, ad un'alimentazione scorretta ed ad una vita sedentaria, sono associati a morte prematura e ormai universalmente riconosciuti come fattori di rischio per le principali patologie croniche, quali malattie cardiovascolari, ictus, diabete, alcuni tumori (endometriale, coloretta, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa), malattie della colecisti ed osteoartriti.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

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

Validità e limiti. L'IMC è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (Kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione tra i generi o per fascia d'età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 30 .

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale, sono stati analizzati, per il 2008, i risultati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" pubblicata nel 2009 e condotta su un campione di circa 49 mila individui distribuiti in 851 comuni. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte, sono autoriferite.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, in base ai dati raccolti, più di 1/3 della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre circa 1 persona su 10 è obesa; in totale, il 45,4% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni, è in eccesso ponderale.

Le differenze rilevate sul territorio sono considere-

voli e nel confronto interregionale si osserva un importante gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone in sovrappeso (Molise 40,1%, Basilicata 41,0%) ed obese (Campania ed Emilia-Romagna 11,5%) rispetto alle regioni settentrionali (sovrappeso: Trentino-Alto Adige 32,0%, Piemonte 33,3% e Veneto 33,4%; obesità: PA di Bolzano 6,9%, Trentino-Alto Adige 8,4% e Piemonte 8,7%). Confrontando i dati del 2008 con quelli dell'anno precedente (Rapporto Osservasalute 2009, pag. 72), si osserva la tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso nella maggior parte delle regioni, senza differenze geografiche; una lieve, ma non significativa, diminuzione si riscontra in Campania e Sicilia. Per quanto riguarda le persone obese, 10 regioni presentano tassi maggiori rispetto allo scorso anno e 10 regioni registrano una minor prevalenza, lasciando il dato medio nazionale inalterato (Tabella 1).

Le ultime analisi dell'OMS indicano che, a livello mondiale, circa 1,6 miliardi di adulti sono in sovrappeso e almeno 400 milioni sono obesi (1). Dai dati 2009 del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) sui comportamenti ed i rischi per la salute nella popolazione adulta degli Stati Uniti, è possibile notare come la percentuale di uomini aventi Indice di Massa Corporea (IMC) corrispondente all'obesità è salita, negli ultimi 10 anni, dal 19,9% al 28,5% (2). Le proiezioni sono alquanto drammatiche: è stimato che, entro il 2015, circa 2,3 miliardi di adulti saranno in sovrappeso e più di 700 milioni saranno obesi (1). Lo studio dei dati di prevalenza del fenomeno nella popolazione diventa necessario per attuare programmi di prevenzione e trattamenti mirati ad arginare uno dei maggiori problemi di carattere sanitario, economico e sociale del ventunesimo secolo.

La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale (obesa o in sovrappeso) cresce con l'aumentare dell'età: dal 18,5% tra i 18-24 anni ad oltre il 60% tra i 55-74 anni, per diminuire lievemente nelle età più avanzate (56,6% tra le persone di 75 anni ed oltre) (Tabella 2).

La condizione di sovrappeso od obesità è più diffusa tra gli uomini, anche se per la condizione di obesità le differenze sono minori: risulta in sovrappeso il 44,6% degli uomini rispetto al 27,1% delle donne ed obesi il

10,8% degli uomini rispetto al 9,1% delle donne (Tabella 2). Le differenze di genere potrebbero anche essere influenzate dal diverso comportamento rispetto alla frequenza del controllo del peso: gli uomini, in condizione di eccesso ponderale, misurano il peso più frequentemente rispetto alle donne.

Nel periodo 2001-2008 la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso od obesità è andata aumentando passando, rispettivamente, dal 33,9% nel 2001 al 35,5% nel 2008 e dall'8,5% nel 2001 al 9,9% nel 2008 (Tabella 3).

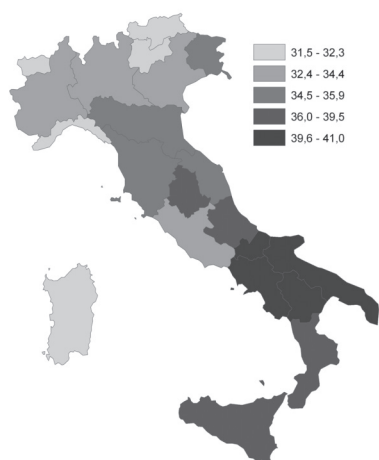
Tabella 1 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2008

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,3	8,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,7	11,5
Lombardia	33,0	9,6
Trentino-Alto Adige	32,0	8,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>31,6</i>	<i>6,9</i>
<i>Trento</i>	<i>32,3</i>	<i>9,7</i>
Veneto	33,4	8,9
Friuli Venezia Giulia	34,5	10,4
Liguria	31,5	9,8
Emilia-Romagna	35,0	11,5
Toscana	35,9	9,1
Umbria	37,0	11,4
Marche	35,3	9,8
Lazio	34,4	9,0
Abruzzo	37,6	10,6
Molise	40,1	11,2
Campania	39,7	11,5
Puglia	39,6	10,9
Basilicata	41,0	11,1
Calabria	37,1	11,1
Sicilia	39,5	9,1
Sardegna	32,3	10,3
Italia	35,5	9,9

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso (per 100) per regione. Anno 2008



Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre obese (per 100) per regione. Anno 2008

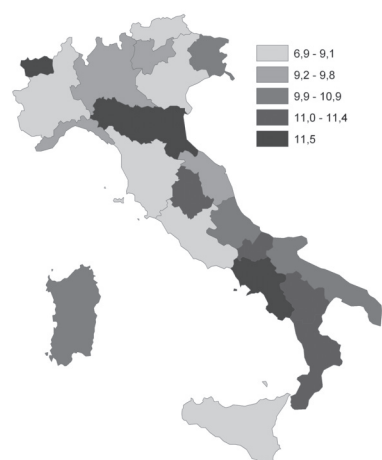


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classe di età e genere - Anno 2008

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	22,3	10,3	16,4	2,3	1,9	2,1
25-34	33,4	14,4	24,2	6,0	3,2	4,6
35-44	45,3	18,5	31,7	9,5	5,2	7,4
45-54	50,5	27,5	38,7	12,8	9,9	11,3
55-64	52,2	37,5	44,8	16,2	14,2	15,2
65-74	53,7	40,4	46,5	15,5	14,4	14,9
75 ed oltre	50,7	39,3	43,6	11,2	14,1	13,0
Totale	44,6	27,1	35,5	10,8	9,1	9,9

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Tabella 3 - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese - Anni 2001-2008

Anni	Persone in sovrappeso	Persone obese
2001	33,9	8,5
2002	33,6	8,5
2003	33,8	9,0
2005	34,7	9,9
2006	35,0	10,2
2007	35,6	9,9
2008	35,5	9,9

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, circa 50.000 mila decessi l'anno, sono da attribuire al problema dell'obesità e, dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti Indagini, è emerso che la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso ed obesità, è aumentata, con conseguente riduzione della quota dei normopeso. Un altro dato preoccupante è quello dell'incremento dei tassi di obesità tra bambini ed adolescenti: oltre ad essere colpiti, fin dall'età infantile, da difficoltà respiratorie, problemi articolari, disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico, hanno una maggior probabilità di sviluppare precocemente fattori di rischio, quali ipertensione, malattie coronariche, diabete di tipo II ed ipercolesterolemia. Inoltre, a livello psicologico e sociale, l'eccesso di peso può causare modificazioni nel comportamento dell'individuo: chi è obeso spesso viene emarginato e sottoposto ad una vera e propria stigmatizzazione sociale, con conseguente isolamento che spesso si traduce in ulteriori abitudini sedentarie.

Alla luce di tale analisi emerge come l'obesità non sia da considerarsi solo una malattia del singolo individuo, ma il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita; per queste ragioni è considerata universalmente un importante problema di Sanità Pubblica. La prevenzione dell'eccesso di peso, infatti, è

uno dei temi principali su cui si concentra l'attività del Ministero della Salute che, dal 2007, ha avviato il programma europeo "Guadagnare salute" il cui obiettivo è quello di rendere più facili ed accessibili le scelte salutari promuovendo campagne informative in cui la comunicazione risulta essere lo strumento fondamentale per rendere i cittadini consapevoli e protagonisti della propria salute (3, 4). Inoltre, a livello nazionale, ha preso il via il progetto ministeriale "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare" con lo scopo di migliorare l'offerta dei servizi di assistenza, indirizzare verso interventi terapeutici, aggiornare le Linee Guida sanitarie sulla materia ed effettuare una sorveglianza epidemiologica sulla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (5). La collaborazione interistituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risultano di fondamentale importanza per realizzare e rafforzare gli interventi del sistema sanitario nell'ottica di sviluppare iniziative per la promozione di uno stile di vita sano. È, altresì, importante, attraverso i numerosi sistemi di sorveglianza epidemiologica operanti sul territorio, continuare a monitorare la prevalenza dell'eccesso ponderale nelle diverse regioni e nelle diverse fasce di età, al fine di verificare i risultati raggiunti e di programmare, sulla base dei dati raccolti, iniziative di comunicazione rivolte a specifici gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO - Global Infobase, 2009.
- (2) BRFSS - National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009.
- (3) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 Maggio 2007. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf.
- (4) Ministero della Salute, Guadagnare Salute.

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.

(5) Ministero della Salute e Ministero per le Politiche giovanili e le Attività sportive, Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_767_allegato.pdf.

Sovrappeso ed obesità nei bambini

Significato. Il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha acquisito un'importanza crescente negli ultimi anni, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino e sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie in età adulta (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio e cerebrovascolari, dismetabolismi, cancro della mammella e del colon-retto etc.) (1). Al fine di definire ed implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini delle scuole primarie, con acquisizione di informazioni dirette (parametri antropometrici, abitudini alimentari, attività fisica ed eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana nutrizione), nel 2007 il Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) ha

promosso l'iniziativa "OKkio alla SALUTE", coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'iniziativa, che è collegata al programma europeo "Guadagnare salute" ed ai "Piani di prevenzione" nazionale e regionali, vede coinvolti diversi Enti ed Istituzioni, tra cui il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) e le Regioni (2). La metodologia adottata è quella della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute con cadenza regolare (attualmente ogni 2 anni), su campioni rappresentativi a livello regionale ed in alcuni casi di Aziende Sanitarie Locali (ASL), della popolazione di 8-9 anni.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Prevalenza di bambini obesi

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

Validità e limiti. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza per ragioni di efficienza operativa in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento e per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza. Peraltro, il limite alla rappresentatività posto da una certa quota di bambini che non frequentano la scuola, non ha conseguenze importanti nella fascia d'età considerata.

Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, per diverse ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà ed i bambini sono già in grado di rispondere con precisione ed attendibilità ad alcune semplici domande. Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto "a grappolo". Tale approccio prevede che, le classi terze delle scuole primarie (denominate appunto "grappoli" o "cluster") e non i bambini individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dalle ASL. La selezione viene effettuata in modo che le classi con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di essere estratte rispetto alle classi con numerosità inferiore (metodo della *probability proportion-*

nal to size). Questo tipo di campionamento presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro delle *équipe* su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (*random* o casuale semplice) che, probabilmente, richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL. Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile) poiché nell'indagine vengono arruolati tutti gli alunni appartenenti alla classe campionata. Il principale svantaggio è di tipo statistico: i bambini all'interno dei *cluster* hanno la tendenza ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione è una sottostima della reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente, comunque, è facilmente compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, in ordine al raggiungimento dei livelli di precisione desiderati per le stime ottenibili a livello regionale (3%) o, in qualche caso, di singola ASL (5%).

I bambini sono stati misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) (ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto

della tara dei vestiti ed il quadrato dell'altezza espressa in metri), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica ed ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso ed obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (3).

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

Descrizione dei risultati

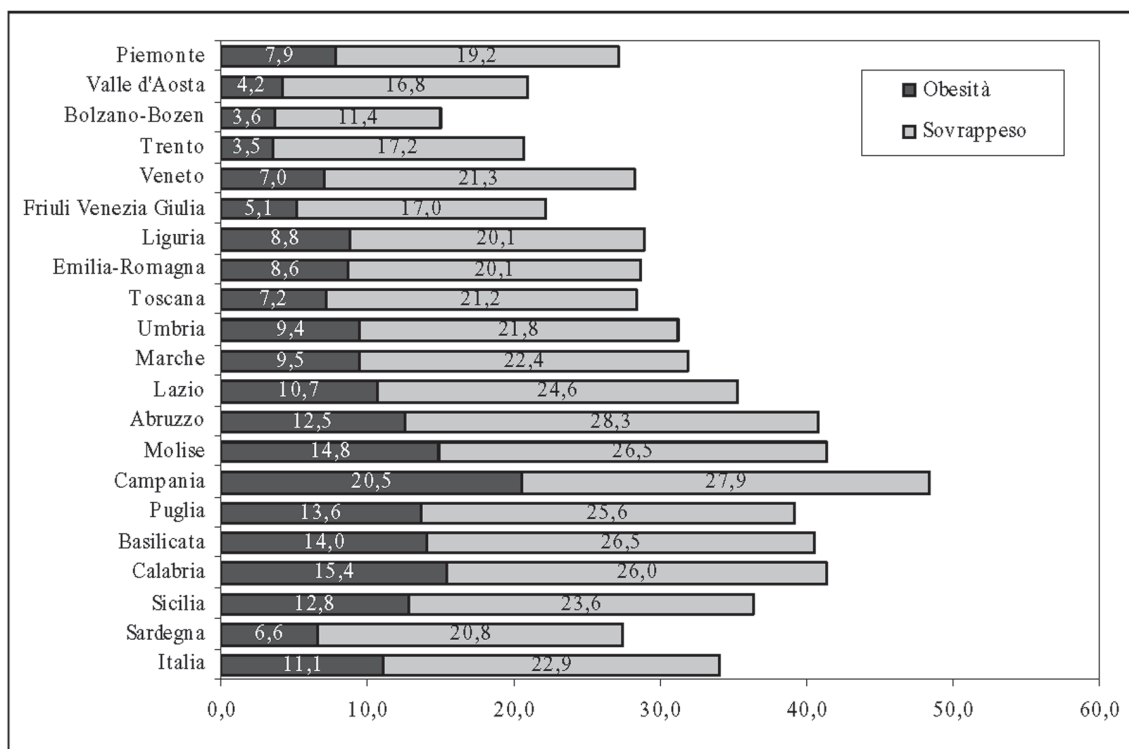
Alla seconda raccolta dati di OKkio alla SALUTE, avvenuta tra aprile e giugno 2010, hanno partecipato tutte le regioni tranne la Lombardia che ha aderito con la sola ASL di Milano. Complessivamente, il livello di partecipazione, è stato molto elevato: solo il 3,2% dei genitori ha rifiutato l'adesione del proprio figlio su 46.315 bambini iscritti. Il 5,8% dei bambini era assente il giorno delle rilevazioni, in linea con il livello atteso di assenze tra il 5-10%. Sono stati misurati 42.155 bambini. Di questi, il 23,0%, è risultato in condizione di sovrappeso (IC 95%: 22,4-23,5%), mentre la prevalenza di obesità si è attestata all'11,1% (IC 95%: 10,7-11,6%). Visto il ridotto numero di bambini di 7 e 10 anni frequentanti la terza classe primaria, i valori relativi a quelli di 8-9 anni sono, praticamente, sovrappo-

nibili: il 22,9% dei bambini di 8-9 anni è risultato in sovrappeso (IC 95%: 22,4%-23,5%) e l'11,1% obeso (IC 95%: 10,7%-11,6%). Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità), raggiungono il 34%. Questi valori sono leggermente inferiori a quelli osservati nella prima raccolta.

È stata, inoltre, calcolata la prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso che risulta essere dell'1,2% utilizzando i *cutoff* definiti da Cole et al (4). Il Grafico 1 riporta le percentuali di sovrappeso ed obesità per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni. Si osserva una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud: dall'11,4% di sovrappeso nella Provincia Autonoma di Bolzano al 28,3% in Abruzzo; dal 3,5% di obesità nella Provincia Autonoma di Trento al 20,5% in Campania. Il Cartogramma mostra l'evidente gradiente geografico. Questo andamento si conferma anche considerando, separatamente, il sovrappeso e l'obesità.

Applicando a tutta la popolazione di 6-11 anni le stime di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ottenute da questa raccolta dati, si è calcolato che il numero di coloro che presenterebbero un eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e 100 mila bambini, di cui 400 mila obesi.

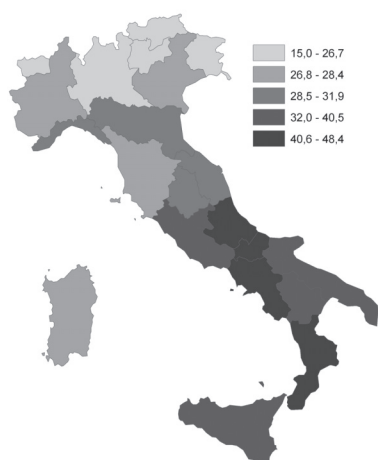
Grafico 1 - Percentuale di sovrappeso ed obesità nei bambini di 8-9 anni per regione - Anno 2010



Nota: la Lombardia ha aderito con la sola ASL di Milano e, quindi, il dato non viene riportato.

Fonte dei dati: ISS. OKkio alla SALUTE. Anno 2010.

Percentuale di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) nei bambini di 8-9 anni, per regione. Anno 2010



Nota: la percentuale della Lombardia è stata stimata.

Raccomandazioni di Osservasalute

La ripetizione della raccolta dati a scadenze definite permetterà di descrivere, nel tempo, l'evoluzione dei fenomeni studiati.

Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle iniziative di promozione della salute da intraprendere con gli "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche-degenerative, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (genitori, scuola, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, "policy maker" etc.). Infatti, la letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la

diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e, non meno importante, che abbiano una certa continuità nel tempo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007.
- (2) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2009 (Rapporto Istisan 09/24).
- (3) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1.240-5.
- (4) Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 335: 166-7.

Presa in carico del soggetto obeso adulto: gestione integrata

Prof. Lorenzo Maria Donini, Dott.ssa Elena Alonzo, Dott.ssa Giulia Cairella, Dott. Domenico Campisi, Dott.ssa Maria Grazia Carbonelli, Dott. Vittorio Carreri, Prof. Massimo Cuzzolaro, Dott. Antonio Pio D'Ingianna, Dott. Lucio Lucchin, Dott. Gallieno Marri, Dott. Walter Marrocco, Dott. Andrea Pizzini, Dott. Vincenzo Pontieri, Prof. Giovanni Spera, Dott. Giuseppe Ugolini

Il presente documento rappresenta una proposta di integrazione delle esperienze di alcune società scientifiche che, a diverso titolo ed in diversi ambiti, si confrontano con le problematiche dei pazienti obesi.

Principi generali

Gestione integrata dell'obesità

Ad oggi nessun Paese ha sviluppato un protocollo (*framework*) completamente efficace per la prevenzione e/o il trattamento generale dell'obesità, ma si possono trarre molte informazioni utili dalle esperienze precedenti e da quelle di ricerca applicata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma la necessità di utilizzare interventi continuativi, multistrumentali e sistemici partendo dalla informazione e formazione, ma focalizzando l'attenzione sull'acquisizione di motivazioni personali verso scelte salutari che possono essere fatte proprie solo con l'impiego di metodologie mirate ad una ristrutturazione cognitivo-comportamentale nell'età adulta ed ad un modellamento positivo dei credi e delle abitudini in età pediatrica (1).

Principi generali dell'approccio integrato al paziente obeso

L'obesità è una patologia cronica a patogenesi complessa e caratterizzata da un significativo aumento della morbosità e da gravi ripercussioni sulla qualità della vita legate, in particolare, alle disabilità (2).

Interazione: la sfida nei confronti di questa patologia è sostenibile solo se tutte le forze in campo saranno in grado di lavorare di concerto, interagendo in maniera efficace. In particolare, sono chiamati a svolgere un ruolo determinante i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), la medicina generale e gli specialisti del settore operanti negli ambulatori e nei servizi ospedalieri accreditati, pubblici e privati.

Queste 3 componenti convengono, tenendo conto dei documenti già pubblicati in passato, sull'opportunità di integrare le iniziative già in essere e gli strumenti già predisposti da:

- FIMMG (Federazione Italiana Medici Medicina Generale): progetto SAFE (Stile di vita, Alimentazione, Farmaco, Esercizio fisico) (3);
- SIAN: *Evidence Based Prevention* presso il CCM (Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie) (4);
- SIO-SISDCA (Società Italiana Obesità - Società Italiana Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare): documento di consenso su "Obesità e disturbi dell'alimentazione" (2);
- *Position Paper* sul ruolo degli ADI-SDNC (Associazione Italiana di Dietetica e nutrizione clinica - Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica) (5).

In particolare, si ritiene opportuno porre l'accento sulla necessità che:

- la gestione dell'obesità avvenga in maniera multidisciplinare integrata sia in fase di diagnosi che di trattamento attraverso:

1) valutazione multidisciplinare in grado di definire lo stato di nutrizione, lo *status* psicologico, lo stato funzionale oltre all'eventuale presenza di complicanze sul piano metabolico, cardiovascolare, respiratorio, osteo-articolare etc.;

2) trattamento dell'obesità e delle sue complicanze organiche e funzionali, la modifica dello stile di vita al fine di mantenere nel tempo i risultati ottenuti e la rimozione/gestione delle cause (psicologico-psichiatriche, clinico-funzionali, sociali) per evitare ricadute importanti. Sarà essenziale, a tal fine, un approccio multidimensionale che, in funzione del livello di gravità clinico-psico-funzionale della malattia, contempli un intervento nutrizionale, una rieducazione funzionale ed una terapia psico-educazionale e motivazionale. In casi selezionati e per indicazioni specifiche sarà possibile far ricorso a farmaci e/o alla chirurgia (bariatrica e/o plastica-ricostruttiva);

- siano realizzate, su base regionale, reti assistenziali in grado di affrontare in maniera adeguata le problematiche clinico-assistenziali del soggetto affetto da obesità:

1) è importante sottolineare la necessità di trattare il paziente nel *setting* di cura ottimale dal punto di vista della qualità di vita, della disponibilità dei mezzi più adatti al livello di gravità della patologia e dell'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione;

- 2) ogni rete assistenziale deve essere articolata sia longitudinalmente che trasversalmente:
- a) longitudinalmente perché lo stesso paziente può aver bisogno, nel corso degli anni, di diverse modalità assistenziali in relazione all'andamento della malattia ed alla riacutizzazione di eventuali complicanze;
 - b) trasversalmente perché pazienti obesi diversi, in relazione al grado di comorbidità-fragilità-disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale;
- siano realizzate iniziative comuni di formazione dei professionisti afferenti al SIANET (Rete dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione), FIMMG, SIO/SISDCA e ADI-SDNC tale da rendere noti ed efficaci i percorsi di valutazione e trattamento dei pazienti obesi;
 - le iniziative in tema di prevenzione/contrasto e di trattamento/riabilitazione dell'obesità debbano essere coordinate da centri di riferimento regionali in grado di interagire con le società scientifiche che operano nel campo dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione, con la rete degli ADI-SDNC, il SIANET e la FIMMG per:
 - 1) realizzare un sistema di sorveglianza nutrizionale e delle patologie correlate, standardizzandone i procedimenti e gli strumenti, anche ricorrendo alla istituzione di registri regionali di patologia;
 - 2) fissare gli standard qualitativi (di struttura e di processo) ai quali le strutture destinate ad assistere i soggetti affetti da obesità devono rispondere;
 - 3) definire criteri di appropriatezza, fondati su prove scientifiche e plausibili sul piano politico-sanitario, per regolare il ricorso alle diverse strutture;
 - 4) definire strumenti di misura delle disabilità obesità-correlate;
 - 5) sottoporre a verifica periodica criteri e misure attraverso valutazioni di efficacia dei trattamenti a breve-medio termine e studi di esito a lungo termine.

Ruolo dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale e delle Strutture Specialistiche nella gestione dei pazienti obesi

Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Tra le competenze dei SIAN, dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali (198 Dipartimenti di Prevenzione delle 200 AUSL italiane), si annovera la Sorveglianza Nutrizionale della Popolazione (DMS n. 185/1998 - Linee Guida per i SIAN - S.O. alla G. U. n. 258 4 novembre 1998).

Il contributo dei SIAN nello schema unico per la presa in carico del soggetto obeso può riassumersi, in una prima fase di approccio alla popolazione generale, in 3 tappe di un unico intervento, con successivo rinvio al Medico di Medicina Generale (MMG), così descritte:

- sorveglianza nutrizionale per la prevenzione dell'obesità nell'adulto;
- valutazione del rischio di "patologie da non corretta alimentazione" in sottogruppi di popolazione;
- orientamento al cambiamento e promozione di corretti stili di vita (esempio *counselling* nutrizionale quale valore aggiunto alla professionalità dell'igienista dei SIAN).

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

La Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita di FIMMG-*Metis*, forte dell'esperienza del settore FIMMG-Alimentazione, volendo dotare i MMG di strumenti utili ad affrontare questa sfida, ha preventivamente realizzato una fotografia della situazione attuale in tema di sovrappeso ed obesità ed il MMG, tramite un questionario, ha disegnato, con la collaborazione di Abbott e la messa in campo di un *team* scientifico costituito da MMG e specialisti della materia, il progetto SAFE per la prevenzione e la gestione integrata del sovrappeso e dell'obesità attraverso un percorso decisionale di presa in carico adeguato al contesto della medicina generale.

Il progetto SAFE propone 7 passaggi fondamentali da percorrere nel *setting* della medicina generale:

- misurare altezza e peso per calcolare l'IMC (Indice Massa Corporea);
- misurare la circonferenza della vita;
- evidenziare eventuali alterazioni croniche delle condizioni di salute associate;
- valutare se il paziente debba perdere peso;
- valutare se il paziente è pronto e motivato a perdere peso;
- scegliere con il paziente la strategia terapeutica più appropriata: dietologica, esercizio fisico, terapia comportamentale, farmacologica, chirurgica;
- valutare l'eventualità di un invio in un centro di secondo livello per la gestione dell'obesità (Riabilitazione Metabolico Nutrizionale Psicologica).

Rete di Strutture Specialistiche (Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica, Strutture Specialistiche h24, Riabilitazione Intensiva Metabolico Nutrizionale Psicologica)

Nel documento di consenso SIO/SISDCA dell'ottobre 2009 (2) sulle Indicazioni per i diversi Livelli di Trattamento si sottolinea come, essendo l'obesità una patologia cronica, a patogenesi complessa e caratterizzata da un significativo aumento della morbosità e da ripercussioni gravi sulla qualità della vita legate, in particolare, alle disabilità, sia necessario:

- *team approach*: approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti ed infermieri;
- *setting* multipli: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva, semiresidenziale e residenziale, indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per eccesso o per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbosità somatiche e psichiatriche ed all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione ed attività fisica).

La rete assistenziale costituita dalle Strutture Specialistiche prevede la presenza di:

- a) ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare (aree internistico-metabolico-nutrizionale e psicologico-psichiatrica);
- b) Day Hospital (DH) (diagnostico/terapeutico-riabilitativo), Day Service e centro diurno (terapeutico-riabilitativo o solo diagnostico);
- c) riabilitazione intensiva residenziale (cod. 56 o ex art. n. 26) o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative);
- d) ricoveri h24.

Appare auspicabile la creazione di reti regionali per il trattamento dell'obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione (DA) con strutture di vario livello collegate tra loro ed armonizzate attraverso un Centro di Coordinamento Regionale.

In assenza di un'emergenza acuta, per quadri clinici che durano da tempo e resistono ai trattamenti ambulatoriali, la scelta ideale è un *setting* specializzato nella cura dell'obesità ed, in particolare, in programmi di riabilitazione intensiva metabolica nutrizionale psicologica.

Integrazione tra Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medici di Medicina Generale e rete di Strutture Specialistiche nel trattamento integrato dell'obesità

Una rete assistenziale costituita da SIAN, MMG e Strutture Specialistiche è in grado di rispondere, in modo adeguato, alle diverse esigenze assistenziali di una popolazione che presenta una prevalenza di sovrappeso pari al 35% circa, in cui il 10% è obeso e di questi un 10% (550-600 mila soggetti) presenta un'obesità complicata sul piano cardiovascolare, dismetabolico, osteoarticolare, funzionale.

Le competenze ed i ruoli di SIAN, MMG e Strutture Specialistiche sono, a tal fine, sufficientemente complementari da consentire un'efficace integrazione di azioni.

L'integrazione ha come finalità:

- la gestione duratura del paziente: l'obesità è una malattia con un'etiopatogenesi complessa, ad andamento cronico, causa di altre malattie croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, osteoartrosi etc.) e soggetta a "riacutizzazioni" (andamento oscillante del peso e, conseguentemente, delle complicanze);
- il collocamento del paziente nel *setting* di trattamento ideale in funzione del livello di gravità, comorbosità e disabilità;
- la "circolazione" efficace del paziente all'interno della rete assistenziale in funzione del "momento" della malattia che il paziente sta vivendo;
- lo scambio di informazioni tali da rendere il più efficace possibile l'intervento che ognuna delle componenti andrà a fare.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Assembly. Global strategy on diet, physical activity and health. WHO, Geneva, 22 May 2004.
- (2) Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G et al: Obesità e disturbi dell'alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Documento di consensus. *Eat Weight Disorders* 2010, 15, Suppl 1-2. Disponibile all'indirizzo: <http://w3.uniroma1.it/scialim/index.php?pag=345>.
- (3) FIMMG: progetto SAFE (Stile di vita, Alimentazione, Farmaco, Esercizio fisico). Disponibile all'indirizzo: www.fimmg.org/alimentazione, <http://old.fimmg.org/alimentazione/safe/index.html>.
- (4) SIAN: Evidence Based Prevention. CCM (Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie. "Epb ed obesità". Disponibile all'indirizzo: <http://www.ccm-network.it/node/559>).
- (5) Position Paper sul ruolo degli ADI-SDNC. Disponibile all'indirizzo: www.ADIItalia.it.

Attività fisica

Significato. Una regolare attività fisica contribuisce a migliorare la qualità della vita poiché è associata, positivamente, allo stato di salute, al grado di soddisfazione degli interessi personali ed allo sviluppo delle potenzialità e dei rapporti sociali. L'esercizio fisico costante, per almeno 30 minuti al giorno ad intensità moderata per 5 giorni a settimana, aiuta a prevenire diverse malattie croniche ed a ridurre la comparsa di eventuali complicanze; controlla, infatti, la pressione arteriosa ed il livello di glicemia, modula positivamente il colesterolo nel sangue e riduce il tessuto adiposo in eccesso limitando l'insorgenza di malattie metaboliche, cardiovascolari e neoplastiche (1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che, circa il 60% della popolazione mondiale, non

svolge i livelli raccomandati di attività fisica necessari per indurre benefici per la salute e che l'inattività è responsabile, ogni anno, di circa 1,9 milioni di decessi. In particolare, si evidenzia che, la sedentarietà, è causa di circa il 30% delle malattie cardiache, del 27% dei casi di diabete e del 21-25% dei tumori di mammella e colon e, senza un intervento mirato, tale bilancio è destinato ad aumentare (2).

Nei Paesi sviluppati, fattori quali la sedentarietà e l'eccesso di peso, spesso associati tra loro, concorrono a determinare la maggior parte dei decessi: una riduzione dell'esposizione a questi fattori di rischio modificabili comporterebbe un aumento dell'aspettativa di vita di circa 5 anni (1).

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

Validità e limiti. Riguardo all'attività fisica sono stati analizzati, per il 2008, i risultati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" anno 2009, condotta su un campione di circa 49.000 individui distribuiti in 851 comuni. La rilevazione della pratica sportiva si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2008, il 21,6% della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, mentre il 9,7% lo pratica in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando un'attività sportiva dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 chilometri, nuotare o andare in bicicletta), sono il 27,7%. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, è pari al 40,2%.

Come negli anni precedenti, è confermata un'importante differenza geografica: nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è net-

tamente inferiore, soprattutto in Sicilia (13,8%), Campania (15,1%) e Puglia (15,8%) rispetto alle regioni settentrionali (Trentino-Alto Adige 33,5%) e centrali (Lazio 23,2%). Verosimilmente, l'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Campania (53,9%), Calabria (54,6%) e Sicilia (61,8%) dove oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport (Tabella 1).

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile: le quote più alte di persone che praticano attività fisica con continuità si riscontrano, in generale, nella classe di età 6-17 anni ed, in particolare, tra gli 11 ed i 14 anni (57,0%); l'attività sportiva saltuaria, invece, registra percentuali più alte tra i 18-19 anni (15,4%).

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo che saltuario), mentre cresce quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualche attività fisica aumenta in modo continuo fino ai 64 anni, per poi decrescere nelle età più avanzate, dove la percentuale di sedentari arriva al 72,9% tra gli ultra 75 anni. L'analisi di genere mostra delle forti differenze poiché, i livelli di pratica sportiva, sono molto più alti fra gli uomini: il 25,8% pratica sport con continuità ed il 12,0% saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 17,6% e del 7,5%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,9% vs 35,3%) (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2008

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,7	12,5	31,8	29,9	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,0	14,8	25,4	32,8	n.d.
Lombardia	25,9	12,0	30,9	30,2	1,0
Trentino-Alto Adige	33,5	18,6	32,9	14,3	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>42,0</i>	<i>20,0</i>	<i>23,2</i>	<i>14,1</i>	<i>0,6</i>
<i>Trento</i>	<i>25,4</i>	<i>17,3</i>	<i>42,5</i>	<i>14,4</i>	<i>0,4</i>
Veneto	26,9	11,3	34,3	26,9	0,5
Friuli Venezia Giulia	24,0	11,3	35,8	28,4	0,4
Liguria	21,1	8,2	28,6	41,1	0,9
Emilia-Romagna	24,7	10,9	33,5	30,5	0,3
Toscana	22,0	8,8	31,9	36,8	0,4
Umbria	19,9	11,2	28,6	39,9	0,5
Marche	22,5	9,6	27,1	40,4	0,5
Lazio	23,2	8,6	22,9	44,4	0,9
Abruzzo	18,5	7,7	26,7	46,4	0,8
Molise	17,6	8,7	26,6	46,0	1,0
Campania	15,1	5,9	23,8	53,9	1,3
Puglia	15,8	9,3	24,3	49,9	0,7
Basilicata	17,7	6,6	29,4	45,7	0,7
Calabria	16,3	7,3	20,7	54,6	1,0
Sicilia	13,8	7,5	16,0	61,8	1,0
Sardegna	20,5	7,9	26,9	44,3	0,4
Italia	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8

n.d. = non disponibile.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2008

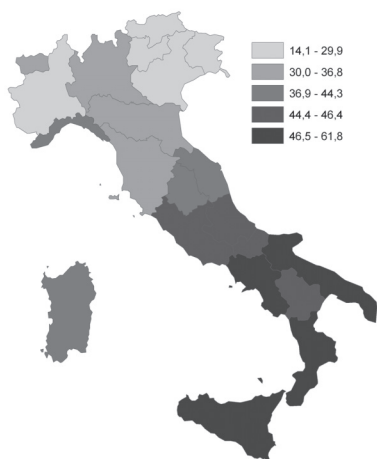


Tabella 2 - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2008

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	16,6	5,1	22,9	49,4	6,1
6-10	57,5	9,0	13,5	18,4	1,8
11-14	64,1	8,9	11,6	14,7	*
15-17	53,8	17,8	12,4	15,6	*
18-19	47,8	17,3	12,9	20,9	*
20-24	43,1	17,3	14,4	23,9	1,3
25-34	33,3	16,4	19,1	30,3	0,9
35-44	23,2	1,6	25,1	35,2	0,6
45-54	19,2	13,8	29,2	37,4	0,4
55-59	14,9	10,4	34,7	39,7	*
60-64	12,4	8,8	38,4	40,3	*
65-74	8,7	6,0	42,9	41,8	0,6
75 ed oltre	3,5	2,2	30,4	63,5	*
Totale	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
FEMMINE					
3-5	22,0	3,1	19,9	48,8	6,3
6-10	52,4	6,3	15,8	24,0	1,4
11-14	49,6	9,7	18,0	21,2	1,6
15-17	35,3	11,6	23,9	27,9	*
18-19	26,2	13,5	27,6	32,6	n.d.
20-24	25,2	12,8	28,5	32,5	1,0
25-34	21,1	11,2	30,4	36,5	0,8
35-44	16,8	10,4	31,6	40,7	0,6
45-54	13,8	8,0	34,5	43,3	0,4
55-59	12,0	6,2	37,4	44,2	*
60-64	9,5	4,9	37,6	47,2	0,7
65-74	7,4	2,7	33,7	55,7	0,5
75 ed oltre	1,6	1,8	17,5	78,6	0,5
Totale	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
TOTALE					
3-5	19,2	4,1	21,4	49,1	6,2
6-10	55,0	7,7	14,6	21,1	1,6
11-14	57,0	9,3	14,7	17,9	1,1
15-17	45,0	14,9	17,9	21,4	0,8
18-19	36,6	15,4	20,6	27,0	*
20-24	34,5	15,1	21,2	28,0	1,1
25-34	27,3	13,9	24,6	33,3	0,9
35-44	20,0	13,1	28,4	38,0	0,6
45-54	16,5	10,8	31,9	40,4	0,4
55-59	13,4	8,3	36,1	41,9	0,3
60-64	11,0	6,9	38,0	43,7	0,4
65-74	8,0	4,2	37,9	49,4	0,5
75 ed oltre	2,3	2,0	22,4	72,9	0,5
Totale	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8

n.d. = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2008 la pratica sportiva ha interessato meno di 1/3 (31,3%) della popolazione di 3 anni ed oltre, mentre 4 italiani su 10 si sono dichiarati sedentari. Questi numeri allarmanti sono in linea con i dati epidemiologici europei e mondiali.

Secondo l'OMS, nonostante i moltissimi aspetti positivi legati alla pratica sportiva quotidiana (sviluppo dell'apparato muscolo scheletrico, cardiovascolare e neuromuscolare, controllo del peso corporeo, benefici psicologici, antidepressivi e di integrazione sociale), i livelli di attività fisica stanno diminuendo in tutto il mondo, soprattutto tra i giovani. Si stima, infatti, che meno di 1/3 dei bambini e degli adolescenti sia sufficientemente attivo. Questo declino è dovuto alla diffusione di uno stile di vita sedentario che porta i bambini a camminare sempre meno, a guardare troppo la televisione ed a giocare con i *videogame*. Nel nostro Paese, i dati raccolti sull'attività fisica, riferiscono che solo 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età e che 1 bambino su 2 vede la televisione o gioca con i videogiochi per più di 3 ore al giorno (3).

Tra i giovani adulti, la popolazione femminile (che mediamente ha un'aspettativa di vita più lunga, ma anche con maggior rischio per malattie croniche nell'età adulta ed anziana), è decisamente meno "attiva" rispetto alla quota maschile. Inoltre, l'attività fisica, oltre a dare benefici sia immediati che a lungo termine a livello fisico, è associata ad un maggior benessere psicologico riducendo i livelli di stress, ansia e depressione, aspetto molto importante per le donne

che, generalmente, dimostrano una prevalenza di depressione quasi doppia rispetto agli uomini.

Sulla base di questi indicatori, risulta necessario sia implementare gli interventi di promozione della salute con azioni sui determinanti ambientali e sui comportamenti individuali e sia sviluppare nuove strategie per aumentare la diffusione dell'attività fisica.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, nell'ambito degli interventi di promozione di stili di vita salutari, prevede programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari basati sull'evidenza scientifica, con particolare riguardo alla popolazione infantile e giovane-adulta. È necessaria, infatti, un'integrazione tra amministratori locali, scuola, famiglia, datori di lavoro ed associazioni di categoria per realizzare, basandosi sul comportamento e sulle abitudini della popolazione target, interventi di educazione e campagne informative/formative *ad hoc*, atte a favorire la pratica dell'esercizio fisico nelle comunità.

Il raggiungimento di uno stile di vita più sano sarà possibile solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e le competenze interessate, ma anche e, soprattutto, con la partecipazione responsabile della popolazione e della società civile.

Riferimenti bibliografici

- (1) Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie CCM - Network Azioni, 2010.
- (2) Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009.
- (3) OKkio alla Salute, 2008.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano lo strumento più efficace per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere, in modo duraturo ed efficace, la persona vaccinata dall'infezione e dalle sue complicanze. Le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. Sia l'implementazione che il mantenimento a livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale, sono obiettivi fondamentali per la Sanità Pubblica. Il tasso delle coperture vaccinali è, infatti, l'indicatore principale

per misurare l'efficacia dei programmi di vaccinazione. Appare chiaro, quindi, come la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento che consente, da un lato di identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente prevenendone l'eventuale comparsa e, dall'altro, di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione. Nel nostro Paese le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV), Poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

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

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

Valore di riferimento/Benchmark. Il vigente Piano Nazionale Vaccini (PNV), a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita indica, come obiettivo, quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali di MPR, entro i 2 anni, superiori al 95%.

Descrizione dei risultati

I dati registrati nel 2009 si sovrappongono, mediamente, a quelli americani ed europei (1) e non si discostano in modo significativo da quelli rilevati negli ultimi 2 anni in Italia (Rapporto Osservasalute 2009, pag. 81), anche se è possibile notare un lieve decremento da attribuirsi, probabilmente, a problemi legati alla registrazione delle vaccinazioni ed ai flussi informativi dal livello locale e centrale. Rispetto ai dati del 2009 i tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Polio, Epatite B), insieme a quelli riguardanti la

Pertosse, sono uniformemente distribuiti su tutto il territorio, con una media nazionale pari a circa il 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Tabella 1); tuttavia, rimangono ancora alcune zone del territorio in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal PNV (PA di Bolzano, Molise, Campania e Calabria). Da sottolineare, il ridotto tasso di copertura vaccinale per l'Epatite B che si è registrato in Veneto (90,6%) nel 2009 rispetto agli anni precedenti: ciò potrebbe essere ascrivibile alla sospensione dell'obbligo vaccinale introdotta in Veneto a partire dal 1 gennaio 2008 (Tabella 2).

Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (media nazionale 89,9%) ed il dato si allinea con quello degli anni precedenti. Nessuna regione, infatti, ad eccezione dell'Umbria (95,2%) e della Sardegna (95,5%), ha raggiunto una copertura vaccinale superiore al 95%, obiettivo minimo per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita. Anche a livello europeo non si è raggiunto l'obiettivo fissato dall'OMS per l'eradicazione della Rosolia ed il Morbillo entro il 2010; tuttavia, negli Stati europei membri dell'OMS l'incidenza del Morbillo è scesa, negli ultimi anni, da 110 casi per milione di abitanti a meno di 1 caso per milione di abitanti (2). Per quanto concerne l'Hib, si è osservato un aumento progressivo della copertura con il raggiungimento di un valore superiore a quello ottimale (95,6%), probabilmente correlato all'uso di preparati vaccinali combinati (vaccini obbligatori e raccomandati) previsti nel primo anno di vita (Tabella 1).

Tabella 1 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale per tipologia - Anni 2000-2009

Anni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
2000	96,6	95,3	94,1	74,1	54,7
2001	95,8	95,9	94,5	76,9	70,2
2002	95,9	96,8	95,4	80,8	83,4
2003	96,6	96,6	95,4	83,9	90,4
2004	96,8	96,6	96,3	85,7	93,8
2005	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7
2006	96,5	96,6	96,3	88,3	95,5
2007	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0
2008	96,3	96,7	96,1	90,1	95,7
2009	96,2	96,2	95,8	89,9	95,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Tabella 2 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale per regione e tipologia - Anno 2009

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	96,5	96,5	96,3	93,1	93,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	95,5	95,7	95,4	87,8	94,8
Lombardia	97,3	97,3	97,1	94,8	95,9
Bolzano-Bozen	88,9	88,8	88,3	70,8	88,8
Trento	96,4	96,4	95,9	88,5	94,9
Veneto	96,6	96,6	90,6	93,0	95,8
Friuli Venezia Giulia	96,5	96,6	95,9	90,8	95,6
Liguria	96,3	96,3	96,2	87,9	95,9
Emilia-Romagna	97,3	97,4	97,1	93,9	96,5
Toscana	96,7	96,8	96,7	92,7	95,8
Umbria	97,3	97,3	97,3	95,2	97,3
Marche	97,8	97,8	97,7	92,4	97,4
Lazio	96,6	96,5	98,4	89,6	96,3
Abruzzo	97,6	97,6	97,6	92,2	97,5
Molise	94,6	94,6	94,6	88,8	94,6
Campania	94,6	94,6	94,4	86,9	94,4
Puglia	97,0	97,0	97,0	92,3	97,0
Basilicata	98,9	98,9	98,9	90,2	98,9
Calabria	94,5	94,5	94,5	85,4	94,5
Sicilia	95,9	95,9	95,9	86,8	95,9
Sardegna	96,7	96,7	96,7	95,5	96,7
Italia	96,2	96,2	95,8	89,9	95,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti esiti ottenuti con le vaccinazioni (a partire dall'eradicazione del vaiolo, dichiarata nel 1980 dall'OMS e dall'eliminazione della polio in Europa, dichiarata nel 2002) e dalla drastica riduzione, nel nostro Paese, di malattie come Difterite e Tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi disomogenee sul territorio. Sebbene i risultati mostrino il raggiungimento di coperture vaccinali >95% per Poliomielite, DT, HBV, Pertosse e Hib, appena 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro Morbillo, Rosolia e Parotite. Per raggiungere gli obiettivi ministeriali sono stati, quindi, avviati programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, come la campagna "Genitori Più", sia di valutazione delle coperture vaccinali, come il progetto "Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti (ICONA)", oggi alla terza edi-

zione (1998, 2003, 2008). I dati raccolti sono indispensabili per identificare le aree che necessitano di intervento prioritario, per elaborare nuove strategie, per migliorare le coperture vaccinali di MPR entro i 2 anni di età e per verificare l'impatto delle attività di recupero per la vaccinazione MPR tra gli adolescenti condotte, a partire dal 2003, nell'ambito del Piano Nazionale L'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Inoltre, per evitare coperture vaccinali a macchia di leopardo, conseguenti a comportamenti regionali fortemente differenziati che possono limitare l'efficacia di campo dei programmi stessi, è necessario che le regioni definiscano strategie condivise di intervento.

Riferimenti bibliografici

- 1) WHO/UNICEF/The World Bank - State of the world's vaccines and immunization, 2009.
- 2) Euro WHO - European Immunization Week, 2010. <http://eiv.euro.who.int/>.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi ed alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La vaccinazione antinfluenzale è il principale strumento per la prevenzione dell'infezione e viene offerta, gratuitamente, alle persone di 65 anni ed oltre, nonché alle persone di tutte le età affette da patologie (ad esempio: malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato cardio-circolatorio, malattie metaboliche, malattie renali, malattie degli organi emopoietici, immunosoppressione, malattie infiammatorie croniche) per cui è maggiore il rischio di complicanze.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

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

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

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dalla Circolare Ministeriale (1) per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

Come illustrato in Tabella 1, nell'ultima stagione 2009-10, il 19,6% della popolazione nazionale ha ricevuto il vaccino antinfluenzale; per tutte le classi di età al di sotto dei 65 anni è stato osservato un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente, in particolare nei soggetti di età inferiore a 5 anni (dal 4,6% al 6,1%)

Ogni anno, nella circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza", vengono indicati i gruppi di popolazione per i quali l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è prioritaria (1). Oltre a quelli sopracitati, i gruppi target della campagna vaccinale sono: bambini ed adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico; donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; gli individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenza; medici ed il personale sanitario di assistenza; familiari di soggetti ad alto rischio; soggetti addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed il personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

(Rapporto Osservasalute 2009, pag.84).

Negli ultra 65enni la copertura vaccinale è rimasta in linea con le stagioni precedenti e, nonostante la recente diffusione del virus influenzale pandemico A/H1N1, non si è registrato un aumento delle vaccinazioni, diversamente da quanto avvenuto nella stagione 2005-06 quando vi fu un picco di vaccinazioni pari al 68,3%, ascrivibile al condizionamento psicologico in merito al rischio di pandemia da influenza aviaria verificatasi contestualmente (Grafico 1). Nessuna regione, ad eccezione dell'Umbria (77,5%), ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura vaccinale negli anziani, anzi, in alcune regioni, si è registrata una netta diminuzione rispetto alla stagione precedente per questa categoria di soggetti, in particolare in Friuli Venezia Giulia (dal 68,1% al 49,7%), in Campania (dal 72,2% al 63,4%) ed in Calabria (dal 69,8% al 63,0%). Solo in Sardegna si evidenzia un significativo aumento del tasso di vaccinati, dal 49,6% al 60,9% (Tabella 2).

Tabella 1 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione e classe di età - Stagione 2009-2010

Regioni	Classi di età					Totale
	<5	5-14	15-24	25-64	≥65	
Piemonte	2,0	2,0	2,2	6,4	60,6	17,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,4	0,4	1,2	6,6	58,9	16,2
Lombardia	0,8	0,7	0,3	0,9	63,1	13,2
Bolzano-Bozen	1,9	1,6	0,9	4,5	47,7	11,5
Trento	3,3	2,7	1,6	6,0	67,0	16,8
Veneto	5,2	5,0	2,6	8,6	71,2	20,1
Friuli Venezia Giulia	1,9	1,8	1,6	6,7	49,7	15,6
Liguria	7,5	5,4	4,8	10,1	65,7	24,1
Emilia-Romagna	3,3	4,6	3,0	9,4	73,8	22,6
Toscana	17,7	10,7	3,6	11,4	71,1	24,9
Umbria	0,9	1,3	1,4	6,9	77,5	22,0
Marche	6,1	5,2	2,6	9,5	66,5	21,1
Lazio	3,5	4,6	3,7	11,4	67,7	20,7
Abruzzo	7,3	5,3	1,9	7,4	67,1	19,4
Molise	9,8	9,7	3,2	11,7	73,7	24,2
Campania	9,9	8,0	9,7	12,4	63,4	19,5
Puglia	23,2	18,1	6,7	12,4	73,0	24,7
Basilicata	2,8	3,2	2,1	11,8	72,6	21,8
Calabria	5,2	4,7	2,9	8,4	63,0	18,1
Sicilia	3,6	3,7	3,2	12,9	64,1	19,6
Sardegna	10,4	8,8	4,1	9,2	60,9	18,5
Italia	6,1	5,1	3,0	8,8	65,6	19,6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

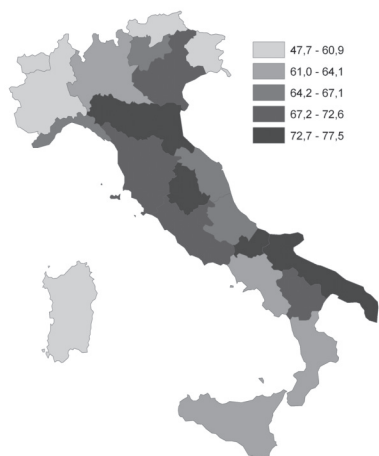
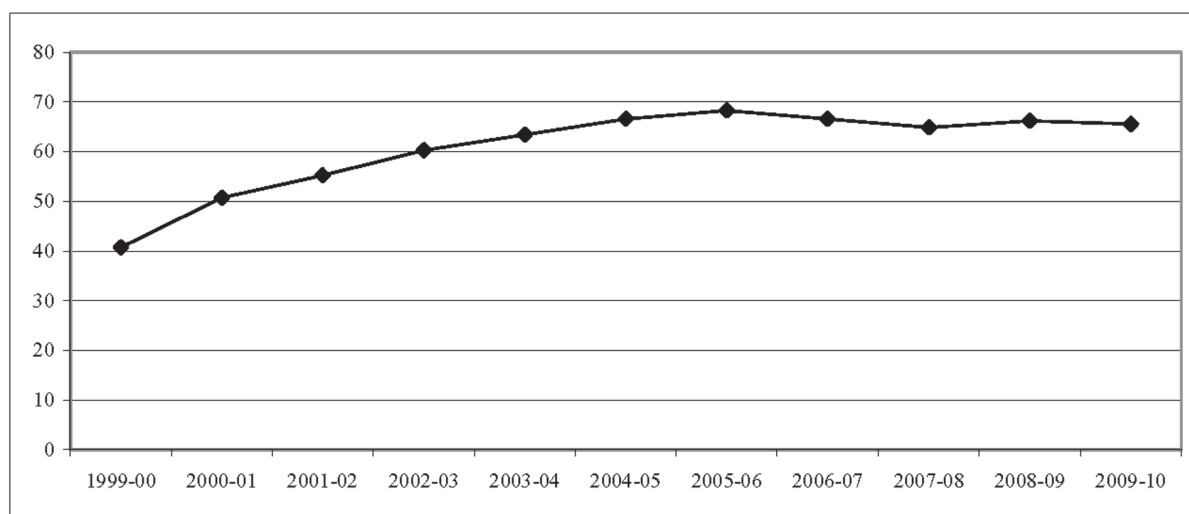
Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2009-2010

Grafico 1 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni ed oltre negli ultimi 10 anni - Anni 1999-2010

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Tabella 2 - Tassi (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 1999-2010

Regioni	Stagioni										
	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6
Valle d'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1
Bolzano-Bozen	n.p.	43,3	38,8	46,8	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0
Veneto	47,3	60,7	63,5	n.p.	70,9	n.p.	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2
Friuli Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1	n.p.	64,4	68,1	49,7
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7
Campania	38,1	62,3	n.p.	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6
Calabria	23,6	29,7	n.p.	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.p.	61,0	64,1
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive. Aggiornamento 14 luglio 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La strategia vaccinale è la base per l'interruzione della trasmissione del virus influenzale: ottenere un'elevata copertura vaccinale permette il controllo dell'infezione, la prevenzione delle complicanze cliniche e la diminuzione dei decessi nella popolazione a

rischio. Per questi motivi la prevenzione dell'influenza è sempre stata oggetto di particolare interesse nei Piani Sanitari Nazionali e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la campagna vaccinale una strategia favorevole in termini di costo-beneficio e costo-efficacia. In Italia, analogamente ad altri Paesi

europei, l'obiettivo minimo, previsto dalla vigente circolare ministeriale, non è ancora stato raggiunto ed anche i valori stimati di copertura vaccinale di alcune categorie a rischio, ottenuti mediante indagini campionarie, sono ancora sub-ottimali. Pertanto, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di

Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta la prevenzione per le categorie target.

Riferimenti bibliografici

(1) Circolare del Ministero della Salute - Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2009-2010.

Pandemia influenzale A/H1N1

Prof. Pietro Crovari, Dott.ssa Marisa Alberti

Tra la fine di marzo e l'inizio di aprile 2009 è comparso, sullo scenario epidemiologico mondiale, un nuovo virus influenzale tipo A sottotipo H1N1. Questo virus, mai rilevato prima, né nei maiali né nell'uomo, è originato dal riassortimento, verificatosi nel suino, di virus circolanti di origine umana, suina ed aviaria.

I primi casi della nuova influenza si sono riscontrati in Messico e negli Stati Uniti, ma nel corso di poche settimane il virus si è diffuso, con una velocità senza precedenti, in tutto il mondo mediante trasmissione diretta da uomo ad uomo. Per questa rapida evoluzione il livello di attenzione per la preparazione e la risposta alla pandemia influenzale fissato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si è innalzato fino a raggiungere il massimo livello della scala di allerta, livello 6, corrispondente ad un'aumentata e prolungata trasmissione del virus nella popolazione in numerosi Paesi del mondo (1).

Per quanto riguarda la suscettibilità della popolazione mondiale al nuovo virus diversi studi, effettuati dal *Centers for Disease Control and prevention* (CDC) su campioni di siero raccolti prima dell'inizio della pandemia, hanno evidenziato che, una percentuale elevata di soggetti di 60 anni ed oltre, possedeva anticorpi verso il nuovo virus; una quota apprezzabile di soggetti con anticorpi verso l'A/H1N1 è stata riscontrata anche nei soggetti della classe 18-60 anni, mentre anticorpi *cross-reactive* non sono stati evidenziati nei bambini e negli adolescenti (<18 anni) (2).

Tali risultati suggeriscono che qualche grado di pre-esistente immunità verso il nuovo virus era presente negli adulti e soprattutto negli anziani. La spiegazione più probabile è che i soggetti appartenenti a questi gruppi di età abbiano avuto una precedente esposizione attraverso infezioni o vaccinazioni con un virus A/H1N1 geneticamente ed antigenicamente più simili al nuovo A/H1N1.

Questa situazione di base ha influito sull'andamento della pandemia. Infatti, il nuovo virus, si è diffuso facilmente nei bambini e nei giovani causando, nell'emisfero nord temperato e, quindi, anche in Italia, un importante picco epidemico pre-stagionale (ottobre-novembre), mentre l'incidenza negli adulti e negli anziani è stata bassa (Grafico 1).

La Sanità Pubblica ha messo in atto quanto previsto dal piano pandemico di Predisposizione e Controllo a suo tempo elaborato a livello nazionale e regionale (3).

L'attività di contenimento (accertamento diagnostico, isolamento volontario, norme di igiene individuali, profilassi con antivirali) ha funzionato bene nel periodo maggio-settembre.

Tenendo conto, però, che l'arma più importante per contenere la pandemia è il vaccino specifico, sono stati affrettati i tempi di produzione secondo le indicazioni dell'OMS e le regolamentazioni dell'*European Medicines Agency* (EMA) (4). In Italia il vaccino, Focetria® prodotto da Novartis, si è reso disponibile nella seconda metà di ottobre 2009 (5).

Si è, così, avviata la campagna di immunizzazione con vaccino monovalente pandemico rivolta, in un primo tempo, agli operatori sanitari, agli addetti ai servizi pubblici essenziali ed ai soggetti di età <65 anni appartenenti alle categorie a rischio di complicanze in caso di malattia influenzale (ordinanze 11 e 30 settembre 2009; ordinanza 3 dicembre 2009 del Ministero della Salute) (6-8).

Purtroppo, sia la disponibilità del vaccino ad epidemia già iniziata che una disastrosa campagna di informazione sulla sicurezza ed efficacia nei confronti di una patologia considerata mite, hanno determinato una bassa adesione alla vaccinazione rispetto a quanto preventivato in base ai modelli predisposti.

Dall'inizio della campagna vaccinale sono state somministrate, complessivamente, 871.277 prime dosi e 52.780 seconde dosi. La categoria che ha registrato la più alta copertura vaccinale è stata quella degli operatori sanitari (15,03%) a cui sono state somministrate 160.659 dosi.

Alle donne, nel secondo e terzo trimestre di gravidanza, sono state somministrate 23.016 dosi (per una copertura pari al 12,12%) ed ai bambini nati pretermine 1.595 dosi (7,72%). Alle persone di età compresa tra 6 mesi e 65 anni con condizioni di rischio, sono state somministrate 549.167 dosi (12,74%), mentre ai soggetti di età >65 anni sono state somministrate 13.562, con una copertura pari all'1,91%.

La copertura vaccinale totale è stata del 4,14% (Tabella 1).

Tabella 1 - Dosi somministrate, popolazione eleggibile e copertura vaccinale (per 100), per categoria - Periodo ottobre 2009-maggio 2010

Categoria	Dosi somministrate	Popolazione eleggibile	Copertura vaccinale %
Personale sanitario e sociosanitario, Forze di pubblica sicurezza e della protezione civile, Vigili del fuoco e Ministero degli Interni, Forze armate	160.659	1.069.264	15,03
Servizi pubblici essenziali	72.181	1.228.155	5,88
Donatori di sangue periodici	6.329	742.349	0,85
Donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza	23.016	189.915	12,12
Donne che hanno partorito da meno di 6 mesi o persona che assiste il bambino	8.170	237.594	3,44
Portatori di almeno una delle condizioni di rischio di età compresa tra 6 mesi e 65 anni	549.167	4.309.466	12,74
Portatori di almeno una delle condizioni di rischio di età >65 anni	13.562	710.862	1,91
Bambini di età >6 mesi che frequentano l'asilo nido (non inclusi nei precedenti punti)	4.618	89.394	5,17
Minori che vivono in comunità o istituzionalizzati (non inclusi nei precedenti punti)	1.120	10.155	11,03
Bambini di età <24 mesi nati gravemente pretermine	1.595	20.657	7,72
Soggetti sani di età compresa tra 6 mesi e 17 anni	20.307	7.671.581	0,26
Soggetti sani di età compresa tra 18-27 anni	5.650	4.642.188	0,12
<i>Subtotale</i>	<i>866.374</i>	<i>20.921.580</i>	<i>4,14</i>
<i>Altri soggetti non inclusi</i>	<i>4.903</i>		
Totale	871.277		

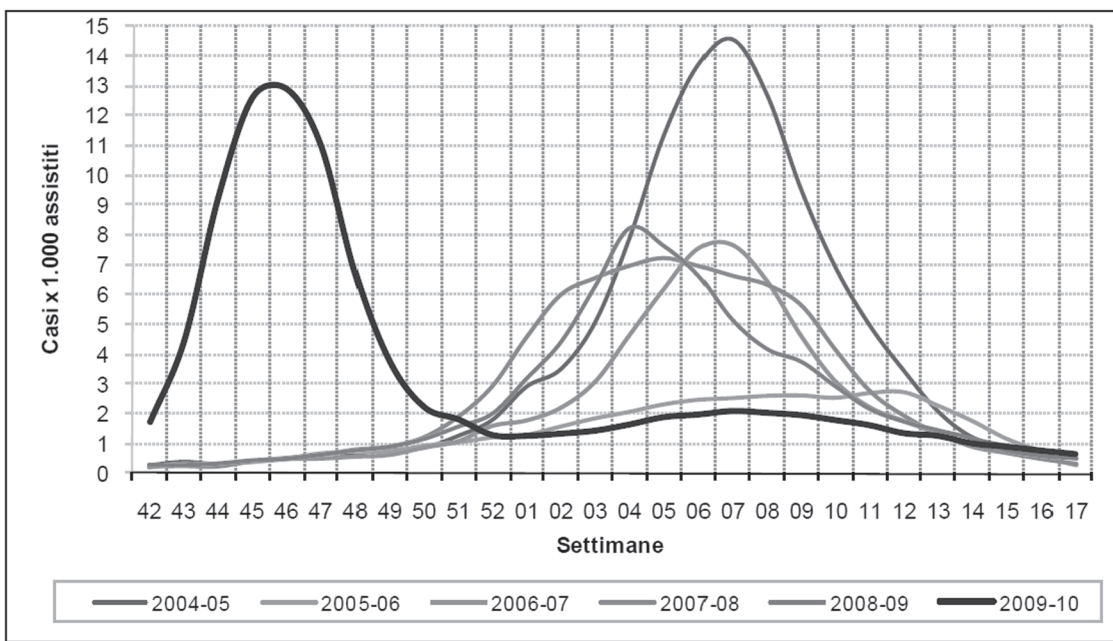
Fonte dei dati: ISS. CNESPS. Flunews numero 28. Anno 2010.

Diversi sistemi di monitoraggio, in parte già attivi ed in parte attivati *ex novo*, hanno consentito di controllare l'andamento e le ricadute della pandemia.

L'attività di sorveglianza epidemiologica, basata su un *network* di medici sentinella reclutati dalle Regioni, ha evidenziato che la curva epidemica ha raggiunto il picco nella 46° settimana, con un livello di incidenza pari a circa 13 casi per 1.000 assistiti: un valore superiore rispetto a quello toccato nelle precedenti 4 stagioni influenzali, ma inferiore all'anno 2004-2005 (Grafico 1).

Dall'inizio della sorveglianza (43° settimana del 2009) fino alla prima settimana di maggio 2010, sono stati stimati 5 milioni e 582 mila nuovi casi di sindrome influenzale.

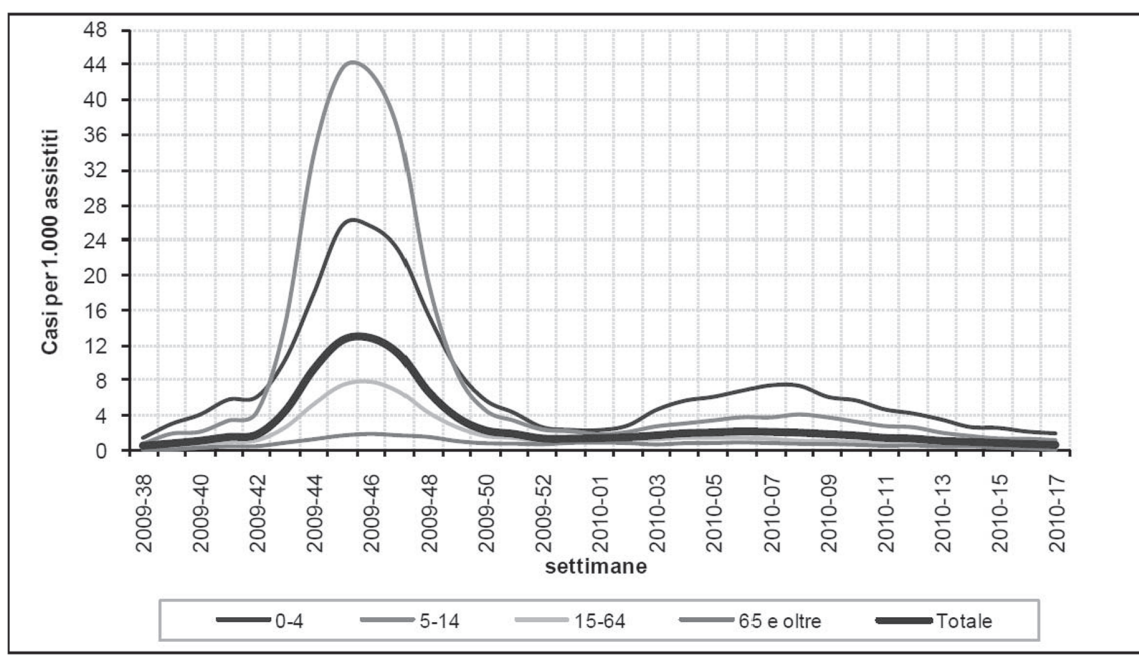
Grafico 1 - Incidenza (per 1.000 assistiti) dell'epidemia influenzale - Stagioni 2004-2005, 2009-10



Fonte dei dati: ISS. Influnet, settimana 17. Anno 2010.

Rispetto agli altri anni, si sono presentate 2 sostanziali differenze dovute all'imprevista circolazione del nuovo virus. Si è, infatti, verificato un rapido innalzamento della curva epidemica in anticipo di diverse settimane rispetto alla stagione tipica dell'influenza e l'altrettanto rapido declino dopo poche settimane dall'inizio. Inoltre, il picco di morbosità dovuto, principalmente, alla rapida circolazione a livello scolastico, si è registrato nella fascia 5-14 anni. Il livello di trasmissione intra-familiare è stato, invece, molto più basso dell'atteso (Grafico 2).

Grafico 2 - Incidenza (per 1.000 assistiti) dell'influenza per classe di età - Stagione 2009-2010

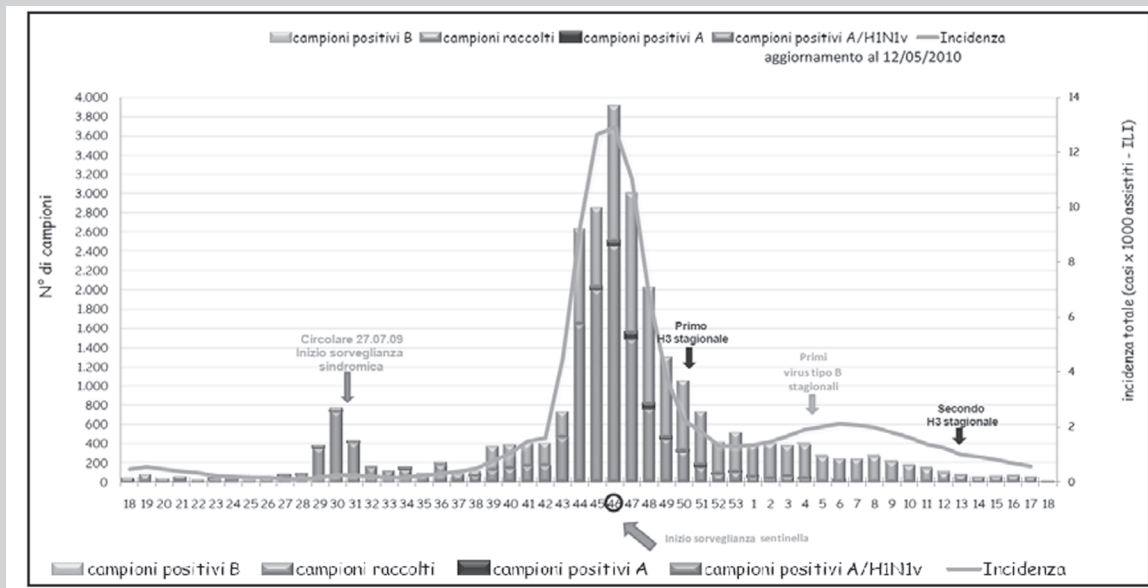


Fonte dei dati: ISS. Influnet, settimana 17. Anno 2010.

Un altro dato rappresentativo è stato fornito dalla sorveglianza virologica. La rete di laboratori che svolgono detta attività, attraverso campioni raccolti prevalentemente dai medici sentinella, è stata ampliata aggregando nuovi laboratori. L'attività è stata riordinata dal Centro Nazionale per l'Influenza operante presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il virus pandemico A/H1N1, sensibile all'*oseltamivir*, ha dominato la scena virologica. Qualche ceppo di tipo B è stato isolato da bambini in gennaio-febbraio 2010 (Grafico 3).

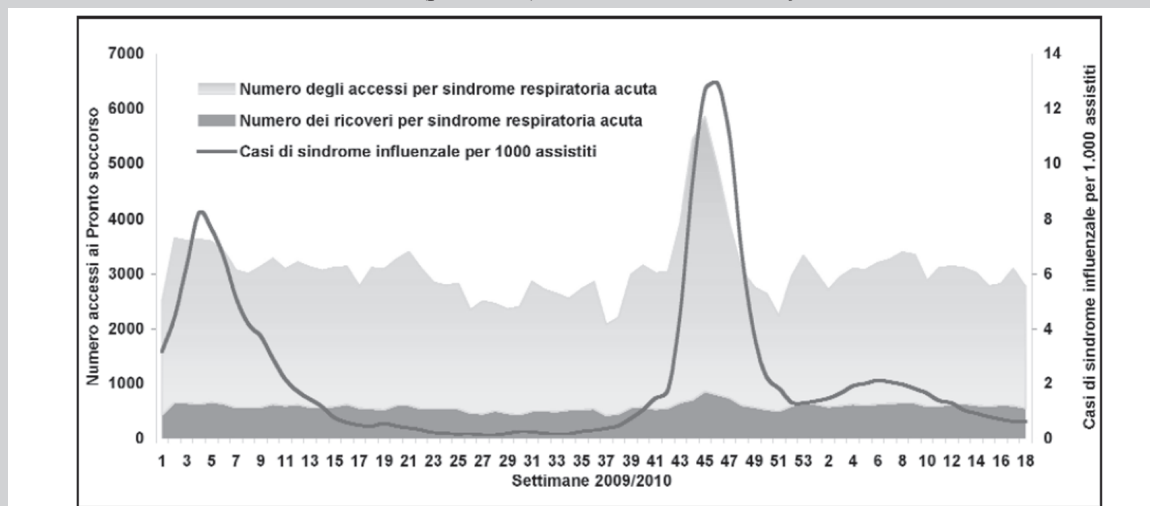
Grafico 3 - Sorveglianza virologica per campione ed incidenza cumulativa (per 1.000 assistiti) - Periodo aprile 2009-maggio 2010



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Sorveglianza virologica dell'influenza. Aggiornamento 12 maggio 2010.

Inoltre, per ampliare il monitoraggio della situazione epidemiologica, è stata attivata una rete sentinella di strutture di Pronto Soccorso (PS) dotate di sistemi informatizzati di rilevazione degli accessi attraverso cui è stato monitorato il numero di accessi per sindrome respiratoria acuta (diagnosi basata sui codici ICD-9-CM), indicatore indiretto di una maggiore attività dei virus influenzali. Gli accessi al PS per sindrome respiratoria sono iniziati ad aumentare dalla 41ª settimana, raggiungendo il picco nella 44ª con superamento della soglia epidemica di allerta in tutte le fasce di età, tranne per le persone di 65 anni ed oltre (Grafico 4).

Grafico 4 - Trend temporale (per settimana) del numero di accessi e ricoveri per sindrome respiratoria acuta al Pronto Soccorso e dell'incidenza (per 1.000) delle sindromi simil-influenzali - Anni 2009-2010



Fonte dei dati: ISS. CNESPS. Flunews numero 28. Anno 2010.

È stata, anche, attivata una sorveglianza speciale delle ospedalizzazioni, delle forme gravi e complicate e dei decessi da nuova influenza da virus influenzale A/H1N1. Tutti i dati, inviati dalle Regioni, hanno come riferimento la data del decesso e non la data dei primi sintomi. Di conseguenza, i risultati riportati, potrebbero riferirsi a casi di influenza pandemica diagnosticati nelle settimane precedenti. In totale, dall'inizio dell'epidemia, sono stati registrati 259 decessi. Di questi, il 41,7% erano donne e le classi di età più colpite sono state 15-44 anni (32,4% dei decessi) e 45-64 anni (34%). La regione più colpita è stata la Campania con il 20,1% di tutti i decessi seguita dalla Puglia con il 13,9%, dal Lazio con l'11,2%, dal Piemonte con il 10%, dalla Sicilia con il 9,3% e dalla Calabria con il 6,2%. Solo 2 regioni (Valle d'Aosta e Sardegna) non hanno segnalato decessi (9). Complessivamente, la prima ondata della nuova pandemia influenzale 2009-2010, è stata superata con un insieme di danni contenuti, anche se i collegamenti fra centro e Regioni non sono stati sempre ottimali ed il livello di preparazione alla pandemia è stato differente fra regione e regione.

L'influenza si è confermata come malattia socialmente importante con il suo corredo di ammalati, ricoveri ospedalieri, decessi (i 259 casi accertati virologicamente vanno distinti da quelli calcolati statisticamente ogni anno come eccesso di mortalità) e con la sua componente di imprevedibilità che affascina i ricercatori, ma che richiede, da parte della Sanità Pubblica, una sorveglianza continua ed accurata estesa non solo alla popolazione umana, ma anche a quella animale, in particolare suina e aviaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO. Statement to the press by WHO Director-General Dr Margaret Chan. June 11, 2009. Disponibile sul sito: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (2) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Serum cross-reactive antibody response to a novel influenza A (H1N1) virus after vaccination with seasonal influenza vaccine. MMWR 2009; 58: 521-4. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (3) Ministero della Salute. Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. Disponibile sul sito: http://www.nuovainfluenza.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (4) Committee for proprietary Medicinal Products (CPMP). Note for guidance on harmonization of requirements for influenza vaccines. Disponibile sul sito: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003945.pdf. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (5) European Medicines Agency (WMA). CHMP Assessment report for Focetria. Disponibile sul sito: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Public_assessment_report/human/000710/WC500023755.pdf. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (6) Ministero della Salute. Ordinanza 11 settembre 2009. Misure urgenti in materia di profilassi vaccinale dell'influenza pandemica A(H1N1). Disponibile sul sito: <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=30255>. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (7) Ministero della Salute. Ordinanza 30 settembre 2009. Misure urgenti in materia di protezione del virus influenzale A(H1N1). Disponibile sul sito: <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=30406>. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (8) Ministero della Salute. Ordinanza 03 dicembre 2009. Misure urgenti in materia di protezione AH1N1v. Disponibile sul sito: <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=31555>. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.
- (9) Istituto Superiore di Sanità. Flunews, aggiornamento 18° settimana 2010. Disponibile sul sito: http://www.epicentro.iss.it/focus/h1n1/pdf/flunews/FluNews_28.pdf. Ultimo accesso 07 Dicembre 2010.

Screening per i tumori femminili e del colon-retto

L'attività dei programmi di screening prosegue e si incrementa, seppur non rapidamente. L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha recentemente pubblicato l'Ottavo rapporto (1) in cui vengono sintetizzate le principali informazioni sull'attività di screening derivanti dalle *survey* annuali.

L'Ottavo rapporto è disponibile, insieme ad una serie di "rapporti brevi" (2-4) ed a molti altri approfondimenti sui programmi di screening, sul sito <http://www.osservatorionazionalecreening.it>.

Il monitoraggio dell'attività dei programmi di screening, attraverso opportuni indicatori, è fondamentale per la verifica delle *performance* dei programmi stessi. I programmi istituzionali, infatti, sono caratterizzati non solo dall'offerta del relativo test di screening, ma anche dalla presenza di sistemi per il monitoraggio della qualità che avviene attraverso il controllo degli indicatori nelle varie fasi organizzative.

Il Rapporto Osservasalute, come di consueto, prende in considerazione, per le sue finalità, gli indicatori più strettamente legati all'attuazione dei programmi, in particolare la diffusione e la capacità di invito, rinviando il lettore interessato agli approfondimenti ed alle pubblicazioni dell'ONS.

L'analisi degli indicatori di diffusione evidenzia che permangono disomogeneità territoriali, peraltro già rilevate nelle precedenti edizioni, sia a livello di diffusione (esistenza del programma) che di capacità di invito della popolazione (operatività del programma) e sia a livello di partecipazione della popolazione stessa. Tali differenze si fanno più evidenti quando si analizza l'effettiva capacità di invito dei programmi piuttosto che la presenza del programma, probabilmente in funzione del fatto che, superata una prima fase di predisposizione organizzativa, segue una complessa fase pratica ed operativa di invito.

Rispetto al precedente anno, nel 2008, l'estensione teorica, cioè la proporzione di donne residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening, passa, per il tumore della mammella, dall'81% all'87%, per il cervicocarcinoma dal 72% al 75% e, per il colon-retto, dal 47% al 53%. L'estensione effettiva, ovvero la proporzione di donne realmente oggetto di invito allo screening, si incrementa per lo screening mammografico (dal 62% al 69%) e per lo screening citologico (dal 55% al 63%); resta stabile (intorno al 37%), invece, per i tumori colorrettali.

La Tabella 1 riporta i dati di trend dell'estensione effettiva dal 2003 al 2008. La crescita è sovrapponibile per mammella ed utero. I programmi per lo screening del tumore del colon segnano una curva di crescita più rapida e spostata verso periodi più recenti, dato che, questi ultimi, sono programmi più "giovani".

Tabella 1 - Percentuale di estensione effettiva nei 3 programmi di screening - Anni 2003-2008

Anni	Mammella	Utero	Colon-retto*
2003	41	41	0
2004	52	51	5
2005	50	51	12
2006	58	52	30
2007	62	55	37
2008	69	63	36

*Sangue Occulto Fecale/Sigmoidoscopia.

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti).

Le differenze geografiche sono evidenti per tutte le tipologie di programma di screening ed, in particolare, per quello della mammella e del colon-retto quando si analizza l'estensione effettiva; infatti, la proporzione di donne che riceve la lettera di invito per la mammografia, è intorno al 90% al Nord e sotto il 40% al Sud, mentre, se si considerano i programmi del colon-retto (indipendentemente dalla metodologia di screening), al Nord si raggiunge il 60% delle persone da invitare ed al Sud solo il 5%. A fronte di questa considerazione non va, però, dimenticato il dato incoraggiante che al Sud, nel 2004, circa il 10% delle donne risiedeva dove era attivo un programma di screening mammografico, mentre nel 2008 si è a poco meno del 70% (5).

Riferimenti bibliografici

(1) Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionalecreening.it.

(2) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia. Screening del tumore dell'utero. Rapporto Breve 2009. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionalecreening.it.

(3) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia. Screening del tumore della mammella. Rapporto Breve 2009. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionalecreening.it.

(4) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia. Screening del tumore del Colon retto. Rapporto Breve 2009. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionalecreening.it.

(5) Zappa M. Diffusione dei programmi di screening in Italia. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionalecreening.it.

Screening mammografico

Significato. L'attivazione di un programma di screening organizzato per il tumore della mammella si basa su invito attivo. La diffusione del programma è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio.

Nel 2008, i programmi di screening censiti dalla *survey* dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), sono stati 135; 5 in più rispetto all'anno precedente (65 al Nord, 39 al Centro e 31 al Sud).

Su base nazionale la popolazione bersaglio è di circa 7 milioni e 420 mila donne di età compresa tra 50-69 anni di cui l'87% risiede in un'area in cui esiste un programma di screening, ma solamente in 15 regioni si raggiunge un'estensione territoriale completa su tutta la popolazione bersaglio.

Benché le regioni che non dispongono dell'estensione teorica completa siano, prevalentemente, localizzate al Sud, nel 2008 la situazione è migliorata (3 regioni su 8, rispetto ad 1 sola regione nel 2007).

Le donne invitate mediante programmi di screening sono state, complessivamente, 2,5 milioni e gli esami eseguiti sono stati 1,35 milioni. Solo poco più del 10% di questi, però, sono stati effettuati nelle regioni del Sud o nelle Isole.

Anche la proporzione di donne che partecipano allo screening rivela differenze geografiche; rispetto ad una partecipazione media del 55%, al Nord si riscontrano valori leggermente più elevati, intorno al 61%, al Centro del 57% ed al Sud del 34% (1).

Percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico organizzato

Numeratore	Donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato	
Denominatore	Popolazione femminile residente di 50-69 anni	x 100

Validità e limiti. La percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico organizzato, è un indicatore della diffusione dei programmi di screening nella fascia d'età bersaglio e fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che, potenzialmente, possono raggiungere le donne del territorio di competenza mediante l'invito, ma non esprime l'effettiva attività di invito, ovvero la proporzione di donne che riceve l'invito stesso. Per questo motivo viene definito come "estensione teorica".

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che, in ogni regione, la totalità delle donne nella fascia di età 50-69 anni sia inserita in un programma di screening mammografico.

Descrizione dei risultati

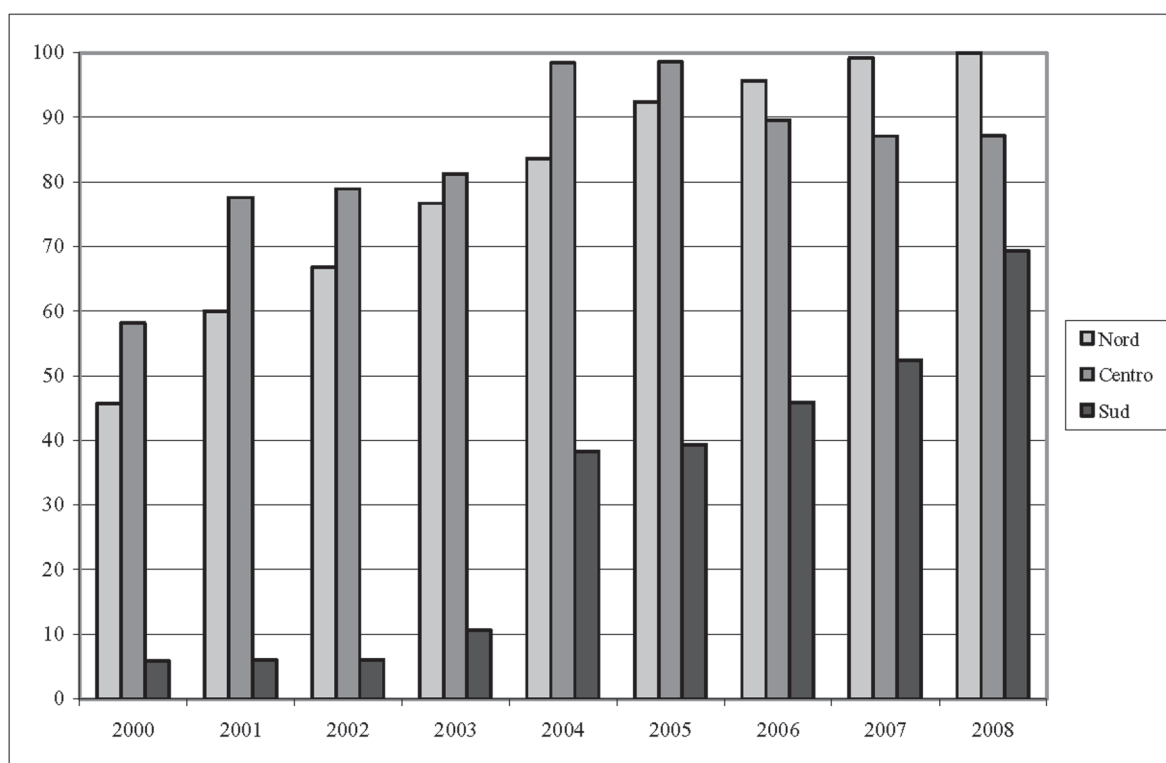
Il Grafico 1 riporta l'andamento temporale dell'estensione teorica degli ultimi anni distinto per macroaree. A livello nazionale, nel 2008, l'estensione teorica ha raggiunto l'87,3% della popolazione obiettivo, con un buon incremento rispetto all'anno precedente (era 81,4%). Tale crescita, essendo l'estensione teorica

ormai completa al Nord e stabile al Centro (87,2%), è in buona parte attribuibile all'aumento dei programmi di screening nelle regioni del Sud dove si è passati dal 52,4% del 2007 al 69,3%. Si attenua, quindi, da questo punto di vista, lo squilibrio precedentemente evidenziato.

Al Sud 3 regioni su 8 hanno raggiunto l'estensione teorica completa (Basilicata, Molise e Calabria) cui seguono la Campania (85,5%), la Puglia (77,3%), l'Abruzzo (67,4%), la Sardegna (42,2%) e la Sicilia (33,1%), mentre al Centro il Lazio raggiunge il 73%. La proporzione delle donne tra 50 e 69 anni che riceve la lettera di invito da un programma di screening, è passata, rispettivamente, dall'81% all'89% al Nord, dal 74% al 77% al Centro e dal 27% al 38% al Sud. La media nazionale (69,2%) è in lieve aumento rispetto all'anno precedente (il dato relativo alle singole regioni non è stato ancora elaborato).

La maggiore discrepanza tra estensione teorica ed effettiva al Sud può essere, in parte, spiegabile dal fatto che i programmi avviati da poco tempo hanno, in genere, minore capacità di invito.

Grafico 1 - Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per macroarea - Anni 2000-2008



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti).

Raccomandazioni di Osservasalute

Per quanto riguarda la diffusione dei programmi di screening mammografico si assiste, quindi, ad una lenta, ma progressiva crescita, più evidente al Sud, dove, però, l'estensione effettiva e la partecipazione sono più basse che altrove.

Si confermano le raccomandazioni già espresse nelle precedenti edizioni di questo rapporto: l'omogeneità territoriale dell'offerta dei programmi di screening a livello nazionale è certamente un obiettivo da perseguire unitamente al consolidamento delle attività. È

opportuno che sia garantito sul territorio lo sviluppo dello screening mammografico nelle aree dove stenta ad avviarsi e che, laddove i programmi organizzati siano già avviati, questi raggiungano e mantengano la piena attività di invito.

Riferimenti bibliografici

(1) Giorgi D, Giordano L, Leonardo Ventura L, Alfonso Frigerio A, Eugenio Paci E, Marco Zappa M. Lo screening mammografico in Italia: survey 2008. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionale screening.it.

Screening per il cervicocarcinoma uterino

Significato. Lo screening citologico per il tumore del collo dell'utero permette la diagnosi di lesioni pre-invasive e/o invasive consentendo di interrompere lo sviluppo del cancro verso la progressione a stadi più avanzati. Per tale motivo, è auspicabile che, in tutte le regioni, siano organizzati programmi di screening specifici rivolti alla popolazione obiettivo femminile. Nell'Ottavo rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) (1), sono stati pubblicati i risultati della *survey* relativa ai programmi per lo screening del cervicocarcinoma uterino attivi nel nostro Paese nel 2008. I programmi risultati attivi sono 120.

Percentuale di donne inserite in un programma di screening citologico organizzato

Numeratore	Donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato
Denominatore	Popolazione femminile residente di 25-64 anni

x 100

Validità e limiti. L'indicatore è riferito alla diffusione dei programmi attivi, cioè alla proporzione di donne che, nel 2008, risiede in un territorio nel quale è attivo un programma di screening.

Fornisce informazioni rispetto alla diffusione dei programmi, ma non rispetto alla capacità del programma di invitare, globalmente e regolarmente, la popolazione obiettivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Tutte le donne di 25-64 anni dovrebbero essere inserite in un programma organizzato di screening per il tumore del collo dell'utero.

Descrizione dei risultati

Al Nord, la proporzione di donne che, nel 2008, risiede in un territorio nel quale è attivo un programma di screening, si incrementa lievemente rispetto all'anno precedente e si colloca al 68,4%, al Centro raggiunge il 98% (era 91,9%) ed al Sud si assiste ad un netto miglioramento passando dal 68,7% all'80,4% (Grafico 1).

Le regioni sono state classificate in base alla tipologia di attivazione.

Alcune regioni avevano un programma regionale unico, destinato a tutta la popolazione obiettivo, mentre

La popolazione obiettivo a cui si rivolgono i programmi organizzati, ha subito un incremento di circa 1 milione e 200 mila unità assestandosi a 13 milioni di donne di età compresa tra i 25-64 anni. Tale quota, è pari al 78,4% della popolazione femminile nella stessa fascia d'età.

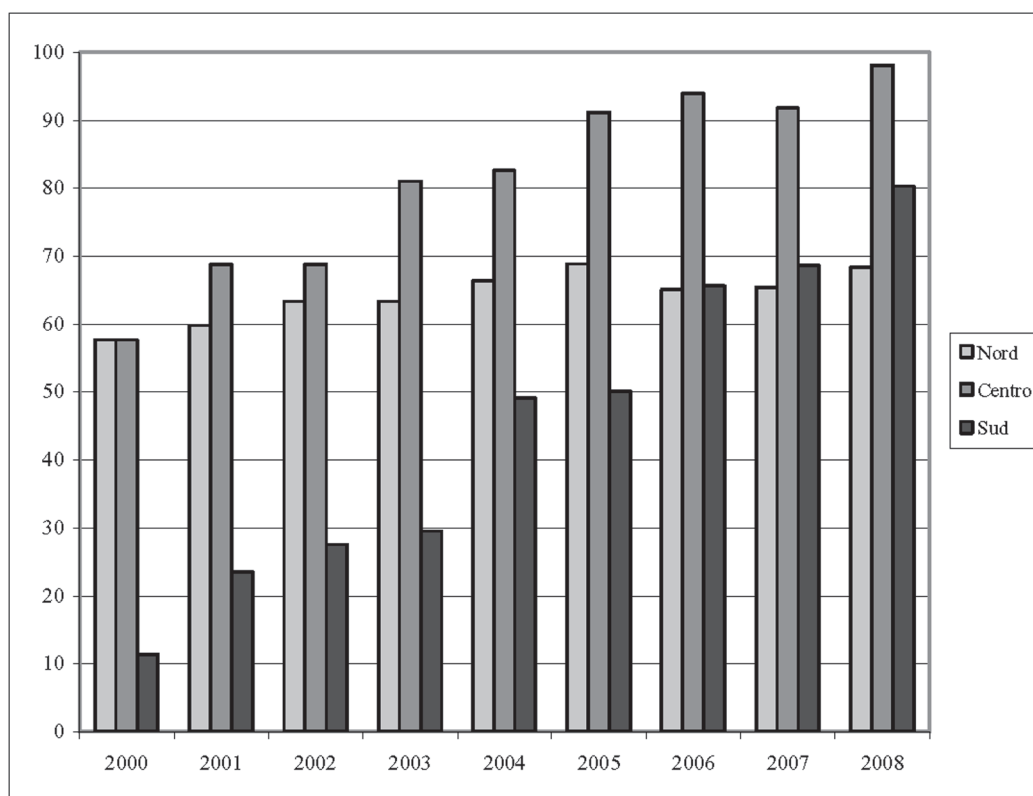
Nel corso del 2008 si assiste, quindi, ad un incremento più rilevante di quelli precedentemente riscontrati, soprattutto per quanto riguarda le regioni del Sud dove l'estensione teorica dei programmi ha ormai raggiunto e superato quella del Nord.

in altre il programma regionale comprendeva programmi locali (Tabella 1).

Sono state considerate, ad attivazione totale, quelle che includevano, nei programmi attivi, tutta la popolazione obiettivo indipendentemente dalla presenza di un programma regionale.

Il miglioramento della diffusione dei programmi al Sud è, certamente, un dato positivo che deve, però, trovare riscontro anche in termini di reale capacità di invito e di adesione al programma da parte della popolazione femminile. Lo standard della proporzione di donne da invitare, per uno screening a regime, data la periodicità triennale raccomandata per l'esecuzione del Pap Test, corrisponde ad $\frac{1}{3}$ della popolazione obiettivo (33,3%). Con riferimento a questo standard, i programmi sono stati in grado di invitare, complessivamente, nel 2008, il 25,3% della popolazione obiettivo (29,5% al Nord, 26,2% al Centro, 19,8% al Sud ed Isole).

Anche la proporzione di partecipazione riflette un trend analogo. A fronte di un valore medio nazionale del 39,7%, le macroaree geografiche evidenziano proporzioni di partecipazione più elevate al Nord (47,7%) ed al Centro (40,2%) che al Sud ed Isole (27,7%).

Grafico 1 - Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino, per macroarea - Anni 2000-2008

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti).

Tabella 1 - Livello di attivazione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino, per regione - Anno 2008

Programma regionale unico	Regioni con attivazione totale	Regioni con attivazione parziale
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	Piemonte	Lazio (95,8%)
Trento	Veneto	Sicilia (45,7%)
Bolzano-Bozen	Emilia-Romagna	Sardegna (58,4%)
Friuli Venezia Giulia	Toscana	Lombardia (28,3%)
Molise	Umbria	Calabria (90,1%)
Basilicata	Abruzzo	Campania (94,7%)
	Marche	Puglia (93,5%)

Riferimenti bibliografici

(1) Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Barca A, Angeloni C, Giaimo MD, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di

processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionale screening.it.

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Nel corso degli ultimi anni sono state avviate varie iniziative di screening del carcinoma del colon-retto e l'espansione dell'offerta di interventi di screening per questo tumore ha avuto un forte impulso a seguito dell'approvazione della Legge n. 138/2004.

Alla fine del 2004 risultavano attivi 18 programmi di screening, questo numero è salito a 52 alla fine del 2005 ed a 69 alla fine del 2006. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella legge prevedeva che, tutte le regioni, attivassero programmi di screening dei tumori colon-rettali in grado di coprire almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007.

Nel corso del 2007, però, la tendenza all'espansione dei programmi ha mostrato una flessione. Sono stati attivati, infatti, solo 4 nuovi programmi e c'è stata la sospensione temporanea del programma regionale della Basilicata. L'attuazione di misure, finalizzate specificamente a sostenere l'attività dei programmi nelle regioni del Sud, ha avuto, nel corso del 2008, un impatto positivo sull'espansione dei programmi che sono arrivati a coprire il 53% della popolazione bersaglio, con un incremento di attività concentrato nelle regioni meridionali e nelle Isole.

Nel 2008, rispetto all'anno precedente, nonostante l'attivazione di nuovi programmi, c'è stato un lieve calo nella quota di quelli che hanno raggiunto l'80% della popolazione bersaglio mediante l'invito, passata dal 54% al 47%; ciò, può essere spiegato dal fatto che, spes-

so, tali programmi hanno svolto la loro attività solo per una parte dell'anno.

I test proposti nell'ambito di programmi di screening di popolazione sono il test per la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e la sigmoidoscopia (FS). Non viene raccomandato un unico modello di intervento da estendere all'intero territorio nazionale, ma si indica, come obiettivo da perseguire in modo coordinato a livello nazionale, la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening. Il Gruppo Italiano Screening ColoRettali (GISCoR) ha pubblicato un manuale (1) che definisce gli indicatori per il monitoraggio dell'attività e della qualità dei programmi ed i relativi standard. Questi indicatori sono utilizzati per il monitoraggio dei programmi nazionali sulla base dei dati della *survey* annuale condotta dall'Istituto Oncologico Veneto per conto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), in collaborazione con il GISCoR. Sono disponibili dati di dettaglio relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi nel 2008, pubblicati nell'Ottavo Rapporto dell'ONS (2). La percentuale di persone interessate da programmi di screening dei tumori colon-rettali rispetto alla popolazione nella fascia d'età bersaglio dei programmi¹, costituisce l'estensione teorica; in essa, viene considerata come popolazione di riferimento la popolazione a cui è rivolto il programma di screening, cioè la popolazione residente nel territorio su cui esiste il programma.

Percentuale di persone inserite in un programma di screening colorettales

Numeratore	Persone nella classe di età bersaglio inserite in un programma organizzato di screening colorettales	x 100
Denominatore	Popolazione residente in età bersaglio	

Validità e limiti. L'estensione teorica è un indicatore della diffusione dei programmi e fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che, potenzialmente, possono invitare gli assistiti del loro territorio di competenza, ma non sulla effettiva attività di invito.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità della popolazione, nella classe d'età bersaglio, sia inserita in un programma di screening organizzato, date le premesse organizzative ed economiche e rispettando quanto disposto dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Descrizione dei risultati

I risultati dell'indagine nazionale indicano che, alla

fine del 2008, il 52,9% della popolazione di età compresa tra 50-69 anni è residente in aree coperte da un programma di screening (73,3% al Nord, 56,3% al Centro e 21,4% al Sud) (Grafico 1).

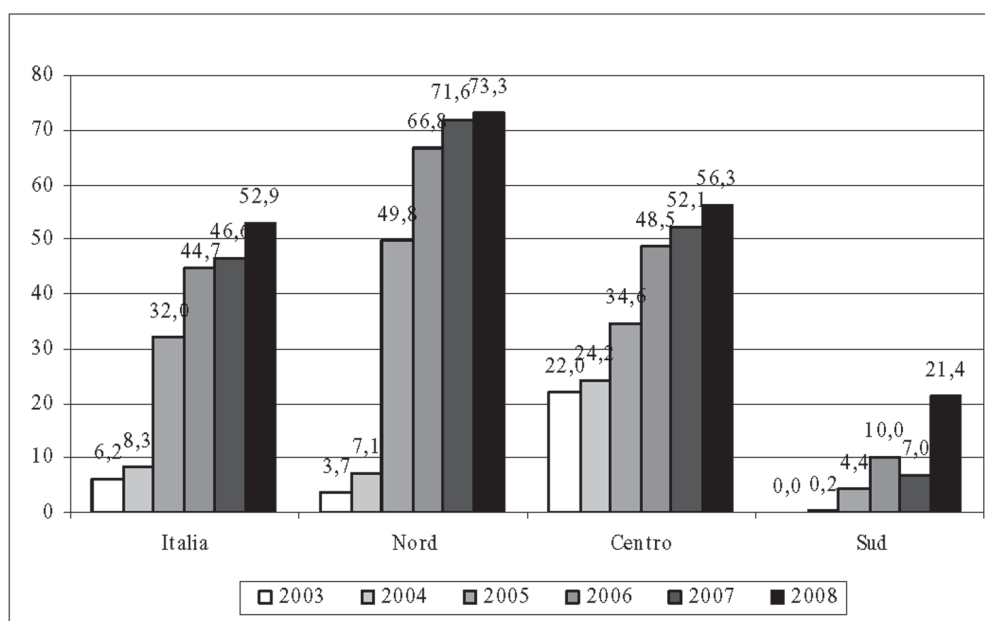
Si stima che, la proporzione di soggetti inclusi nella popolazione bersaglio dei programmi che ha effettivamente ricevuto un invito, sia di circa il 79% per i programmi che utilizzano il FOBT e del 67% per quelli che utilizzano la FS. 16 regioni hanno attivato almeno 1 programma e 9 (Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Basilicata) hanno 1 programma esteso su tutto il territorio regionale (Tabella 1).

¹Per i programmi che utilizzano la FS:

- la popolazione bersaglio è costituita ogni anno dalla coorte di nascita dei 58enni (Piemonte) o 60enni (Veneto). In questi programmi è, inoltre, previsto l'invito ad effettuare il FOBT biennale a tutti i soggetti di età compresa tra 59-69 anni al momento dell'avvio del programma con FS. In Piemonte è, inoltre, prevista la possibilità di scegliere lo screening con FOBT biennale per i soggetti che rifiutano la FS.

Per i programmi che utilizzano il FOBT:

- la popolazione bersaglio è costituita ogni anno dal 50% della popolazione di età compresa tra 50-69 anni.

Grafico 1 - Percentuale di persone nella classe di età bersaglio inserite in un programma di screening organizzato coloretale per macroarea - Anni 2003-2008

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti).

Tabella 1 - Livelli di attivazione per regione - Anno 2008

Regioni	N programmi	Estensione Teorica %	N persone invitate
Piemonte**	6	26,7	57.269
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1*	100,0	10.276
Lombardia	15*	100,0	1.139.599
Trentino-Alto Adige	1*	100,0	17.831
Veneto	18	73,3	265.793
Friuli Venezia Giulia	1*	100,0	32.564
Emilia-Romagna	11*	100,0	518.433
Toscana	12*	100,0	332.884
Umbria	4*	100,0	69.538
Lazio	4	33,7	35.132
Abruzzo	6	100,0	21.850
Molise	1*	100,0	32.392
Campania	4	25,2	41.247
Basilicata	1*	100,0	9.734
Calabria	1	6,3	8.269
Sardegna	1	32,0	600
Italia	87	52,9	2.593.411

*Programmi su scala regionale.

**In Piemonte il programma di screening si rivolge alle persone di età compresa tra 58-69 anni.

Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009.

Riferimenti bibliografici

(1) Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori coloretali. Manuale operativo. a cura di: M. Zorzi, P. Sassoli de' Bianchi, G. Grazzini, C. Senore e il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISCO. Epidemiol Prev. 2007; 31 (1 Suppl): 1-56.

(2) Zorzi M, Baracco S, Fedato C, Grazzini G, Naldoni C, Sassoli de' Bianchi P, Senore C, Vettorazzi M, Beatriz Visioli C. Lo screening coloretale in Italia: survey 2008. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile all'indirizzo: www.osservatorionazionale screening.it.