

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Come nelle precedenti edizioni, il Capitolo affronta i principali comportamenti a rischio degli italiani e le possibili strategie finalizzate alla loro rimozione, da attuare soprattutto mediante attività di promozione della salute.

Riguardo l'abitudine al fumo di tabacco, nel 2010, la quota di fumatori con età >14 anni è del 22,8% confermando il trend segnalato negli ultimi anni. Pur non emergendo grandi differenze territoriali, rispetto al 2009, si evidenzia un lieve aumento in Campania (26,1% vs 22,8%) e nel Lazio (26,7% vs 24,6%) ed una diminuzione in Emilia-Romagna (22,3% vs 24,6%) e nel Veneto (20,2% vs 22,3%).

Le differenze di genere appaiono significative: la quota di uomini che fumano è pari al 29,2% - diminuita dal 2001 di circa 2 punti percentuali - mentre quella delle fumatrici si mantiene invariata, pari al 16,9%.

L'abitudine è diffusa, soprattutto, tra i soggetti di 25-34 anni (uomini 39,7%; donne 24,4%).

Ancora, tra i non fumatori prevalgono le donne rispetto agli uomini (64,7% vs 38,3%), mentre tra gli ex-fumatori questi ultimi sono quasi il doppio rispetto alle prime (30,7% vs 16,7%). La prevalenza degli ex-fumatori è segnalata in lenta, ma costante crescita: 20,2% nel 2001; 23,4% nel 2010.

La Convenzione dell'Organizzazione Mondiale di Sanità sul controllo del tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control*) ribadisce il diritto di tutte le persone nell'aspirare al più alto livello di salute ed, alla luce dei progressi non ancora sufficienti, impegna gli Stati membri ad adottare strategie *evidence based* di regolamentazione che siano alla portata di tutti i Paesi.

Le regioni, alla luce dei risultati di un progetto del Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie avviato nel 2004, hanno condiviso una strategia unitaria per la lotta al tabagismo, aderendo al documento programmatico in materia di prevenzione, sostegno alla disassuefazione, controllo del fumo passivo ed azioni di comunicazione ed informazione. Ciononostante, nel nostro Paese fuma ancora 1 persona su 4, prevalentemente giovani di 25-34 anni. Un ulteriore sforzo si rende, dunque, necessario per ampliare e valorizzare sia l'offerta delle opportunità per smettere di fumare, sia i programmi di educazione alla salute rivolti agli adolescenti per contrastare l'iniziazione al fumo o favorirne l'abbandono il prima possibile.

Articolata e ricca di informazioni è la parte dedicata all'abitudine all'alcol.

Per quanto riguarda i non consumatori la prevalenza, nel 2009, pari al 28,7%, si mantiene stabile rispetto all'anno precedente; coloro che non hanno mai bevuto (astemi) diminuiscono di 1,0 punto percentuale; tale fenomeno è evidente, soprattutto, in Abruzzo (9,0 punti percentuali).

La prevalenza dei consumatori a rischio è pari al 25,0% negli uomini ed al 7,3% nelle donne, senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione. Quella dei soggetti più giovani (11-18 anni) è, nei due generi, rispettivamente 17,7% e 11,5% e non si evincono differenze significative a livello regionale.

La prevalenza di *binge drinker* è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario sia per gli uomini (in tutte le regioni ad eccezione di Liguria, Toscana e Puglia) sia per le donne (dato rilevato in molte regioni).

Nella fascia di età 19-64 anni, per entrambi i generi, le realtà a maggior rischio risultano essere Piemonte-Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna.

I tassi di prevalenza dei 65-74enni a rischio non presentano variazioni statisticamente significative tra gli uomini rispetto al dato nazionale (47,7%), ad eccezione della Sicilia (26,4%); per le donne, i valori sono più disomogenei rispetto al valore nazionale (14,1%).

Nelle fasce di età 65-74 e 75 anni ed oltre la prevalenza dei consumatori a rischio è, in tutte le regioni, statisticamente più elevata tra gli uomini rispetto alle donne e non si registrano variazioni significative rispetto agli anni passati.

I trend di un possibile *outcome* positivo o di successo nella lotta all'alcol, sono ancora insoddisfacenti.

Il vero ostacolo all'implementazione di strategie di riduzione del consumo è rappresentato, verosimilmente, proprio dallo zoccolo duro dei consumatori a rischio.

Ogni età ed ogni generazione ha il suo modello di rischio ed insieme ad esso le sue bevande di riferimento.

I giovanissimi e gli anziani hanno in comune un elevato impatto con l'alcol, correlato con stili e modelli di rischio basati, per i primi, sul *binge drinking* e, per i secondi, sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino anche contestualizzata ai pasti.

Interessanti le riflessioni che emergono dai dati di mortalità, morbosità, ricoveri, disabilità ed invalidità alcol correlate.

Viene ribadita, infine, la necessità di individuare precocemente il rischio alcol correlato, di favorire la svalorizzazione dell'uso di bevande alcoliche da parte di minori e giovanissimi e di attuare una forte iniziativa di informazione e sensibilizzazione tra gli anziani, favorendo la diffusione di informazioni valide e corrette.

In riferimento ai profili alimentari, nel 2009, si registra per la prima volta una flessione della frequenza di coloro che dichiarano di consumare 5 e più porzioni al giorno di "Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF)" (indicatore obiettivo).

In particolare, l'indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" segnala, per la prima volta dal 2005, un calo seppur limitato del numero di porzioni consumate/giorno (4,8% vs 5,7%). Occorre, quindi, monitorare il fenomeno a livello regionale, mettendo in relazione la qualità della dieta sia con la prevalenza di sovrappeso/obesità sia con la distribuzione della popolazione secondo le soglie di povertà (assoluta e relativa).

Relativamente ai profili alimentari territoriali, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di VOF è pari al 4,8% (-0,9% rispetto al 2008), mostrando una flessione dovuta allo slittamento complessivo, verso valori più bassi, dell'indicatore su tutto il territorio nazionale per il quale si conferma un netto gradiente geografico. La percentuale di persone che raggiunge o supera le 5 porzioni/giorno di VOF resta più elevata laddove è più frequente l'abitudine di pranzare in mensa o al ristorante; nel complesso appare, comunque, limitata, interrompendo il lieve trend positivo riscontrato nel recente passato.

Importanti risultati scaturiscono dall'analisi dell'indicatore obiettivo allorché correlato al consumo di olio di oliva per condire a crudo ed all'attenzione al consumo di sale.

Gli Autori raccomandano il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica che, insieme all'educazione alimentare, sarebbero da far accrescere e migliorare anche tra i produttori e gli operatori della ristorazione.

Riguardo al sovrappeso ed all'obesità, l'attuale loro diffusione rappresenta un problema prioritario di Sanità Pubblica a livello mondiale, problema che impatta in maniera rilevante sui sistemi sanitari nazionali.

I risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica segnalano in sovrappeso più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) ed obesa 1 persona su 10 (10,3%). Nel nostro Paese, risulta in eccesso ponderale il 45,9% delle persone con età ≥ 18 anni, con considerevoli differenze territoriali e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud segnalato in passato. Per quanto riguarda l'obesità, il dato nazionale risulta sostanzialmente inalterato rispetto alle precedenti rilevazioni.

Sovrappeso ed obesità sono più diffuse tra gli uomini rispetto alle donne (sovrappeso 44,3% vs 27,6%; obesità 11,1% vs 9,6%), con valori percentuali, nel periodo 2001-2010, in aumento sia dei soggetti in sovrappeso (33,9% vs 35,6%) che degli obesi (8,5% vs 10,3%).

Gli Autori riferiscono i risultati sperimentali rilevati in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale che segnalano obesa circa un quarto della popolazione studiata, valore ben più alto rispetto a quello ottenuto grazie ai dati auto-riferiti. Ancora, l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera 2001-2009 evidenzia che, a fronte di circa 40.000 ricoveri attribuiti ogni anno all'obesità ed ai disturbi da iperalimentazione come diagnosi principale, se ne registrano altri 110 mila nei quali l'obesità è indicata fra le diagnosi secondarie.

Particolarmente preoccupanti i dati sui bambini sovrappesi o obesi tra i quali la prevalenza è pari, rispettivamente, a 23,0% e 11,0%, con valori più alti nelle regioni del Centro e del Sud del Paese.

Appare dunque necessario, 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, per un'attenta analisi dei risultati, nonché programmare adeguate iniziative di comunicazione rivolte a specifici gruppi di popolazione.

Per quanto riguarda lo sport e l'attività fisica, il 22,8% della popolazione italiana con età ≥ 3 anni dichiara di praticare con continuità, nel tempo libero, uno o più sport; il 10,2% lo pratica in modo saltuario; il 28,2% dichiara di svolgere qualche attività fisica (fare passeggiate per almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta etc); il 38,3% sono, invece, i soggetti sedentari.

L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni. Esiste un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di una qualsiasi attività fisica nella PA di Bolzano (38,3%) ed in Veneto (29,4%); valori più bassi sono registrati in Campania (14,7%) ed in Sicilia (15,7%).

L'interesse per lo sport diminuisce con l'età, mentre cresce quello per l'attività fisica. Tra i 25 ed i 74 anni aumentano in modo continuo le persone che svolgono qualsiasi tipo di attività fisica (37,6%); dopo i 75 anni, invece, sono segnalati in aumento i soggetti sedentari (68,2%), soprattutto tra le donne.

In entrambi i generi, la quota di persone che praticano sport in modo continuativo risulta in crescita rispetto al 2001, passando da 19,1% a 22,8%. Al contempo, la percentuale dei sedentari è diminuita dal 40,3% al 38,3% ed, in particolare, tra le donne è scesa dal 46,1% al 42,8%.

Nonostante tali risultati incoraggianti, più di un terzo della popolazione italiana si dichiara sedentaria. Promuovere l'attività fisica rappresenta un'azione di Sanità Pubblica prioritaria. Sia il Piano Sanitario Nazionale che il Piano Nazionale della Prevenzione, infatti, sottolineano l'importanza dell'attività fisica il cui svolgimento deve essere favorito in ogni modo, soprattutto "rendendo facili" per i cittadini la scelta del movimento.

L'ultima parte del Capitolo è dedicata ai programmi di screening organizzato il cui sviluppo, in Italia, prosegue con lenta, ma costante crescita. Come di consueto gli Autori prendono in considerazione gli indicatori maggiormente legati all'attuazione di tali programmi ed alla loro capacità di invito.

I "Rapporti Brevi" 2009 riportano che, in Italia, l'estensione teorica risulta complessivamente pari a circa il 93% per lo screening mammografico, al 77% per quello del cervicocarcinoma ed al 59% per il tumore del colon-retto. L'estensione effettiva, invece, si attesta, rispettivamente, al 70,7%, 66% e 40%.

Relativamente alla prevenzione del tumore della mammella le disomogeneità relative all'estensione teorica sono, attualmente, meno evidenti tra Nord e Sud. L'offerta dello screening mammografico è sostanzialmente completa al Nord ed al Centro. Nelle regioni del Sud e nelle Isole, sebbene recuperino le differenze degli anni precedenti, i livelli di partecipazione sono inferiori a quelli del Nord (circa 40% vs 61%) e ciò, unitamente alle differenze in termini di reale capacità di invito, riduce l'impatto del programma.

Relativamente al cervicocarcinoma, nel Sud e nelle Isole, per quanto attivati più tardivamente, i programmi di screening organizzato hanno raggiunto da qualche anno un'estensione teorica superiore a quella del Nord.

Tuttavia, per l'efficacia del programma stesso, l'estensione teorica deve trovare supporto nella capacità di invito, nella partecipazione della popolazione *target* ed in ulteriori indicatori di qualità.

I "Rapporti Brevi" dei trienni 2003-2005 e 2006-2008 evidenziano come la partecipazione sia passata dal 44% al 47% al Nord, dal 36% al 39% al Centro e dal 23% al 27% al Sud ed Isole.

Nel caso dei programmi di screening per i tumori del colon-retto, negli ultimi 2 anni, nonostante vi sia stato un incremento delle attività anche nelle regioni meridionali e nelle Isole, la copertura rimane insufficiente al Sud dove supera di poco il 20% e dove ci sono regioni in cui tali programmi ancora non sono attivi. Le differenze geografiche si amplificano ulteriormente quando si considera la copertura da inviti: solo il 40% dei programmi ha invitato tutta la popolazione eleggibile (circa il 70% al Nord e solo il 5% al Sud).

I risultati dell'indagine nazionale indicano che il 59% della popolazione di età compresa tra 50-69 anni risiede in aree coperte da un programma di screening (83% al Nord; 72% al Centro; 21% al Sud), con un netto miglioramento rispetto al passato, segnalato soprattutto al Centro. Relativamente al livello di attivazione, anche per lo screening del tumore del colon-retto, si accentuano le differenze geografiche ed il divario si fa più evidente se si considera l'estensione effettiva (circa il 64-65% al Nord vs il 5-6% del Sud).

In conclusione, gli Autori confermano quanto raccomandato nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute: l'omogeneità territoriale dell'offerta, insieme al consolidamento delle attività, sono obiettivi da perseguire su tutto il territorio nazionale. A riguardo ricordano come una parte specifica del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 indichi gli obiettivi e gli strumenti da perseguire per gli screening tra i quali il potenziamento e l'estensione dei programmi organizzati ed il contrasto alle inapproprietezze dello screening opportunistico.

Fumo di tabacco

Significato. Il fumo di tabacco è causa nota di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, comprese diverse forme di cancro, e rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto passivamente.

Dal Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sullo stato di attuazione delle politiche globali di controllo del tabacco, emerge che il fumo di tabacco uccide circa 6 milioni di persone ogni anno e causa centinaia di miliardi di dollari di danni alle economie in tutto il mondo. Se le tendenze attuali si confermeranno, nel 2030 più di 8 milioni di persone moriranno ogni anno a causa del fumo (1).

Recentemente, la Commissione Europea ha pubblicato i dati relativi al sondaggio di Eurobarometro sul consumo di tabacco dal quale si evidenzia che, nono-

stante nei Paesi dell'Unione Europea (UE) il numero dei fumatori sia in calo, un terzo degli europei fuma ancora ed, ogni anno, muoiono prematuramente a causa del fumo 650 mila persone, 19.000 di queste per effetto dell'esposizione al fumo passivo (2).

In Italia, si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno ed oltre il 25% di questi decessi coinvolge soggetti tra i 35-65 anni (3). Anche se negli ultimi 50 anni si è assistito, in Italia come nel resto del mondo occidentale, ad una graduale diminuzione dei fumatori, nel nostro Paese il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile (3).

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

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

Numeratore	Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni ed oltre	

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" condotta nel febbraio 2010 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 49.000 individui. La rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2010, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 22,8%. Il dato si conferma, complessivamente, stabile negli ultimi anni. Nel confronto con l'anno 2009 (dati non mostrati), non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo; si riscontra, infatti, solo una leggera prevalenza nelle regioni centrali (24,7%). Un aumento dei fumatori si evidenzia soprattutto in Campania (26,1% vs 22,8%) e nel Lazio (26,7% vs 24,6%), mentre una diminuzione si osserva in Emilia-Romagna (22,3% vs 24,6%) ed in Veneto (20,2% vs 22,3%) (Tabella 1). La prevalenza di ex-fumatori, nel periodo compreso tra il 2001 (20,2%) ed il 2010 (23,4%), è in lenta, ma costante crescita (Tabella 2); gli ex-fumatori risultano maggiormente

concentrati nelle regioni del Nord-Est (Veneto 27,9% e Friuli Venezia Giulia 26,7%) rispetto al Meridione (Campania 19,4% e Sicilia 19,4%). Non vi sono, invece, variazioni geografiche rilevanti per quanto riguarda la prevalenza dei non fumatori (52,0%).

Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 12,7, in netta diminuzione rispetto al 2001 dove erano 14,7 (Tabella 2); tale quantità aumenta scendendo verso le regioni del Sud (Tabella 1).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 29,2%, mentre le donne il 16,9% (Tabella 3). Dal 2001, la quota dei fumatori è diminuita di circa 2,0 punti percentuali, mentre per le fumatrici il rispettivo dato si è mantenuto sostanzialmente invariato (Tabella 2).

Il tabagismo è più diffuso nei giovani adulti ed, in particolare, tra i 25-34 anni, fascia di età in cui si concentra un terzo del campione (32,3%). Considerando separatamente uomini e donne, la percentuale raggiunge quasi il 39,7% negli uomini di 25-34 anni, mentre nelle donne ambedue le classi di età 25-34 e 45-54 anni presentano la medesima percentuale (24,4%). I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due generi; infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (64,7%) rispetto al genere maschile (38,3%), mentre gli ex-fumatori, tra gli uomini, sono quasi il doppio (30,7%) rispetto alle donne (16,7%) (Tabella 3).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per regione - Anno 2010

Regioni	Fumatori (%)	Ex-Fumatori (%)	Non Fumatori (%)	N medio di sigarette fumate al giorno
Piemonte	22,4	24,5	51,1	11,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,8	25,2	54,3	12,0
Lombardia	22,7	24,3	51,2	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>21,8</i>	<i>21,9</i>	<i>54,0</i>	<i>11,5</i>
<i>Trento</i>	<i>17,9</i>	<i>26,1</i>	<i>53,1</i>	<i>10,5</i>
Veneto	20,2	27,9	49,7	11,5
Friuli Venezia Giulia	21,6	26,7	50,0	11,2
Liguria	20,8	25,4	52,4	12,1
Emilia-Romagna	22,3	25,9	50,6	12,3
Toscana	22,6	25,4	50,7	12,6
Umbria	23,4	24,5	50,5	13,0
Marche	23,0	22,2	52,5	11,6
Lazio	26,7	23,7	47,1	13,5
Abruzzo	21,8	23,1	52,8	13,5
Molise	21,0	21,3	55,9	13,7
Campania	26,1	19,4	53,8	14,5
Puglia	22,2	20,0	56,9	12,9
Basilicata	21,3	20,7	55,2	13,4
Calabria	20,5	19,9	58,2	13,2
Sicilia	22,7	19,4	55,8	14,6
Sardegna	21,3	25,8	49,6	12,8
Italia	22,8	23,4	52,0	12,7

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudini al fumo per regione. Anno 2010

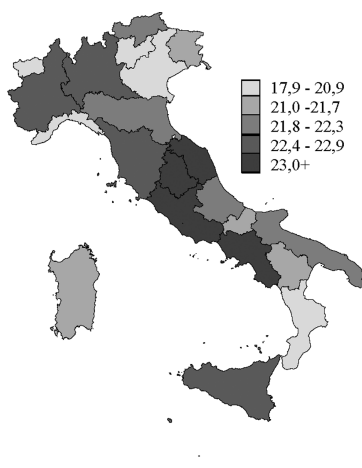


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per genere - Anni 2001-2010

Anni	Fumatori			Numero medio di sigarette fumate al giorno			Ex-Fumatori		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2001	31,0	16,9	23,7	16,4	11,9	14,7	27,6	13,3	20,2
2002	30,7	17,0	23,6	15,8	12,0	14,4	28,3	13,8	20,8
2003	30,9	17,2	23,8	15,4	11,6	14,0	28,6	14,2	21,1
2005	28,3	16,2	22,0	14,7	11,0	13,3	30,4	15,0	22,4
2006	28,8	17,0	22,7	14,8	11,2	13,4	30,5	15,7	22,8
2007	28,2	16,5	22,1	14,8	11,1	13,4	30,0	15,7	22,5
2008	28,6	16,3	22,2	14,9	11,1	13,5	30,4	15,9	22,9
2009	29,5	17,0	23,0	14,5	11,0	13,2	29,8	15,8	22,5
2010	29,2	16,9	22,8	13,9	10,9	12,7	30,7	16,7	23,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	N medio sigarette al giorno
14-17	9,4	3,6	85,6	6,1	6,4	4,0	87,2	5,3	8,0	3,8	86,4	5,8
18-19	32,4	7,6	59,0	8,2	19,9	6,3	72,4	8,8	26,6	7,0	65,3	8,4
20-24	35,2	7,5	54,5	10,9	18,6	7,7	70,5	7,9	26,9	7,6	62,5	9,8
25-34	39,7	16,3	41,4	12,7	24,4	15,9	58,0	9,7	32,3	16,1	49,5	11,6
35-44	36,7	22,9	38,7	14,4	19,0	18,5	60,8	10,9	27,7	20,7	49,9	13,2
45-54	34,0	31,0	33,7	16,1	24,4	22,1	52,1	12,2	29,1	26,4	43,1	14,4
55-59	29,5	40,1	29,4	16,7	20,2	21,7	57,1	12,1	24,7	30,7	43,5	14,8
60-64	25,4	45,6	27,3	15,9	16,3	20,8	61,1	13,3	20,8	33,0	44,4	14,8
65-74	17,5	53,6	27,4	14,2	10,5	16,9	71,1	10,6	13,7	33,5	51,3	12,6
≥75	9,9	59,9	27,7	11,1	3,8	12,4	82,0	9,7	6,2	31,2	60,6	10,6
Totale	29,2	30,7	38,3	13,9	16,9	16,7	64,7	10,9	22,8	23,4	52,0	12,7

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La Convenzione dell'OMS sul controllo del tabacco (WHO *Framework Convention on Tobacco Control*), sviluppata come risposta alla globalizzazione del fenomeno del tabagismo, ribadisce il diritto di tutte le persone nel tendere al più alto livello di salute ed impegna gli Stati membri ad adottare, per tale fine, una strategia *evidence based* di regolamentazione.

Nell'ultimo rapporto si evidenzia come i progressi compiuti non siano ancora sufficienti e si propongono, di conseguenza, strategie alla portata di tutti i Paesi; in particolare, la riduzione della domanda e dell'offerta di tabacco, la sorveglianza della prevalenza del tabagismo, l'aumento del costo dei prodotti del tabacco ed il rafforzamento dei sistemi per il controllo del tabagismo (4).

In Europa, l'attenzione al problema fumo ha dato luogo a diverse iniziative ed atti; tra il 2001-2004 ci si è concentrati sulla legislazione che regola i contenuti delle sigarette, le caratteristiche delle avvertenze generali e la pubblicizzazione dei prodotti. Tra gli atti più recenti la Commissione Europea ha presentato il

"Green Paper-Towards a Europe free from Tobacco smoke: policy options at EU level" che prospetta le possibili legislazioni sul fumo passivo, sia autonome che comunitarie.

In Italia, nel 2004 è stato avviato un progetto, elaborato dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie e dal Ministero della Salute, nell'ambito del sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo con l'obiettivo di condividere le strategie attuate su tutto il territorio e confrontare le Linee Guida messe a punto sia a livello nazionale che locale. Le regioni hanno condiviso una strategia unitaria per la lotta al tabagismo, aderendo al documento programmatico in materia di prevenzione, sostegno alla disassuefazione, controllo del fumo passivo ed azioni di comunicazione ed informazione (5).

Nonostante queste iniziative, però, ancora una persona su quattro (22,8%) risulta fumatrice; in particolare, la prevalenza più alta e preoccupante si riscontra nei giovani (25-34 anni). Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore impegno per ampliare e valorizzare

al meglio sia l'offerta delle diverse opportunità per smettere di fumare che i programmi di educazione alla salute rivolti agli adolescenti per contrastare l'iniziazione al fumo o favorirne l'abbandono il prima possibile.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011.

(2) European Commission. Eurobarometer on tobacco, 2010.

(3) Ministero della salute. Attività per la prevenzione del tabagismo, rapporto 2009.

(4) FCTC - Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2011.

(5) CCM e Ministero della salute. Piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto a pianificatori regionali ed operatori pubblici e del privato sociale, 2004.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza tossica la cui associazione con oltre sessanta patologie acute e croniche, tra cui i tumori della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago e della mammella nelle donne, è statisticamente dimostrata. È stato di recente stimato che, in Italia, l'impatto dell'alcol sulla mortalità, al netto dei "guadagni" derivanti dai considerati effetti protettivi, è di oltre 20.000 decessi l'anno (1). Per molte malattie il rischio aumenta all'aumentare delle quantità consumate ed a seconda del genere e dell'età del bevitore (2).

L'esposizione al consumo di alcol è di per sé un indicatore di rischio per la salute per cui è necessaria un'analisi dettagliata delle quantità di alcol assunte, della frequenza delle occasioni di consumo nonché delle occasioni di consumo rischioso o dannoso. Pur nell'evidenza, ormai acquisita a livello internazionale che non esistono livelli di sicurezza nel consumo di alcol, attraverso la lettura delle Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (3), è possibile considerare a rischio: le donne che consumano più di 20

grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA¹); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli anziani di 65-74 anni ed ultra 75enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-5). Tali limiti, alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, sono in corso di revisione da parte degli organismi competenti di tutela della salute. Gli indicatori di sintesi per classi di età, adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), individuano come "consumatori a rischio" (4) tutti gli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore di ciascun indicatore, rispetto alla popolazione di riferimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numeratore	Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 75 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva il numero di bicchieri di vino e birra ed il numero complessivo di bicchieri di aperitivi alcolici, amari e super alcolici consumati giornalmente. Il numero di bicchieri delle diverse bevande alcoliche è calcolato come somma delle UA consumate giornalmente. Gli indicatori proposti forniscono elementi utili nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale e per le implicazioni di salute pubblica che ne derivano. Tali indicatori permettono, infatti, di valutare gli stili di vita scorretti e la diversa capacità di smaltire l'alcol legata al genere ed all'età delle persone. Per l'anno 2009, non è stato possibile fornire i dati disaggregati per le PA di Trento e Bolzano e per Piemonte e Valle d'Aosta a causa della

mancata fornitura di dati sensibili da parte dell'Istat. Il problema verrà risolto nella prossima pubblicazione essendo stato inserito, nel Programma statistico nazionale 2011-2013, il monitoraggio del consumo di alcol.

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

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-18 anni): 17,7% per gli uomini, 11,5% per le donne, 14,7% totale;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (19-64 anni): 20,5% per gli uomini, 5,3% per le donne, 12,9% totale;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65-74 anni): 47,7% per gli uomini, 14,1% per le donne, 29,7% totale;

- prevalenza dei consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): 40,7% per gli uomini, 8,4% per le donne, 20,6% totale.

Descrizione dei risultati

Non consumatori. (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori, cioè dei non esposti ad un rischio alcol correlato, è pari, nel 2009, al 28,7%, stabile rispetto all'anno precedente. A livello nazionale si registra una diminuzione degli astemi (coloro che non hanno mai bevuto nella vita) di 1,0 punto percentuale; la diminuzione è statisticamente significativa in Abruzzo dove si registra un decremento pari a 9,0 punti percentuali, a fronte di un incremento dei consumatori pari a 5,7 punti percentuali.

Consumatori a rischio. (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2009, è pari al 25,0% per gli uomini ed al 7,3% per le donne senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione. A livello regionale, rispetto al 2008, si registra, tra gli uomini, un incremento pari a 6,2 punti percentuali in Sardegna ed un decremento pari a 4,9 punti percentuali in Calabria; tra le donne, invece, l'unica variazione statisticamente significativa si registra in Emilia-Romagna dove le consumatrici sono passate dal 6,9% al 9,9% (dati non mostrati). Valori al di sopra del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Piemonte-Valle d'Aosta (M = 29,5%; F = 10,2%), Lombardia (M = 25,6%; F = 7,4%), Trentino-Alto Adige (M = 31,8%; F = 10,3%), Veneto (M = 31,4%; F = 9,5%), Friuli Venezia Giulia (M = 29,6%; F = 10,4%), Liguria (M = 27,3%; F = 8,1%), Emilia-Romagna (M = 27,0%; F = 9,9%), Toscana (M = 25,8%; F = 9,8%), Marche (M = 25,4%; F = 7,6%) e Molise (M = 38,3%; F = 7,8%); inoltre, frequenze superiori si osservano, solo per gli uomini, anche in Abruzzo (27,7%), Basilicata (32,0%) e Sardegna (36,8%) e per le donne solo in Umbria (7,7%). Al contrario, risultano inferiori al valore nazionale i consumatori a rischio di entrambi i generi nel Lazio (M = 22,3%; F = 7,0%), Campania (M = 18,6%; F = 4,9%), Puglia (M = 22,5%; F = 5,5%), Calabria (M = 21,2%; F = 3,7%) e Sicilia (M = 14,7%; F = 4,2%) e, per le sole donne, in Abruzzo (4,6%), Basilicata (4,3%) e Sardegna (6,0%).

Giovani. (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni, nel 2009, è pari al 17,7% per il genere maschile ed all'11,5% per quello femminile; a livello regionale non si registrano differenze statisticamente significative rispetto al 2008. L'unico dato statisticamente superiore rispetto a quello nazionale si registra, aggregando gli uomini e le donne, in Trentino-Alto Adige (M = 25,0%; F = 19,3%; T = 22,3%), mentre il dato significativamente inferiore si rileva in Campania (M = 12,4%; F = 5,3%; T = 9,0%).

Adulti. (Tabella 3). Nella fascia di età 19-64 anni, per entrambi i generi, le realtà a maggior rischio risultano essere: il Piemonte-Valle d'Aosta (M = 24,0%; F = 8,0%, T = 16,0%), il Trentino-Alto Adige (M = 30,6%; F = 8,7%; T = 19,7%), il Veneto (M = 26,7%; F = 6,7%; T = non statisticamente significativo), il Friuli Venezia Giulia (M = 25,8%; F = 6,3%; T = non statisticamente significativo) e l'Emilia-Romagna (M = 21,9%; F = 7,7%, T = 14,8%) a cui si aggiungono, per i soli uomini, l'Abruzzo (22,2%), il Molise (37,2%), la Basilicata (28,6%) e la Sardegna (36,0%), mentre per le sole donne le Marche (5,9%), l'Umbria (6,3%) e la Toscana (6,2%). Valori inferiori al dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Liguria, Campania, Lazio, Puglia, Calabria e Sicilia. Rispetto alla precedente rilevazione, per ciò che riguarda le consumatrici, non si registrano variazioni statisticamente significative ad eccezione del Piemonte-Valle d'Aosta e delle Marche dove la prevalenza di consumatrici a rischio è aumentata, rispettivamente, di 2,9 e di 3,5 punti percentuali e della Calabria dove, invece, la prevalenza è diminuita complessivamente per uomini e donne di 3,5 punti percentuali (dati non mostrati).

Analizzando separatamente le tipologie di consumo a rischio e cioè consumo di *binge drinking* e consumo giornaliero eccedentario (Tabella 4), si osserva che, tra gli uomini, la prevalenza di *binge drinker* è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni, ad eccezione di Liguria, Toscana e Puglia dove la differenza non risulta statisticamente significativa. Tra le donne la frequenza di *binge drinker* è più elevata (e statisticamente significativa) di quella di consumatrici a rischio per consumo giornaliero eccedentario in Piemonte-Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna e Lazio.

Anziani. (Tabella 5). I valori di prevalenza di anziani di età 65-74 anni a rischio tra gli uomini non presentano variazioni statisticamente significative rispetto al dato nazionale (47,7%) ad eccezione della Sicilia (26,4%). Tra le donne, risulta al di sopra del valore nazionale (14,1%) quello registrato in Piemonte-Valle d'Aosta (17,6%), Lombardia (15,1%), Veneto (20,6%), Friuli Venezia Giulia (26,0%), Liguria (15,7%), Emilia-Romagna (17,5%), Toscana (22,3%), Umbria (15,3%) e Molise (15,7%) mentre sono inferiori quelli riscontrati in Trentino-Alto Adige (12,9%), Marche (10,6%), Lazio (10,6%), Abruzzo (4,9%), Campania (10,5%), Puglia (9,1%), Basilicata (12,4%), Calabria (7,6%), Sicilia (6,3%) e Sardegna (10,4%). Eliminando la disaggregazione per genere risultano, inoltre, statisticamente superiori al dato nazionale (29,7%) i valori relativi alla Toscana (37,7%), al Friuli Venezia Giulia (38,2%) ed al Veneto (38,3%). Nel 2009, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori a rischio di 65-74 anni è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra

le donne e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto agli scorsi anni.

Molto anziani. (Tabella 6). I valori di prevalenza dei soggetti di 75 anni ed oltre a rischio non presentano variazioni statisticamente significative rispetto al dato nazionale (M = 40,7%; F = 8,4%), ad eccezione della Sicilia dove i valori risultano essere tra i più bassi

(M = 24,3%; F = 2,7%). Tra le donne la Toscana (14,4%) risulta essere l'unica regione con valori statisticamente superiori al dato nazionale. Nel 2009, in tutte le regioni, la prevalenza di consumatori a rischio ultra 75enni è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto agli scorsi anni.

Tabella 1 - Distribuzione (per 100) dei non consumatori e dei consumatori per regione - Anni 2008-2009

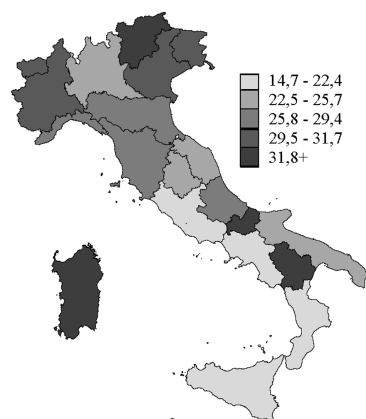
Regioni	2008				2009			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte-Valle d'Aosta	1,7	25,2	26,9	71,4	2,0	25,3	27,3	69,9
Lombardia	1,6	24,6	26,2	70,4	2,1	25,2	27,3	70,3
Trentino-Alto Adige*	2,3	22,9	25,2	71,3	2,7	22,2	24,9	71,7
Veneto	1,7	22,6	24,3	74,5	1,5	22,3	23,8	73,6
Friuli Venezia Giulia	2,4	23,1	25,5	72,0	2,5	21,5	24,0	73,9
Liguria	1,4	29,5	30,9	67,4	2,1	28,5	30,6	67,1
Emilia-Romagna	2,0	24,1	26,1	72,5	2,1	22,4	24,5	73,9
Toscana	1,6	25,6	27,2	70,8	2,1	22,9	25,0	73,2
Umbria	1,6	24,6	26,2	71,8	2,6	24,7	27,3	70,0
Marche	1,7	24,7	26,4	71,4	1,8	23,6	25,4	72,2
Lazio	1,3	25,6	26,9	68,4	1,3	25,0	26,3	68,5
Abruzzo	1,4	33,1	34,5	63,6	1,9	24,1	26,0	69,3
Molise	1,8	31,4	33,2	65,2	1,8	32,1	33,9	63,9
Campania	1,8	35,1	36,9	59,5	1,9	32,3	34,2	63,5
Puglia	1,4	30,0	31,4	67,4	1,3	31,0	32,3	64,9
Basilicata	1,8	32,8	34,6	63,2	1,6	32,6	34,2	62,4
Calabria	1,6	29,2	30,8	67,1	2,5	29,0	31,5	65,6
Sicilia	2,2	36,6	38,8	57,7	2,3	34,7	37,0	59,9
Sardegna	1,4	30,2	31,6	64,9	2,5	29,0	31,5	64,3
Italia	1,7	27,7	29,4	68,0	2,0	26,7	28,7	68,5

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it. Il totale tra "Non consumatori" e "Consumatori" non fa 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Istat dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2009, 2010.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2009



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2009

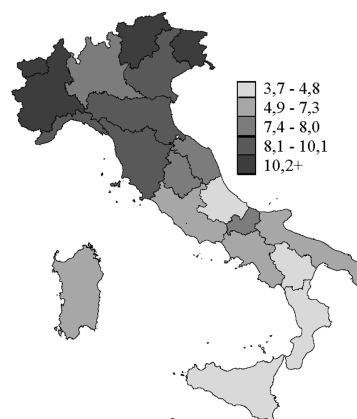


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 11-18 anni per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	19,8	16,9	18,4
Lombardia	19,5	15,0	17,3
Trentino-Alto Adige*	25,0	19,3	22,3
Veneto	25,5	17,0	21,4
Friuli Venezia Giulia	9,8	10,6	10,2
Liguria	16,4	14,1	15,2
Emilia-Romagna	17,0	10,8	13,9
Toscana	13,9	10,9	12,4
Umbria	-	11,1	8,8
Marche	28,1	13,5	20,7
Lazio	20,1	12,2	16,0
Abruzzo	24,2	7,8	15,7
Molise	14,0	14,6	14,3
Campania	12,4	5,3	9,0
Puglia	15,1	5,6	10,1
Basilicata	22,1	-	12,2
Calabria	16,2	9,8	13,1
Sicilia	13,8	10,4	12,1
Sardegna	22,4	13,7	18,7
Italia	17,7	11,5	14,7

- = non attendibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 19-64 anni per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	24,0	8,0	16,0
Lombardia	20,6	5,0	12,9
Trentino-Alto Adige*	30,6	8,7	19,7
Veneto	26,7	6,7	16,8
Friuli Venezia Giulia	25,8	6,3	16,1
Liguria	20,2	4,7	12,4
Emilia-Romagna	21,9	7,7	14,8
Toscana	20,5	6,2	13,3
Umbria	19,8	6,3	13,1
Marche	19,2	5,9	12,6
Lazio	17,0	4,7	10,7
Abruzzo	22,2	4,1	13,2
Molise	37,2	5,4	21,4
Campania	14,6	3,9	9,1
Puglia	18,5	4,9	11,7
Basilicata	28,6	3,0	16,0
Calabria	17,4	2,4	9,8
Sicilia	12,1	3,1	7,5
Sardegna	36,0	5,2	20,6
Italia	20,5	5,3	12,9

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio di 19-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte-Valle d'Aosta	10,5	18,2	2,6	6,3	6,6	12,2
Lombardia	7,9	15,1	1,7	3,7	4,9	9,5
Trentino-Alto Adige*	6,9	28,0	1,8	7,5	4,3	17,8
Veneto	10,4	20,8	1,8	5,4	6,2	13,2
Friuli Venezia Giulia	10,9	20,0	2,0	4,7	6,5	12,4
Liguria	12,0	12,4	1,2	3,8	6,5	8,1
Emilia-Romagna	9,0	15,5	2,5	5,9	5,7	10,7
Toscana	12,0	11,7	3,4	3,3	7,7	7,5
Umbria	8,1	13,0	2,2	4,7	5,2	8,8
Marche	7,8	13,6	2,0	4,0	4,9	8,8
Lazio	6,5	13,2	1,2	3,9	3,8	8,5
Abruzzo	8,0	17,4	1,4	3,0	4,7	10,2
Molise	15,4	30,8	1,8	4,4	8,7	17,6
Campania	6,1	10,7	1,5	2,5	3,7	6,5
Puglia	10,6	10,9	1,8	3,2	6,1	7,0
Basilicata	12,8	22,5	-	2,2	6,9	12,5
Calabria	6,8	13,4	0,9	1,4	3,8	7,4
Sicilia	2,9	10,2	0,8	2,2	1,8	6,2
Sardegna	15,4	29,5	-	4,7	7,9	17,1
Italia	8,5	15,1	1,7	3,9	5,1	9,5

- = non attendibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65-74 anni per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	53,0	17,6	33,8
Lombardia	49,0	15,1	30,8
Trentino-Alto Adige*	42,3	12,9	26,7
Veneto	55,9	20,6	38,3
Friuli Venezia Giulia	53,6	26,0	38,2
Liguria	51,7	15,7	31,7
Emilia-Romagna	47,6	17,5	31,0
Toscana	53,4	22,3	37,7
Umbria	47,9	15,3	30,7
Marche	51,4	10,6	30,2
Lazio	46,5	10,9	27,0
Abruzzo	52,7	4,9	27,7
Molise	55,8	15,7	34,4
Campania	44,9	10,5	26,5
Puglia	42,7	9,1	23,9
Basilicata	49,7	12,4	30,4
Calabria	38,6	7,6	22,5
Sicilia	26,4	6,3	15,5
Sardegna	54,0	10,4	30,4
Italia	47,7	14,1	29,7

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	47,3	8,4	23,3
Lombardia	45,8	7,1	21,1
Trentino-Alto Adige*	40,1	9,8	20,9
Veneto	47,3	10,4	22,7
Friuli Venezia Giulia	43,1	12,8	24,3
Liguria	46,1	11,5	24,6
Emilia-Romagna	45,8	11,6	25,1
Toscana	37,7	14,4	22,8
Umbria	34,5	-	16,0
Marche	34,2	9,1	18,5
Lazio	37,1	12,9	22,3
Abruzzo	42,5	4,6	19,2
Molise	49,3	8,9	24,7
Campania	37,4	6,2	17,8
Puglia	42,5	4,7	20,4
Basilicata	48,7	-	21,7
Calabria	37,7	-	16,4
Sicilia	24,3	2,7	11,5
Sardegna	39,5	-	16,6
Italia	40,7	8,4	20,6

- = non attendibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante da anni si attuino, a livello regionale e nazionale, campagne di sensibilizzazione e di prevenzione alcol correlata, i trend che si intravedono, in alcune realtà territoriali di un possibile *outcome* positivo o di successo nel contrasto al rischio alcol, sono ancora insoddisfacenti. Come è stato per il consumo pro capite, che ha raggiunto da anni un *plateau* (1; 4), anche per gli indicatori di rischio alcol correlato è ragionevolmente argomentabile che esiste uno zoccolo duro di consumatori a rischio che rappresenta il vero ostacolo all'implementazione di strategie di riduzione del consumo rischioso che necessiterebbero di una migliore focalizzazione sui *target* specifici della popolazione a rischio. Ogni età ed ogni generazione ha il suo modello di rischio ed insieme ad esso le sue bevande di riferimento. Gli estremi della popolazione, i giovanissimi e gli anziani, hanno in comune un elevato impatto alcol correlato con stili e modelli di rischio basati, da un lato sul *binge drinking*, l'intossicazione occasionale attuata fuori pasto, e dall'altro sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino anche contestualizzata in un ambito alimentare. Il poli-consumo giovanile ed il rischio mono-bevanda degli anziani non possono, ovviamente, essere affrontati allo stesso modo, né è possibile generalizzare le iniziative o i messaggi di prevenzione che di solito non riescono a contrastare quelli ben studiati e, soprattutto, efficaci sulla promozione di bevande alcoliche che possono avvalersi di finanziamenti che

sovrastano di 300 volte gli investimenti in prevenzione (6). Molti fenomeni richiedono, peraltro, interventi normativi rivolti ad arginare la disponibilità delle bevande alcoliche, rese convenienti da strategie di marketing che invitano a bere al di là dei limiti della moderazione.

Gli esiti tangibili sono quelli della rilevante mortalità, oltre 20.000 decessi/anno per uso di alcol, morbosità, 137 ricoveri per 100.000 abitanti/anno per cause totalmente attribuibili all'alcol (1), disabilità ed invalidità nella popolazione lavorativa con ingenti problemi sociali oltre che di salute (7) ed un incremento costante di alcol dipendenti, attualmente oltre 67.000 (1). Invitare ad un "bere responsabile", secondo l'OMS, non conduce a porre in evidenza il vero significato della responsabilità, della consapevolezza e, soprattutto, della moderazione. L'OMS, nella *Framework on Alcohol*, è chiara a riguardo: "Appellarsi esclusivamente alla responsabilità individuale di bere con responsabilità manca di significato contestuale, non considera il fatto che le decisioni, spesso, devono essere prese quando l'individuo è già intossicato e, raramente, produce una risposta significativa in termini di comportamento"(8). Appare, pertanto, imperativo individuare con precocità il rischio alcol correlato (9-13), favorire la svalorizzazione dell'uso di bevande alcoliche da parte di minori e giovanissimi ed attuare una forte iniziativa di informazione e sensibilizzazione tra gli anziani, favorendo la diffusione di notizie valide e corrette. In ogni caso, i guadagni di salute sono

collegati alla possibilità di avvalersi di finanziamenti specifici in prevenzione e ricerca, riconoscendo che si tratta di investimenti e non di costi per la collettività.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcolcorrelati: anni 2008-2009. Roma, 2010. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_a_llegato.pdf.
- (2) Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, et al. (2009) The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. *PLoS Med* 6(4): e1000058. doi:10.1371/journal.pmed.1000058.
- (3) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (4) Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/4). Disponibile sul sito: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2011/Apd2011_Istisan2011.pdf.
- (5) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2010. Istat, Roma, 2010.
- (6) Facts and figures: EU Advertising Spend Statistics. EACA, the European Association of Communications Agencies. Disponibile sul sito: <http://www.eaca.be/ff/search.asp> (sector alcoholic drinks).
- (7) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis D.Nutt F.Leslie A.King, L.D.Phillips on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. *The Lancet* - 2010 (Vol. 376, Issue 9752, Pages 1558-1565) DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
- (8) Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region. Quadro di riferimento per le politiche sull'alcol nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Traduzione a cura di E. Scafato e T. Codenotti. Disponibile sul sito: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Trad_FrameworkAlcol_WHO.pdf.
- (9) ISS. Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico. Disponibile sul sito: <http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20IPIB%20a%20edizione.1208857286.pdf>.
- (10) Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPIB (a cura di). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010).
- (11) Anderson P, Gual A, Colom, J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona, 2005.
- (12) WHO Regional Office for Europe. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Disponibile sul sito: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf.
- (13) Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms Rand technical report prepared for the European Commission Directorate General for Health and Consumers (DG SANCO) EUROPE, 2009. Disponibile sul sito: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689/.

Profili alimentari territoriali

Nell'anno 2009 si registra la prima flessione della frequenza di coloro che dichiarano di consumare 5 e più porzioni al giorno di "verdura, ortaggi e frutta", la variabile scelta come indicatore obiettivo in quanto rappresenta un importante aspetto per definire un modello alimentare salutare.

In generale, il livello dell'indicatore è correlato positivamente più al consumo di verdure ed ortaggi (fonti di fibre) che al consumo di frutta (fonte di vitamine, ma anche di zuccheri semplici). La percentuale di coloro che dichiarano di consumare verdura, ortaggi e frutta è sempre associata a tipologie alimentari più frequentemente consumate fuori casa (ad esempio formaggi e dolci), aspetto che conferma la correlazione con la frequenza dei pasti per luogo di consumo, in particolare il pranzo fuori casa.

Tuttavia, mentre gli indicatori relativi a singoli gruppi alimentari presentano andamenti simili al passato nel loro ordine di grandezza (si veda a questo proposito il significato dell'indicatore "Consumo di alimenti per tipologia" del presente Capitolo), la specifica domanda sul numero di porzioni consumate al di posta ai rispondenti nell'Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" che hanno indicato un consumo quotidiano di verdura, ortaggi o frutta, per la prima volta, dal 2005, subisce un calo sia pure limitato (4,8% vs 5,7%).

Si configura, quindi, un elemento di novità che merita un'attenzione particolare poiché il calo si è verificato in un contesto di crisi economica globale. Questo rappresenta un motivo in più per sostenere l'importanza di monitorare il fenomeno a livello regionale, considerando la relazione della qualità della dieta sia con la prevalenza di sovrappeso ed obesità che con la distribuzione della popolazione secondo le soglie di povertà (assoluta e relativa).

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta nella popolazione (1). Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2009 (2), consentono di descrivere il profilo alimentare delle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dichiarata dalle persone di 3 anni ed oltre. La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo a seconda dell'uso abituale e della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3).

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

vo, con l'indicatore obiettivo "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF)" (4).

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

Percentuale di persone per consumo di alimenti

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

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

La tipologia di dati, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunti, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Non è possibile confrontare l'assunzione giornaliera di VOF con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1), ma la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF. Occorre tenere presente che, per ciò che riguarda gli alimenti multi-ingrediente, il consumo di singoli alimenti può essere sottostimato, nel senso che si può perdere la percezione dei singoli ingredienti.

Ad esempio, pensando alle porzioni di pomodori, il pomodoro consumato come componente della pizza può non essere incluso nel calcolo mentale che il rispondente fa per compilare il questionario, così come il latte contenuto nei dolci, il sale nei diversi prodotti e così via.

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

porzioni al giorno di questo gruppo alimentare. I consumi per tipologia di alimenti sono analizzati in relazione all'indicatore obiettivo ed ad altri indicatori dello stile alimentare (luogo ed importanza dei pasti).

Descrizione dei risultati

Nel 2009, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di VOF (indicatore obiettivo) è uguale al 4,8% con un -0,9% rispetto al 2008, mostrando, per la prima volta dal 2005, una flessione dovuta allo slittamento complessivo, verso valori più bassi, dell'indicatore su tutto il territorio nazionale. I risultati dell'analisi descrittiva, relativa alla distribuzione della frequenza di coloro che consumano 5 o più porzioni di VOF, sono riportati, in riferimento ai diversi gruppi di alimenti rilevati nella stessa indagine, nella sezione relativa all'alimentazione (2), ossia altri gruppi alimentari (Tabella 1) ed altri indicatori dello stile alimentare (Grafico 1). La percentuale di coloro che dichiarano di consumare giornalmente "5 o più porzioni di VOF", presenta una correlazione positiva (coefficiente di correlazione $r \geq 0,5$) con la percentuale di coloro che dichiarano di consumare almeno una volta al giorno "formaggi", "verdure" ed "ortaggi", mentre una debole correlazione positiva ($0 \leq r < 0,5$) si ha tra il consumo quotidiano di "2-4 porzioni di VOF", "dolci" e "salumi" qualche volta a settimana. Una correlazione negativa ($r \leq -0,5$) si osserva, invece, per "uova" qualche volta a settimana, "una porzione al giorno di verdura" ed "una porzione al giorno di ortaggi". Una debole correlazione negativa

($-0,5 < r \leq 0$) si ha per tutti gli altri raggruppamenti di alimenti considerati nell'indagine: almeno una volta al giorno "pane, pasta o riso", consumo giornaliero di solo una porzione di "frutta" e "latte", qualche porzione al giorno di "VOF" ed almeno qualche volta a settimana "carne" (bovina, maiale e bianca), "pesce", "legumi in scatola" e "snack". Questo implica, ad esempio, che dove si consumano più frequentemente "5 o più porzioni di VOF" al giorno si tende meno frequentemente a consumare "uova" qualche volta a settimana e così via. Naturalmente, dove si tende più frequentemente a consumare una sola porzione al giorno di verdura o una sola porzione al giorno di ortaggi, si tende a non superare le 5 porzioni al giorno di VOF (il fatto di avere una frequenza meno elevata nel consumo di una sola porzione al giorno di frutta condiziona di meno l'indicatore obiettivo).

Variabile può essere il concetto di "qualche porzione al giorno di VOF" (nel 2006 il segno della correlazione era positivo), ossia "qualche volta al giorno" generalmente significa meno di 5 volte (correlazione di segno negativo nel 2005, 2007, 2008, 2009; correlazione di segno positivo nel 2006). Il gradiente geografico si conferma anche quest'anno: il quinto più elevato comprende 4 regioni settentrionali su 4, mentre sono tutte meridionali le regioni che si collocano nel quinto più basso.

Solo la quota di persone di 3 anni ed oltre che usualmente pranza in mensa o al ristorante si correla positivamente con la percentuale di persone che hanno indicato di consumare "5 o più porzioni al giorno di VOF", mentre l'analoga percentuale di chi pranza in

casa mostra una correlazione negativa ($r = -0,5$) con l'indicatore obiettivo. Coerentemente, una correlazione debole, ma sempre positiva, si ha tra indicatore obiettivo e percentuale di persone che consuma i pasti al bar o sul posto di lavoro.

Il Grafico 1 illustra la relazione tra percentuale di persone che hanno indicato di consumare "5 o più porzioni al giorno di VOF" ed i tre indicatori dello stile alimentare; "pranzo in casa"; "pranzo in mensa" e "pranzo al ristorante o trattoria". Il coefficiente di correlazione lineare è $\leq -0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in casa) o $\geq 0,5$ (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in mensa o al ristorante/trattoria). L'analisi conferma, per il 2009, che la percentuale di persone che assume più di 5 porzioni al giorno di VOF è più elevata laddove è più frequente l'abitudine di pranzare in mensa o al ristorante.

L'analisi, estesa alla relazione tra indicatore obiettivo ed uso di olio di oliva mostra che, nei profili di consumo regionali del 2009, la frequenza percentuale di uso dell'olio di oliva per condire a crudo, corrisponde a percentuali più elevate tra le persone che assumono più di 5 porzioni al giorno di VOF; questa relazione positiva si riscontra solo da questo anno.

L'indicatore correla, inoltre, con l'attenzione al consumo di sale, sia come riduzione del sale aggiunto agli alimenti, sia come consumo di sale iodato.

Quest'ultima variabile ha raggiunto, nel 2009, il 38,2% (+9,0% rispetto al 2005), confermando come il pubblico si stia sensibilizzando rispetto a questo argomento.

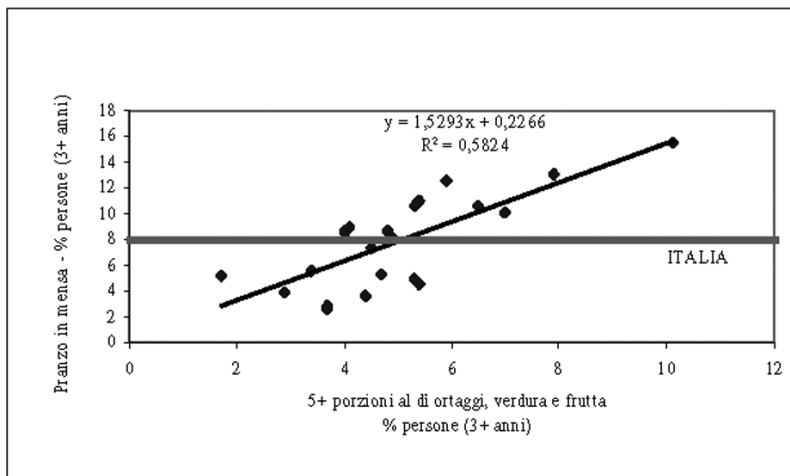
Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre della stessa zona per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2009

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)				Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)														
	0 ≤ r < 0,5		0,5 ≤ r ≤ 1		-1 ≤ r < -0,5		-0,5 ≤ r ≤ 0												
	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a											
	Dolci ^o	Salumi ^o	Ortaggi ^{*o}	Verdure ^{*o}	Formaggi ^{*o}	Uova ^o	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 2-4 ^a	Verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno: 5 e più ^a	Carni di maiale ^o	Pane, pasta, riso [*]	Carni bovine ^o	Latte [*]	Snack ^o	Pesce ^o	Frutta [*]	Frutta [*]	Legumi in scatola ^o		
Trento	78,5	44,3	63,2	54,6	65,6	38,4	10,1	48,2	11,4	84,8	75,0	49,6	85,1	62,0	59,0	21,2	51,2	73,8	41,3
Emilia-Romagna	75,9	53,8	69,4	51,2	55,9	23,1	7,0	55,4	17,1	83,7	81,7	51,3	87,3	68,3	54,3	23,4	54,8	73,7	40,7
Valle d'Aosta	72,3	49,3	61,6	45,8	52,7	38,4	6,5	53,8	21,3	79,4	79,4	38,9	83,6	73,9	55,3	22,9	48,0	66,5	36,4
Lombardia	75,6	52,7	67,9	44,5	53,2	30,4	5,9	52,3	18,6	83,3	81,8	42,7	82,7	70,4	56,1	28,5	53,5	73,3	37,3
4° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 5,8%																			
Piemonte	80,1	50,9	57,4	52,9	60,1	32,3	5,4	59,7	14,5	87,0	81,8	39,1	81,4	72,7	56,3	21,8	51,6	78,2	33,7
Campania	74,0	44,4	63,7	32,7	41,1	10,5	5,4	63,3	20,6	81,0	85,9	55,6	86,4	75,4	61,8	32,5	68,5	75,7	71,4
Bolzano-Bozen	75,4	48,2	56,4	47,4	57,9	39,9	5,3	51,3	19,2	79,0	50,6	29,4	73,1	43,9	61,9	14,5	31,3	66,2	18,9
Umbria	79,2	51,5	65,8	48,5	58,0	22,9	5,3	60,5	15,5	85,6	86,1	63,5	82,7	74,0	62,4	18,9	62,2	76,0	52,9
Liguria	82,0	49,3	59,4	44,6	50,9	23,4	4,9	60,2	13,0	81,9	77,2	34,7	83,5	67,5	58,2	20,0	57,9	76,7	33,7
Friuli Venezia Giulia	78,0	54,2	61,4	48,2	65,4	31,0	4,8	51,8	17,2	83,9	78,2	45,9	81,2	66,9	57,8	21,2	52,9	69,7	32,4
Italia	76,5	48,5	61,8	41,7	49,9	22,9	4,8	57,0	18,7	83,7	81,0	47,9	84,9	71,7	59,4	25,4	58,4	75,4	45,9
Sardegna	78,8	45,7	51,9	42,8	44,8	30,1	4,7	51,4	16,5	81,2	76,4	54,4	80,1	70,4	62,3	23,7	55,1	75,6	36,8
Marche	78,0	51,7	65,3	45,4	56,3	14,3	4,5	52,7	17,5	85,8	85,5	51,9	89,0	71,4	60,2	19,8	61,6	75,5	37,8
Molise	75,8	45,6	70,7	33,6	39,0	16,0	4,4	61,9	19,8	84,7	80,8	58,1	88,8	68,2	61,9	33,7	64,5	79,4	64,4
Veneto	74,1	54,2	60,8	45,3	57,0	28,8	4,1	51,9	21,7	82,1	79,6	46,9	81,5	67,8	55,3	27,5	51,9	68,1	35,0
Toscana	81,0	51,5	56,8	49,9	55,3	20,3	4,0	54,8	15,0	85,4	85,6	53,0	89,0	76,6	66,9	19,3	58,7	77,7	48,2
Lazio	77,8	40,2	54,5	39,2	57,1	17,7	4,0	61,7	18,2	84,6	81,7	50,9	83,8	77,4	65,5	20,8	65,8	75,7	42,6
1° QUINTO (Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno): 3,8%																			
Puglia	77,0	43,1	57,6	32,4	34,4	15,8	3,7	52,3	19,3	85,6	74,3	43,9	85,3	65,5	68,8	27,6	60,7	81,2	59,2
Sicilia	73,4	43,0	61,1	30,2	36,6	19,1	3,7	62,0	22,8	84,2	78,5	47,0	89,6	76,3	53,9	26,9	62,4	79,3	51,2
Abruzzo	75,1	51,5	63,4	34,4	40,2	14,2	3,4	61,2	21,5	82,1	84,2	54,4	87,6	72,8	57,7	23,2	56,3	75,6	53,2
Calabria	74,4	47,9	65,4	32,4	35,8	24,7	2,9	65,0	22,6	81,6	83,1	53,3	90,8	74,6	57,6	30,9	68,2	75,4	65,0
Basilicata	70,0	41,8	67,3	25,9	28,7	21,1	1,7	60,7	28,3	84,7	77,3	50,3	87,9	64,5	59,3	29,7	57,3	78,8	67,9

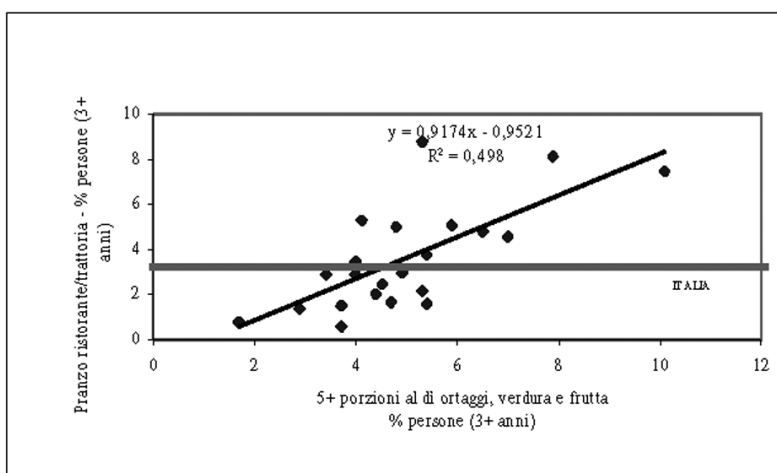
* Almeno una volta al giorno. ^o Almeno qualche volta alla settimana. ^a Per 100 persone di 3 anni ed oltre della stessa zona che consumano verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno. **Nota:** gli intervalli di confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it. **Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2009.

Grafico 1 - Relazione tra proporzione (per 100) di persone di 3 anni ed oltre della stessa zona per consumo di “5 e più porzioni di ortaggi, verdura e frutta al giorno” e tre indicatori di stile alimentare: pranzo in mensa, pranzo al ristorante o trattoria e pranzo in casa per regione - Anno 2009

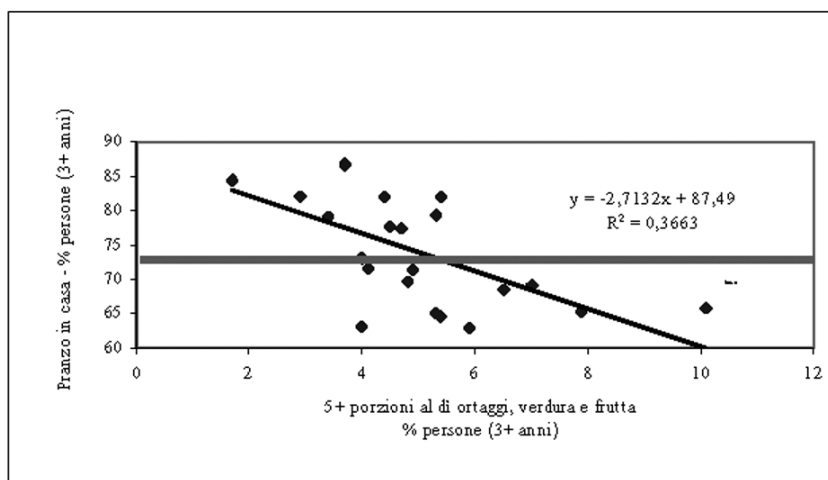
Pranzo in mensa



Pranzo al ristorante o trattoria



Pranzo in casa



Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5 porzioni al giorno di VOF è limitata; nel 2009 si osserva una diminuzione che interrompe il lieve trend in ascesa riscontrato precedentemente. In quest'ottica sono impostati programmi come "Frutta nelle scuole" (5) promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (6).

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva e la riduzione nell'apporto di sale. Quest'ultimo è, attualmente, oggetto di una campagna a livello internazionale finalizzata alla riduzione dell'uso a tavola (7) e realizzata anche in Italia in relazione al consumo di sale fuori casa (8). Tale campagna promuove, inoltre, la collaborazione tra mondo della ricerca ed industria alimentare con lo scopo di individuare nuove formulazioni dei prodotti alimentari contenenti un ridotto contenuto di questo ingrediente (4).

Infine, il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (9), rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori (10) e gli operatori della ristorazione (4). L'immissione sul mercato di alimenti meno calorici e nutrizionalmente bilanciati può grandemente contribuire a migliorare la qualità della dieta.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile sul sito: <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - 2009. Collana Informazioni n. 7-2010; pp. 63-65. Istat. Roma, 2010.
- (3) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (4) European Commission (2008). Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf.
- (5) Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it/.
- (6) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (7) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (8) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (9) Centro nazionale per la prevenzione il Controllo delle malattie. Piano d'azione Oms 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Documento pubblicato sul web il 30-03-2009. Disponibile sul sito: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf.
- (10) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=1400&menu=protocolli>.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono 1,5 miliardi gli adulti di età >20 anni in sovrappeso; di questi sono obesi circa 200 milioni di uomini e 300 milioni di donne. Sovrappeso ed obesità, prima considerati problemi solo dei Paesi ricchi, sono ora in crescita anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica. La condizione di eccesso ponderale è, infatti, il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti. In particolare, l'obesità infantile suscita preoccupazione avendo raggiunto livelli allarmanti: nel 2010, circa 43 milioni di bambini di età <5 anni sono stimati in sovrappeso e la gravità della diffusione di tale problema sta anche nel fatto che i bambini obesi rischiano di diventare adulti obesi (1). In Europa, rispetto agli anni Ottanta, la prevalenza di persone in eccesso ponderale si è tri-

plicata e continua a crescere; le percentuali, relativamente a sovrappeso ed obesità, sono comprese, rispettivamente, tra il 25-79% ed il 5-30% a seconda del Paese. Nello specifico, l'obesità contribuisce in maniera preponderante sul peso di malattie croniche che affliggono la popolazione europea e risulta essere responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2).

Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia-PASSI", il 31,6% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre il 10,6% è obeso; complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (42,2%) sono in eccesso ponderale (3).

Lo studio dei dati di prevalenza di questo allarmante fenomeno di carattere sanitario, economico e sociale diventa necessario per attuare programmi di prevenzione e trattamenti mirati ad arginare uno dei maggiori problemi del ventunesimo secolo.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-30 e } \geq 30}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (Kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC 25-30 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (4). Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" condotta nel febbraio 2010 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 49.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte, sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat emerge che, in Italia, nel 2010, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,3%); complessivamente, il 45,9% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso pon-

derale (Tabella 1).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone in sovrappeso (Molise 41,8%, Basilicata 41,0%) ed obese (Basilicata 12,7%, Puglia 12,3%) rispetto alle regioni settentrionali (sovrappeso: PA di Trento 30,9% e Lombardia 31,4%; obese: PA di Trento e Liguria 7,8%).

Confrontando i dati con quelli dell'anno precedente (2009, dati non mostrati) si osserva in diverse regioni, sia al Nord che al Sud, una tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso. Tale andamento risulta più rilevante in Valle d'Aosta (31,7% vs 35,2%), in Sardegna (32,3% vs 35,7%) ed in Friuli Venezia Giulia (34,5% vs 38,0%).

Per quanto riguarda le persone obese, 10 regioni presentano tassi maggiori rispetto allo scorso anno e 10 regioni registrano una minor prevalenza, lasciando sostanzialmente il dato nazionale inalterato (Tabella 1). La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,7% della fascia di età 18-24 anni ad oltre il 45,0% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 3,0% al 16,2% per le stesse fasce di età. Nelle età più avanzate il valore diminuisce lievemente (sovrappeso: 43,2% ed obesità: 13,8% nelle persone di 75 anni ed oltre) (Tabella 2).

Sia la condizione di sovrappeso che di obesità sono più diffuse tra gli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 44,3% degli uomini rispetto al 27,6% delle donne ed obeso l'11,1% degli uomini ed il 9,6% delle

donne (Tabella 2). In Italia, nel periodo 2001-2010, è aumentata la percentuale sia di coloro che sono in sovrappeso (33,9% vs 35,6%) che quella degli obesi (8,5% vs 10,3%) (Tabella 3).

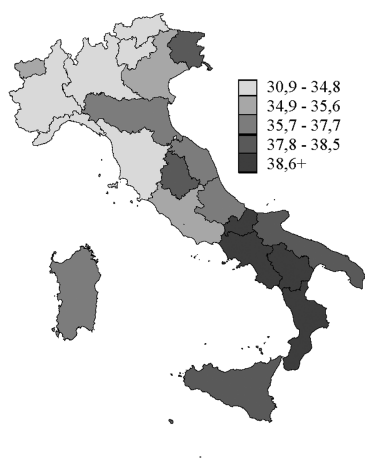
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2010

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,7	8,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,2	9,4
Lombardia	31,4	10,1
Bolzano-Bozen	33,5	8,2
Trento	30,9	7,8
Veneto	35,4	9,7
Friuli Venezia Giulia	38,0	10,1
Liguria	32,7	7,8
Emilia-Romagna	35,7	10,6
Toscana	34,5	8,9
Umbria	38,1	11,1
Marche	36,5	10,0
Lazio	34,9	10,6
Abruzzo	36,7	11,7
Molise	41,8	11,1
Campania	40,8	11,6
Puglia	38,1	12,3
Basilicata	41,0	12,7
Calabria	38,6	11,7
Sicilia	37,8	10,7
Sardegna	35,7	10,2
Italia	35,6	10,3

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2010



Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2010

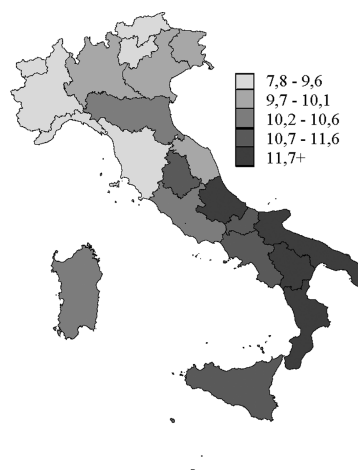


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	21,6	9,6	15,7	3,8	2,2	3,0
25-34	33,5	15,1	24,6	5,9	3,8	4,9
35-44	45,1	20,2	32,5	9,8	6,2	7,9
45-54	49,9	28,3	38,9	13,5	9,6	11,5
55-64	51,7	37,8	44,7	15,3	12,8	14,0
65-74	52,4	39,1	45,1	15,6	16,7	16,2
≥75	50,0	38,8	43,2	13,0	14,4	13,8
Totale	44,3	27,6	35,6	11,1	9,6	10,3

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese - Anni 2001-2010

Anni	Persone in sovrappeso	Persone obese
2001	33,9	8,5
2002	33,6	8,5
2003	33,8	9,0
2005	34,7	9,9
2006	35,0	10,2
2007	35,6	9,9
2008	35,5	9,9
2009	36,1	10,3
2010	35,6	10,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

La diffusione di sovrappeso ed obesità è, ormai, un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale ed ha un importante impatto sui sistemi sanitari nazionali. In Italia, la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca e, negli ultimi anni, è cresciuto il ruolo dei sistemi di sorveglianza della popolazione che permettono di fornire, in tempi relativamente rapidi, informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare precocemente le tendenze positive o negative.

Nel 2007, è stato avviato il progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" promosso dal Ministero della Salute e da cui scaturiscono tre filoni di attività: la sorveglianza in età infantile effettuata dall'Indagine OKkio alla Salute, che raccoglie i dati relativi a stato ponderale, abitudini alimentari ed esercizio fisico dei bambini delle terze elementari; lo studio di approfondimento sulle abitudini alimentari Zoom8 e lo studio dell'*Health Behaviour in School-aged Children*-Italia sui comportamenti collegati alla salute nei ragazzi. Gli ultimi dati disponibili sull'eccesso ponderale mostrano un quadro preoccupante: il 23,0% dei bambini risulta in sovrappeso e l'11,0% obeso, con percentuali più alte nelle regioni del Centro e del Sud (5).

Per quanto riguarda la popolazione adulta, oltre ai sistemi di sorveglianza effettuati mediante intervista quali l'Indagine Multiscopo dell'Istat ed il sistema PASSI, il Progetto Cuore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute si occupa di effettuare, periodicamente, la misurazione dei fattori di rischio cardiovascolari su un campione di soggetti, attraverso esami fisici standardizzati. I dati, rilevati da una rete di centri ospedalieri pubblici dislocati in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, indicano che circa un quarto della popolazione studiata è obesa (25,0%), valore nettamente superiore rispetto a quello ottenuto grazie ai dati auto riferiti. Anche i dati raccolti dal database nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) offrono indicazioni interessanti sulla diffusione dell'obesità nel nostro Paese: l'analisi delle SDO, relative al periodo 2001-2009, rileva che a fronte di circa 40.000 ricoveri attribuiti ogni anno all'obesità ed ai disturbi da iperalimentazione come diagnosi principale, se ne registrano altri 110 mila nei quali l'obesità è indicata fra le diagnosi secondarie (6). Oltre al contributo fornito dai diversi sistemi di sorveglianza di popolazione, la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità passa attraverso la promozione di iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione, rivolte sia alla popolazione generale che al per-

sonale sanitario. Il programma nazionale “Guadagnare Salute” mira ad agire in modo integrato e coordinato verso i principali fattori di rischio modificabili, in particolare con iniziative dedicate all’alimentazione e consigli su come prendersi cura di sé mangiando sano nella vita di tutti i giorni. Il piano di comunicazione è integrato da un piano formativo rivolto al personale di assistenza sanitaria e non, che prevede percorsi didattici misti.

La collaborazione interistituzionale e l’integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per realizzare e rafforzare gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale nell’ottica di sviluppare iniziative di promozione di uno stile di vita sano. È, altresì, importante, attraverso i numerosi sistemi di sorveglianza epidemiologica operanti sul territorio, continuare a monitorare la

prevalenza dell’eccesso ponderale nelle diverse regioni e nelle diverse fasce di età, al fine di verificare i risultati raggiunti e di programmare, sulla base dei dati raccolti, iniziative di comunicazione rivolte a specifici gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, 2011.
- (2) European Commission. Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues, Implementation progress report, 2010.
- (3) Sistema di sorveglianza Passi, 2010.
- (4) World Health Organization. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.
- (5) OKkio alla Salute, 2010.
- (6) Cnesps-Iss. Ufficio di Statistica, L’obesità dalle schede di dimissione ospedaliera.

Attività fisica

Significato. L'attività fisica, se svolta con regolarità, induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene la morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente attività fisica riduce in maniera significativa il rischio di avere problemi di sovrappeso ed obesità, ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, depressione e traumi da caduta soprattutto negli anziani. Esiste ormai un ampio consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Mediamente, nel mondo, il 28% degli uomini ed il 34% delle donne sono fisicamente inattive, uno stile di vita che si ripercuote sull'incidenza dei decessi e dei *Disability Adjusted Life Years*, ossia gli anni di vita vissuti al netto della disabilità. Con circa 3,2 milioni di decessi annui la sedentarietà è considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il quarto tra i fattori di rischio per la mortalità. I dati dell'OMS, inoltre, mostrano un gradiente tra i diversi Paesi: circa la metà della popolazione femminile resi-

dente in America e nel Mediterraneo Orientale è sedentaria, mentre tale percentuale scende, rispettivamente, al 40,0% ed al 36,0% per gli uomini. Al contrario, il Sud-Est asiatico registra la minore percentuale di sedentarietà (15,0% degli uomini e 19,0% delle donne) (1).

In Europa, la sedentarietà è responsabile di circa 600 mila decessi annui, con una percentuale che oscilla tra il 5-10% del totale della mortalità a seconda del Paese, e di una perdita di 5,3 milioni di anni di vita in buona salute. Questi sono alcuni dei dati presenti nell'*European Health Report 2009* secondo cui, in Europa, una persona su cinque pratica poca o nessuna attività fisica (meno del minimo raccomandato), con dati ancora più allarmanti nelle regioni meridionali ed orientali (2). In Italia, i sedentari risultano essere oltre 23 milioni, mentre appena un terzo della popolazione di 3 anni ed oltre pratica sport.

A fronte di tali considerazioni, si ritiene necessario monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e spostare il campo di intervento dalla malattia alla promozione della salute, enfatizzando la possibilità di modificare i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, dieta ed attività fisica.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana" condotta a febbraio 2010 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 49.000 individui. La rilevazione dell'attività fisica si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2010 (Tabella 1), il 22,8% della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando alcuna attività sportiva dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta etc.), sono il 28,2%. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno

sport né un'attività fisica, è pari al 38,3%.

L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni. Infatti, dall'analisi dei dati, emerge un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di un'attività fisica qualsiasi nella PA di Bolzano (38,3%) ed in Veneto (29,4%) e livelli più bassi in Campania (14,7%) e Sicilia (15,7%).

Verosimilmente, l'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Sicilia (58,2%) e Campania (56,5%) dove oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile (Tabella 2): il numero maggiore di sportivi che praticano attività fisica con continuità si riscontrano nella fascia di età 6-17 anni ed, in particolare, tra i maschi di 11-14 anni (66,2%). L'attività sportiva saltuaria registra, invece, le percentuali più alte tra i soggetti di 18-19 anni (18,0%).

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta in modo continuo fino

ai 74 anni (37,6%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, dove aumenta la percentuale di sedentari pari al 68,2% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze. I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 27,7% pratica sport con continuità ed il 12,0% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 18,1% e dell'8,5%. La quota di sedentari è maggiore tra le

donne (42,8% vs 33,5%).

Rispetto al 2001, si riscontra un positivo aumento, in entrambi i generi, per quanto concerne la quota di persone che praticano sport in modo continuativo, passando dal 19,1% al 22,8%. La percentuale di sedentari, invece, è passata dal 40,3% al 38,3% ed, in particolare, tra le donne è scesa dal 46,1% al 42,8% (Tabella 3).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2010

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,8	12,5	30,3	32,3	*
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,9	18,9	20,3	33,8	n.d.
Lombardia	26,8	11,7	31,3	29,7	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>38,3</i>	<i>24,8</i>	<i>24,1</i>	<i>12,3</i>	<i>0,4</i>
<i>Trento</i>	<i>29,0</i>	<i>19,9</i>	<i>37,0</i>	<i>14,1</i>	<i>n.d.</i>
Veneto	29,4	13,2	35,5	21,6	0,4
Friuli Venezia Giulia	24,2	10,8	35,5	29,0	0,5
Liguria	21,6	8,5	28,2	41,0	0,8
Emilia-Romagna	25,8	10,7	33,9	29,2	0,4
Toscana	25,8	9,7	33,3	29,9	1,3
Umbria	22,4	9,8	29,0	38,7	*
Marche	24,3	8,1	27,7	39,4	0,5
Lazio	24,0	10,4	24,9	40,0	0,6
Abruzzo	21,6	9,4	27,6	41,1	0,4
Molise	18,5	7,5	22,2	50,8	1,0
Campania	14,7	6,4	21,8	56,5	0,5
Puglia	16,6	8,4	25,3	49,0	0,7
Basilicata	18,1	8,9	24,1	48,1	1,0
Calabria	17,8	8,7	25,2	47,5	0,8
Sicilia	15,7	7,2	18,2	58,2	0,7
Sardegna	21,3	9,9	28,3	40,2	0,4
Italia	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6

n.d. = non disponibile.

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2010

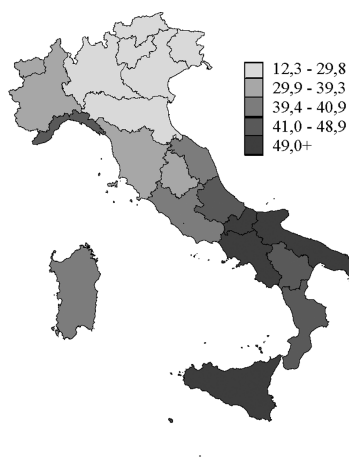


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2010

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	19,3	4,6	23,8	46,3	6,1
6-10	60,5	6,5	13,8	18,2	1,0
11-14	66,2	10,8	10,5	12,2	*
15-17	55,5	14,6	13,3	16,3	0,3
18-19	46,2	18,5	14,8	19,6	0,9
20-24	40,8	19,5	15,7	23,1	0,9
25-34	35,2	15,3	19,1	29,7	0,6
35-44	27,0	15,7	24,2	32,8	0,3
45-54	20,9	14,3	29,8	34,9	*
55-59	17,1	11,1	35,2	36,1	*
60-64	15,3	9,8	37,3	37,1	0,5
65-74	11,3	6,7	41,2	40,6	0,2
≥75	5,3	2,3	33,4	58,5	*
Totale	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
FEMMINE					
3-5	23,4	4,8	18,0	48,2	5,6
6-10	52,6	8,3	13,4	25,2	0,5
11-14	48,2	9,3	19,9	22,0	*
15-17	39,0	14,3	21,1	25,4	0,3
18-19	26,6	17,5	27,3	28,7	n.d.
20-24	25,9	14,1	26,6	32,8	0,7
25-34	20,9	11,2	31,3	36,3	0,3
35-44	17,7	11,5	33,3	37,4	0,1
45-54	14,5	9,4	36,1	39,8	*
55-59	12,7	7,4	37,1	42,5	*
60-64	10,9	5,4	37,7	45,1	1,0
65-74	8,5	4,2	34,6	52,4	0,3
≥75	2,2	1,8	20,9	74,5	0,5
Totale	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
TOTALE					
3-5	21,3	4,7	21,0	47,2	5,9
6-10	56,6	7,4	13,6	21,6	0,8
11-14	57,5	10,1	15,0	16,9	*
15-17	47,4	14,4	17,1	20,8	0,3
18-19	37,0	18,0	20,6	23,8	0,5
20-24	33,4	16,8	21,1	28,0	0,8
25-34	28,3	13,3	25,0	32,9	0,5
35-44	22,3	13,6	28,9	35,1	0,2
45-54	17,6	11,8	33,0	37,4	0,2
55-59	14,9	9,2	36,2	39,4	0,4
60-64	13,1	7,6	37,5	41,1	0,8
65-74	9,8	5,3	37,6	47,1	0,3
≥75	3,5	2,0	25,9	68,2	0,4
Totale	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6

n.d. = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2010

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i risultati sopra riportati possano considerarsi incoraggianti, più di un terzo della popolazione italiana si dichiara sedentaria. Promuovere l'attività fisica rappresenta un'azione di Sanità Pubblica prioritaria, ormai inserita nella programmazione sanitaria di tutto il mondo: il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per gli Stati Uniti, mentre il *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica all'interno dell'Unione Europea.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano Nazionale della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma "Guadagnare Salute" si propone di favorire uno stile di vita attivo, con il coinvolgimento di diversi settori della società, allo scopo di "rendere facile" per il cittadino la scelta del movimento. Per essere

fisicamente attivi è, infatti, sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo", ovvero cercare di abbandonare uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro e prendere possesso dell'ambiente, camminando od usando la bicicletta per muoversi. Questa può già essere considerata un'attività fisica con numerosi effetti salutari per la persona e contribuire, inoltre, alla salvaguardia dell'ambiente.

Infine, è importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica in quanto i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare tale attività dei loro assistiti.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Global Health Observatory, 2011.
- (2) World Health Organization Europe - European Health Report, 2009.

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

In Italia, lo sviluppo dei programmi di screening organizzato prosegue con lenta, ma costante crescita. L'attività di tali programmi è, da diversi anni, monitorata dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

Sul sito dell'ONS (<http://www.osservatorionazionalescreening.it>), per ciascun programma e per l'anno 2010, sono disponibili i "Rapporti Brevi", che riportano i principali dati di attività ed altri approfondimenti in tema di screening organizzato.

Il Rapporto Osservasalute, come di consueto, prende in considerazione gli indicatori maggiormente legati all'attuazione dei programmi, in particolare quelli relativi alla diffusione dei programmi organizzati ed alla loro capacità di invito.

La valutazione dei programmi di screening organizzato, tuttavia, è più complessa e per questo sono disponibili degli indicatori che consentono il monitoraggio, non solo dell'attività dei singoli programmi, ma anche della qualità del percorso diagnostico che questi forniscono.

Il lettore interessato troverà dati ed approfondimenti sul sito dell'ONS e sull'Ottavo Rapporto da questo pubblicato (1).

I "Rapporti Brevi" (2-4) riportano che, in Italia, l'estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione *target* che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening, è intorno al 93% per lo screening mammografico, al 77% per lo screening per il cervicocarcinoma ed al 59% per il tumore del colon-retto. L'estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione *target* realmente oggetto dell'invito, si attesta al 70,7% per lo screening mammografico, al 66% per lo screening del cervicocarcinoma ed al 40% per il colon-retto.

Le disomogeneità relative all'estensione teorica, evidenziate in precedenza tra le macroaree territoriali, in particolare tra Nord e Sud, sono ora meno evidenti relativamente alla prevenzione del tumore della mammella, ma ancora rilevanti per lo screening per il tumore del colon-retto. Per quanto riguarda il tumore della cervice uterina, invece, l'estensione teorica è più elevata al Sud. Analizzando, però, l'effettiva capacità di invito ed i livelli di partecipazione, esistono differenze evidenti con *performance* meno elevate tra i programmi del Sud e delle Isole.

Infine, vale la pena di ricordare che, il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2010-2012 (5), dedica una parte specifica a tumori e screening in cui si indicano gli obiettivi e gli strumenti del PNP stesso. Tra questi sono presenti il potenziamento e l'estensione dei programmi di screening organizzati ed il contrasto alle inapproprietezze dello screening opportunistico.

Riferimenti bibliografici

(1) Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile sul sito:

www.osservatorionazionalescreening.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 della mammella. Rapporto Breve 2010. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalescreening.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 dell'utero. Rapporto Breve 2010. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalescreening.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 2010. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalescreening.it.

(5) Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it>.

Screening mammografico

Significato. Lo screening organizzato per la prevenzione del tumore della mammella ha raggiunto, con l'invito attivo nell'anno 2009, poco meno di 2,5 milioni di donne di cui quasi 1,4 milioni hanno aderito (1). La diffusione dei programmi di screening organizzato è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'of-

ferta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio. Nel 2009, più del 90% delle donne della popolazione *target* risiede in un'area in cui è attivo un programma di screening. Approfondimenti sull'attività svolta nel 2008 sono disponibili nell'Ottavo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) (2).

Percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico organizzato

Numeratore $\frac{\text{Donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato}}{\text{Popolazione femminile residente di 50-69 anni}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. La percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico organizzato, ovvero residenti in un'area in cui è attivo lo screening ed appartenenti alla popolazione *target* (50-69 anni), è un indicatore della diffusione di tali programmi 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 la totalità delle donne nella fascia di età 50-69 anni sia inserita in un programma di screening mammografico senza disomogeneità territoriali.

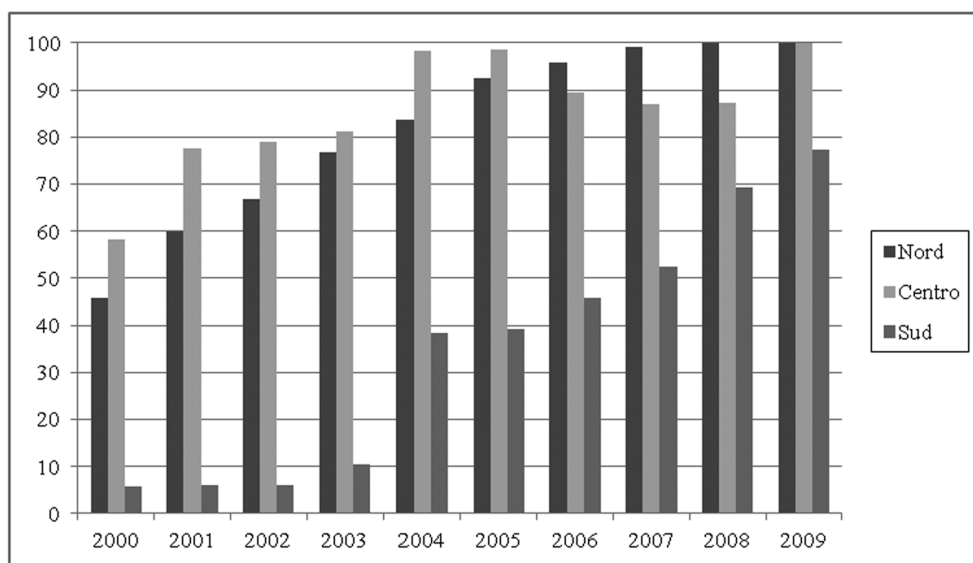
Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2009, la percentuale di donne della fascia di età *target* e residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening è di circa il 93% (1). Il Grafico 1 riporta l'andamento temporale dell'estensione teorica degli ultimi anni distinto per macroarea e comparato con i dati degli anni precedenti.

Il confronto con gli anni precedenti evidenzia un incremento progressivo e costante.

L'estensione teorica risulta completa nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud si è registrato un aumento considerevole passando dal 69% circa del 2008 al 77% nel 2009.

Grafico 1 - Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per macroarea - Anni 2000-2009



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2009: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'estensione teorica dello screening mammografico è, sostanzialmente, completa al Nord ed al Centro. Le regioni del Sud e le Isole recuperano le differenze evidenziate negli anni precedenti. Infatti, tre donne su quattro vivono in aree in cui esiste lo screening.

Occorre, però, un ulteriore sforzo per completare l'attivazione dei programmi non solo dal punto di vista della diffusione, ma anche più operativamente della reale capacità di invito degli stessi.

Infatti, l'estensione effettiva, cioè la reale capacità di invitare la popolazione obiettivo, si colloca al 70,7% e presenta valori superiori all'80% al Nord ed al Centro, ma inferiori al 40% al Sud e nelle Isole, che rende nuovamente evidenti le diversità geografiche.

Inoltre, al Sud i livelli di partecipazione allo screening sono inferiori a quelli del Nord (circa 40% vs 61%) (1) e ciò, unitamente alle differenze in termini di reale capacità di invito, riduce l'impatto del programma. Si confermano, quindi, le raccomandazioni già

espresse nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute: l'omogeneità territoriale dell'offerta, insieme al consolidamento delle attività, sono obiettivi da perseguire su tutto il territorio nazionale. È opportuno che sia garantito 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) 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 2010. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

(2) Daniela Giorgi, Livia Giordano, Leonardo Ventura, Alfonso Frigerio, Eugenio Paci, Marco Zappa. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Lo screening mammografico in Italia: survey 2008. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile sul sito: 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 o la progressione verso stadi più avanzati. Per tale motivo, è auspicabile che, in tutte le regioni, siano organizzati programmi di screening

specifici che coinvolgano l'intera popolazione obiettivo (25-64 anni).

Nel Rapporto Breve dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) (1) sono riportati i principali dati di attività dello screening per il cervicocarcinoma.

Percentuale di donne inserite in un programma di screening citologico organizzato

Numeratore $\frac{\text{Donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato}}{\text{Popolazione femminile residente di 25-64 anni}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. L'indicatore è riferito alla diffusione dei programmi attivi, cioè alla proporzione di donne che, nel 2009, risiede in un territorio nel quale è attivo un programma di screening. Non fornisce, però, informazioni sulla capacità del programma di invitare la popolazione obiettivo nel complesso e con regolarità.

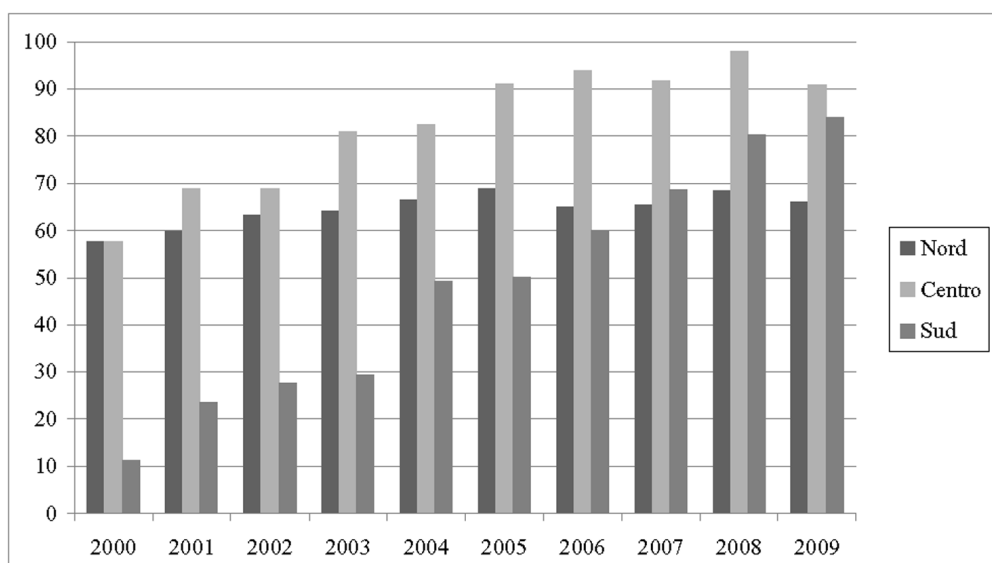
Valore di riferimento/Benchmark. Tutte le donne di 25-64 anni dovrebbero essere inserite in un programma organizzato di screening per il tumore del collo dell'utero.

Descrizione dei risultati

Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica dei programmi di screening organizzato per il cervicocarcinoma si colloca intorno al 77%. Il dato, a livello territoriale, supera l'80% al Sud, mentre al Nord l'andamento resta pressoché stabile e con un valore al

di sotto del 70% a causa della mancata attivazione dei programmi in diverse aree. Infatti, i programmi, nel Sud e nelle Isole, per quanto più tardivi nell'attivazione, hanno raggiunto, da qualche anno, un'estensione teorica superiore a quella del Nord. Tuttavia, per l'efficacia del programma, l'estensione teorica deve trovare supporto nella capacità di invito, nella partecipazione della popolazione *target* ed in ulteriori indicatori di qualità. I dati dell'Ottavo Rapporto dell'ONS (2) evidenziavano, per il 2008, una minore capacità di invito dei programmi del Sud e delle Isole rispetto a quelli del Nord e del Centro. Il Rapporto Breve 2010, nell'analisi dei dati relativi alla partecipazione per macroarea, ha confrontato le proporzioni dei trienni 2003-2005 e 2006-2008 evidenziando che la partecipazione ai programmi è passata dal 44% al 47% al Nord, dal 36% al 39% al Centro e dal 23% al 27% al Sud ed Isole.

Grafico 1 - Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per macroarea - Anni 2000-2009



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2009: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2010.

Riferimenti bibliografici

(1) 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 2010. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

(2) Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Barca A, Angeloni C, Giaino 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 sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Nel corso degli ultimi anni sono state avviate, in Italia, varie iniziative per lo screening del carcinoma del colon-retto. L'espansione dell'offerta degli interventi di screening per questo tipo di tumore, ha avuto un forte impulso a seguito dell'approvazione della Legge n. 138/2004. Infatti, alla fine del 2004 risultavano attivi 18 programmi di screening, 52 alla fine del 2005 e 69 alla fine del 2006. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella legge, prevedeva che tutte le regioni attivassero tali programmi di screening coinvolgendo almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007.

La copertura superava il 50% a livello nazionale nel 2008 e ha raggiunto quasi il 60% nel 2009. Nonostante vi sia stato, negli ultimi 2 anni, un incremento di attività anche nelle regioni meridionali e nelle Isole, la copertura rimane insufficiente al Sud dove supera di poco il 20% e dove ci sono regioni in cui non sono ancora stati attivati programmi di screening. Le differenze geografiche si amplificano quando si considera l'estensione effettiva, che è pari al 40% (1). 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 e, globalmente, la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening.

Il Gruppo Italiano per lo Screening dei tumori ColoRettali (GISCoR) ha pubblicato un manuale (2) che definisce gli indicatori per il monitoraggio delle 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) ed in collaborazione con il GISCoR. Sono disponibili, nell'Ottavo Rapporto dell'ONS, i dati di dettaglio relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi nel 2008 (3).

La percentuale di persone interessate dai programmi di screening per i tumori colorettali, rispetto alla popolazione nella fascia di età bersaglio dei programmi, rappresenta l'estensione teorica¹; in essa, viene considerata come popolazione di riferimento la popolazione a cui è rivolto il programma di screening, ovvero la popolazione residente nel territorio su cui insiste il programma.

Percentuale di persone inserite in un programma di screening colorettale organizzato

Numeratore	Persone di 50-69 anni inserite in un programma di screening colorettale organizzato	
Denominatore	Popolazione residente in età bersaglio	x 100

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 fascia di 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 2009, il 59% della popolazione di età compre-

sa tra 50-69 anni è residente in aree coperte da un programma di screening (83% al Nord; 72% al Centro; 21% al Sud). Il confronto con i dati dell'anno precedente evidenzia il progredire della diffusione dei programmi soprattutto al Centro.

Anche per lo screening del tumore colorettale si accentuano le differenze geografiche relative al livello di attivazione ed il divario si fa maggiormente evidente se si considera l'estensione effettiva (circa il 64-65% al Nord vs il 5-6% del Sud).

Nel 2008 i programmi che utilizzano il test del sangue occulto fecale hanno raggiunto una completezza di invito pari al 71,3% della popolazione *target*. I programmi che utilizzano la sigmoidoscopia raggiungono il 58,8% (3).

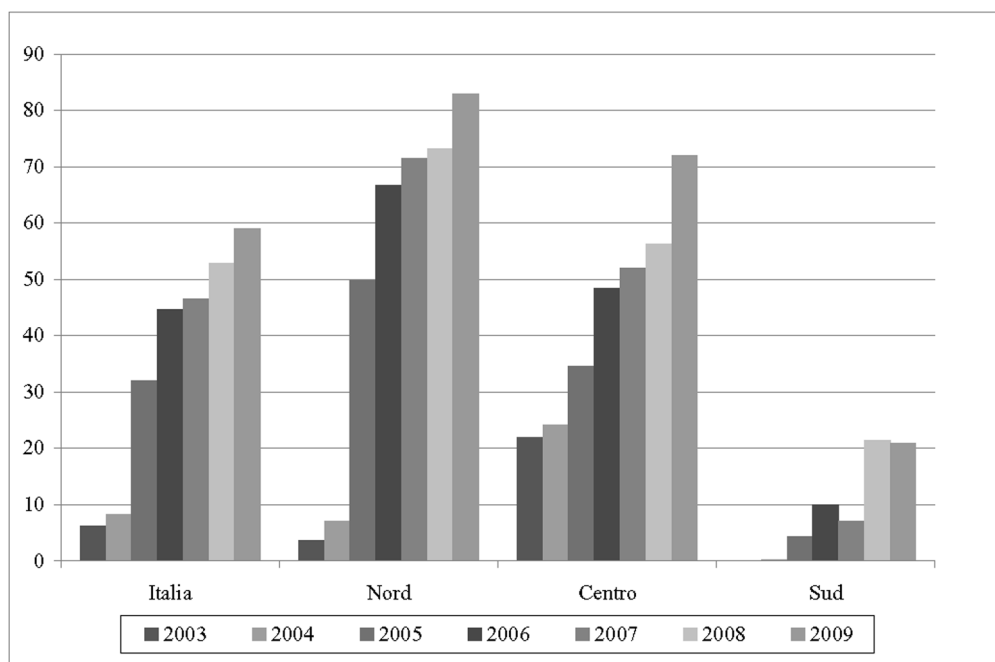
¹Per i programmi che utilizzano la FS:

- 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 di 50-69 anni inserite in un programma di screening coloretale organizzato per macroarea - Anni 2003-2009



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Anno 2009 (e precedenti edizioni). Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2010.

Riferimenti bibliografici

(1) 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 2010. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

(2) Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori coloretali. Manuale operativo a cura di: Manuel Zorzi, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Grazia

Grazzini, Carlo Senore e il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISCoR. *EpidemiolPrev.* 2007; 31 (1 Suppl): 1-56

(3) Manuel Zorzi, Susanna Baracco, Chiara Fedato, Grazia Grazzini, Carlo Naldoni, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Carlo Senore, Marcello Vettorazzi, Carmen Beatriz Visioli. Lo screening coloretale in Italia: survey 2008. Osservatorio Nazionale Screening. Ottavo Rapporto. Suppl. Tumori. Disponibile sul sito:

www.osservatorionazionale screening.it.