

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Il Capitolo presenta la diffusione dei principali fattori di rischio relativi agli stili di vita della popolazione italiana e le strategie attuate, o da attuare, per la loro riduzione/eliminazione.

Per quanto concerne l'abitudine al fumo di tabacco, nel 2011, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre si mantiene stabile rispetto agli anni precedenti, facendo registrare un 22,3%.

La distribuzione territoriale rimane piuttosto omogenea: si riscontra solo una maggiore prevalenza rispetto al dato nazionale nel Lazio (27,2%) ed in Abruzzo (24,0%), entrambe in aumento rispetto al 2009, ed una netta diminuzione in Valle d'Aosta (19,8% vs 16,3%) ed in Campania (26,1% vs 23,1%).

La prevalenza di ex-fumatori si attesta a 23,4% sul territorio nazionale, con valori più elevati al Nord, soprattutto in Emilia-Romagna (27,3%) ed in Liguria (26,6%); i non fumatori risultano maggiori al Sud, in particolare in Calabria (60,5%) ed in Puglia (58,7%).

La fascia di età maggiormente interessata risulta quella tra i 25-34 anni, in cui si concentra circa un terzo del campione (30,6%).

Si registrano, inoltre, notevoli differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4% (con la percentuale massima, pari al 38,9%, nella fascia di età 25-34 anni), mentre le donne fumatrici sono il 16,6% (con la percentuale massima, pari al 23,3%, nella fascia di età 45-54 anni).

Evidente è la netta prevalenza di non fumatori tra il genere femminile (65,1%) rispetto al genere maschile (39,4%), mentre tra gli ex-fumatori gli uomini risultano quasi il doppio (30,5%) rispetto alle donne (16,7%).

Le politiche antifumo adottate finora, fra cui la divulgazione delle informazioni sui danni provocati dal fumo di tabacco attraverso i *mass media* e gli stessi pacchetti di sigarette, o anche la rimborsabilità delle prestazioni antitabagiche, hanno condotto ad una graduale diminuzione del numero di fumatori e dell'iniziazione al fumo. Tuttavia, ancora 2 italiani su 10 e 9 ragazzi su 100 tra i 14-17 anni fumano, a testimonianza del fatto che occorre ancora sensibilizzare la popolazione nei confronti del rischio legato al fumo di tabacco. Risulta opportuno, quindi, avvicinare i fumatori, col coinvolgimento dei medici di famiglia, ai centri antifumo, importante strumento di lotta al tabagismo presente sul territorio ma non sfruttato adeguatamente.

Relativamente all'abitudine all'alcol la prevalenza dei non consumatori, che non risultano esposti ad un rischio alcol correlato, è pari, nel 2010, al 32,7%, in aumento rispetto agli ultimi anni. In particolare, l'aumento rispetto al 2008 è statisticamente significativo, sia a livello nazionale (+3,3 punti percentuali) che in molte realtà locali, soprattutto in alcune regioni del Centro quali Umbria (+7,7), Marche (+6,5) ed Emilia-Romagna (+5,7).

Per quanto riguarda i consumatori a rischio la prevalenza, nel 2010, è pari al 25,4% per gli uomini ed al 7,3% per le donne, senza differenze statisticamente significative rispetto agli ultimi 4 anni.

Differenze statisticamente significative si registrano in Valle d'Aosta, rispetto al 2008, tra le donne (+7,1 punti percentuali) ed in Abruzzo, rispetto al 2009, tra gli uomini (+6,3). Valori statisticamente al di sopra del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna e Toscana. Risultano, invece, statisticamente inferiori al valore nazionale i consumatori a rischio di entrambi i generi in Sicilia, Campania, Lazio, Calabria e Puglia.

L'analisi per fasce di età mostra, per il 2010, una prevalenza di consumatori a rischio tra gli 11-18 anni pari al 15,2% per gli uomini ed al 10,2% per le donne, in diminuzione rispetto al 2007. Nella fascia di età adulta (19-64 anni) la prevalenza dei consumatori a rischio è pari a 21,5% per il genere maschile, in aumento rispetto al 2009 di 1 punto percentuale, e stabile intorno al 5,4% per il genere femminile. La prevalenza di consumatori anziani a rischio è pari al 47,4% tra gli uomini ed al 13,3% tra le donne, senza differenze significative rispetto al passato. La prevalenza degli anziani di età ≥ 75 anni a rischio è pari a 40,3% tra gli uomini ed a 9,6% tra le donne e non mostra variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni.

Inoltre, l'avvio precoce al consumo di alcol, il fenomeno del "binge drinking", e l'incremento dei consumi fuori pasto rappresentano le variabili maggiormente caratterizzanti il fenomeno dell'abuso di alcol negli ultimi anni.

In particolare, il progressivo e costante abbassamento dell'età media di avvio all'uso dell'alcol (11-12 anni, la più bassa in Europa) ed il riscontro di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età che usano l'alcol secondo modalità rischiose e dannose, impongono l'attivazione di iniziative d'informazione e sensibilizzazione a par-

tire dalla prima scolarizzazione.

Le diverse campagne di prevenzione e lotta all'alcolismo, attuate sul territorio a livello sia nazionale che locale, hanno prodotto risultati ancora poco soddisfacenti. Come indicato dalle strategie di prevenzione globali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è opportuno che su questo fronte si agisca mediante il coinvolgimento di più settori che riguardino, oltre all'identificazione precoce dei modelli rischiosi e dannosi, anche interventi normativi che diminuiscano la disponibilità delle bevande alcoliche e provvedimenti nei confronti delle pratiche di *marketing* che propongono messaggi o immagini ingannevoli per il consumatore, in particolare il minore.

Date le ripercussioni delle condizioni socio-economiche attuali sulle abitudini delle classi meno abbienti, risulta urgente ed indispensabile porre maggiore attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione più svantaggiati attraverso specifiche ed intense campagne d'informazione e sensibilizzazione volte a svalorizzare e stigmatizzare il consumo di alcol.

Relativamente ai profili alimentari, le persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno una porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) costituiscono una percentuale abbastanza stabile, con un valore pari all'85,0% nel 2011.

La percentuale di persone di 3 anni ed oltre che consuma 5 porzioni e più al giorno di VOF (5+VOF), dopo il trend crescente registrato dal 2005 (5,3%) al 2008 (5,7%) e la flessione del 2009 (4,8%), è risalita nel 2010 (5,5%) e si è attestata al 4,9% nel 2011.

In alcune delle regioni che inizialmente presentavano un livello inferiore, in particolare l'Abruzzo, la Basilicata e la Sardegna, si è avuto un aumento dell'indicatore, mentre si è registrato un andamento opposto per regioni, come Piemonte, Veneto, Toscana e Lazio, che partivano da un livello più elevato.

Per aumentare la percentuale di persone che consumano giornalmente le 5+VOF risulta necessario proseguire coi programmi di educazione alimentare messi in atto, oltre che promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva e la riduzione nell'apporto di sale con l'alimentazione. Fondamentale, quindi, risulta lo studio degli stili di vita della popolazione quali, ad esempio, la pratica di attività fisica, che rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori e gli operatori della ristorazione.

Inoltre, il fatto che laddove si registrano percentuali più elevate di consumo di 5+VOF si abbia una percentuale minore di persone che pranzano in casa ed una percentuale minore di persone che considerano il pranzo come pasto principale, richiama l'attenzione sui cambiamenti degli stili alimentari, che potrebbero essere oggetto di eventuali interventi di promozione della salute.

Riguardo al sovrappeso ed all'obesità, dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica del 2011, emerge che più di un terzo della popolazione adulta (35,8%) è in sovrappeso, mentre 1 persona su 10 è obesa (10,0%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale.

Considerevoli risultano le differenze territoriali e si riconferma il gradiente Nord-Sud segnalato in passato. La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: dalla fascia di età 18-24 anni a quella 65-74 anni il sovrappeso passa dal 15,7% ad oltre il 45,0%, l'obesità dal 2,5% al 15,5%.

Nelle persone di età ≥ 75 anni il valore diminuisce lievemente (sovrappeso 42,3% ed obesità 13,0%).

L'eccesso ponderale è più diffuso tra gli uomini, che risultano in sovrappeso per il 45,5% rispetto al 26,8% delle donne ed obesi per il 10,7% rispetto al 9,4% delle donne.

La lotta a sovrappeso ed obesità deve avvalersi, oltre che dei sistemi di sorveglianza, indispensabili per programmare strategie adeguate, dell'integrazione tra diverse Istituzioni, utile sia alla promozione di iniziative intersectoriali di comunicazione e di formazione, rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario, sia al miglioramento dei servizi di assistenza per i disturbi del comportamento alimentare.

Per quanto riguarda lo sport e l'attività fisica, nel 2011, il 21,9% della popolazione di età ≥ 3 anni pratica uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltuario; coloro che dichiarano di svolgere qualche attività fisica sono il 27,7%, mentre i sedentari, che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, rappresentano il 39,8%.

L'analisi dei dati mostra un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di attività fisica nella PA di Bolzano (37,9%) ed in Valle d'Aosta (29,3%) e livelli più bassi in Campania (13,1%) e Puglia (13,6%). In Sicilia (57,0%) ed in Puglia (57,2%) oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport.

Considerando l'età, il numero maggiore d'individui che praticano attività fisica con continuità si riscontra nella fascia di età 6-14 anni ed, in particolare, tra i ragazzi di 11-14 anni (59,3%). L'attività sportiva saltuaria registra, invece, le percentuali più alte tra i soggetti di 20-24 anni (16,4%).

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta fino ai 74 anni (37,2%), per poi decrescere di nuovo tra gli ultra 75enni, con una percentuale di sedentari pari al 70,9%.

La differenza tra i generi è notevole: tra gli uomini il 26,0% pratica sport con continuità ed il 12,6% saltuariamente, mentre fra le donne le percentuali sono, rispettivamente, del 18,0% e del 7,9%. Tra le donne si registra anche una quota maggiore di soggetti sedentari (44,4% vs 35,0%).

Più di un terzo della popolazione si dichiara sedentaria e, rispetto all'anno precedente, sono diminuiti coloro che praticano sport o un'attività fisica. È necessario, dunque, come peraltro già ribadito dai diversi programmi e piani della prevenzione messi in atto negli ultimi anni, sia attuare campagne informative che coinvolgano cittadini e personale sanitario e sia favorire uno stile di vita attivo, soprattutto promuovendo il cammino o l'uso della bicicletta per gli spostamenti quotidiani.

Nel periodo 2000-2011 risultano aumentate le coperture relative a tutte le vaccinazioni previste in età pediatrica per il nostro Paese. Le coperture delle vaccinazioni previste dal calendario nazionale per il primo anno di vita, sia obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) che raccomandate (pertosse e *Haemophilus influenzae* di tipo b), sono mediamente superiori al 95% e sono uniformemente distribuite su tutto il territorio, con un valore nazionale pari al 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti.

Per quanto riguarda la prima dose di vaccinazione MPR, i tassi di copertura vaccinale non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (dato nazionale 90,8%) che è sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Tuttavia, nel 2011, si è registrata in Sardegna una copertura vaccinale superiore al 95% (95,8%), mentre Lombardia (94,6%) ed Umbria (94,7%) si avvicinano molto all'obiettivo minimo per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale per queste due patologie non permette di bloccare la circolazione dei due virus e di conseguenza si registrano periodicamente piccole epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato a febbraio 2012, indica tra gli obiettivi anche il raggiungimento ed il mantenimento dei valori soglia delle coperture vaccinali ed il proseguimento della sorveglianza epidemiologica attiva, da realizzare mediante le anagrafi vaccinali che dovranno obbligatoriamente essere soggette ad un processo d'informatizzazione. Dal momento che il mancato rispetto di obiettivi vaccinali da parte anche di una sola regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, è stato stabilito che le regioni inadempienti, anche per un solo obiettivo vaccinale specifico, dovranno presentare un apposito piano contenente la descrizione degli interventi che si intendono adottare per rispettare il *target* prestabilito. Questo permetterà di garantire alte coperture vaccinali e, soprattutto per quanto concerne la vaccinazione Morbillo-Parotite-Rosolia, di rientrare nel piano di eliminazione del morbillo, obiettivo che si è posta la Regione Europea dell'OMS per il 2015.

La copertura vaccinale antinfluenzale nella stagione 2010-2011 ha riguardato il 17,9% della popolazione, con una notevole diminuzione rispetto all'anno precedente in quasi tutte le regioni. I tassi di coperture si attestano al 4,5% nei bambini e nei giovani adulti ed al 12,2% nella fascia di età 45-64 anni, mentre negli ultra 65enni appena 6 anziani su 10 ricevono la vaccinazione antinfluenzale, con una riduzione per questa fascia di età di circa 3 punti percentuali rispetto alla stagione precedente. Solo l'Umbria ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura negli anziani.

L'obiettivo di copertura vaccinale antinfluenzale previsto non è, dunque, ancora stato raggiunto ed anche i valori ottenuti in alcune categorie a rischio sono ancora sub-ottimali. Risulta, quindi, necessaria una maggiore sensibilizzazione della popolazione generale e del personale medico e sanitario sull'importanza della vaccinazione quale strumento di protezione individuale e collettivo.

Relativamente alla diffusione degli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, i dati forniti dall'Osservatorio Nazionale Screening indicano come, nel 2010, l'estensione teorica, cioè la proporzione di donne residenti in un'area dove è attivo un programma di screening, si colloca, rispettivamente, per lo screening mammografico intorno al 92%, per lo screening per il cervicocarcinoma uterino intorno all'80% e per lo screening del tumore del colon-retto, in entrambi i generi, si colloca intorno al 66%.

Rispetto all'anno precedente lo screening mammografico fa registrare una lieve flessione (92% vs 94%), mentre è presente un lieve incremento per lo screening del cervicocarcinoma (80% vs 78%) ed un incremento più marcato per lo screening del tumore al colon-retto (66% vs 59%).

Le percentuali diminuiscono quando si considera l'estensione effettiva, ovvero la proporzione di donne realmente oggetto dell'invito, che si attesta al 69% per lo screening mammografico, al 68% per lo screening del

cervicocarcinoma ed al 51% per quello del colon-retto.

Per lo screening mammografico, le regioni del Centro e del Nord mantengono la piena estensione teorica, mentre nel Meridione si riscontra una lieve flessione, dopo l'aumento considerevole riscontrato tra 2008 ed il 2009, con valori che si attestano intorno al 75%. Tuttavia, mentre al Nord ed al Centro la capacità d'invito si riduce, al Sud e nelle Isole i programmi attivi migliorano lievemente la loro capacità d'invito.

Lo screening per il cervicocarcinoma ha fatto registrare al Nord valori pressoché analoghi a quelli dell'anno precedente (67%); al Centro, dopo la lieve riduzione registrata nel 2009, si raggiunge, nel 2010, il 97%; al Sud e nelle Isole, lo sviluppo continua secondo il trend e raggiunge l'88%. La partecipazione all'invito è variata dal triennio 2004-2006 a quello 2007-2009, passando dal 46% al 48% al Nord, dal 36% al 40% al Centro e dal 25% al 27% nel Meridione.

Infine, anche lo screening per il tumore del colon-retto mostra differenze territoriali: l'estensione teorica raggiunge al Nord quasi il 90%, al Centro l'80%, ed al Sud e nelle Isole il 31%. L'estensione effettiva raggiunge, complessivamente, il 51% rispetto al 40% del 2009, ma permangono ampie differenze tra Nord (78%), Centro (45%) e Meridione (8%). Anche la partecipazione ai programmi varia dal 48% al Nord al 43% del Centro, al 36% di Sud e Isole.

È, dunque, opportuno, dato il gradiente geografico riscontrato, che venga perseguita l'omogeneità territoriale dell'offerta, rafforzando i programmi di screening laddove presenti e garantendone lo sviluppo laddove stentano ad avviarsi.

Fumo di tabacco

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

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

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel marzo 2011 su un campione di 19.000 famiglie, per un totale di 48.000 individui. La rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2011, la quota di fumatori di sigarette tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 22,3% (Tabella 1). Il dato si conferma, complessivamente, stabile negli ultimi anni.

Non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo; si riscontra solo una maggior prevalenza rispetto al dato nazionale nel Lazio (27,2%) ed in Abruzzo (24,0%), entrambe in aumento rispetto al 2010 (26,7% e 21,8%, rispettivamente). Una netta diminuzione, rispetto all'anno precedente, si osserva,

In Italia, si stima che nel 2012 i fumatori saranno circa 10,8 milioni di persone, in netto calo rispetto agli ultimi anni (2). Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, più dei tre quarti (il 76,2%) di coloro che continuano a fumare non ha intenzione di cambiare le proprie abitudini ed il numero medio di sigarette fumate al giorno, a livello nazionale, è rimasto lo stesso rispetto agli ultimi anni, circa 13 sigarette (2).

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

invece, in Valle d'Aosta (19,8% vs 16,3%) ed in Campania (26,1% vs 23,1%). La prevalenza di ex-fumatori di sigarette, pari a 23,4%, è piuttosto omogenea nel territorio, con tassi maggiori nelle regioni settentrionali, soprattutto Emilia-Romagna (27,3%) e Liguria (26,6%); diversamente, i non fumatori risultano maggiori al Sud, in particolare in Calabria (60,5%) ed in Puglia (58,7%).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4%, mentre le donne il 16,6% (Tabella 2).

Il tabagismo è più diffuso nei giovani adulti ed, in particolare, tra i 25-34 anni, fascia di età in cui si concentra circa un terzo del campione (30,6%).

Considerando separatamente uomini e donne, la percentuale massima di fumatori si riscontra negli uomini di 25-34 anni (38,9%), mentre nelle donne prevale la classe di età 45-54 anni (23,3%). I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due generi; infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori tra le donne (65,1%) rispetto agli uomini (39,4%), mentre l'opposto avviene tra gli ex-fumatori, con gli uomini che sono quasi il doppio (30,5%) rispetto alle donne (16,7%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione - Anno 2011

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	23,0	26,2	49,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,3	25,8	55,4
Lombardia	23,0	23,6	51,8
Bolzano-Bozen	19,2	23,2	54,5
Trento	17,8	23,8	55,0
Veneto	18,6	26,0	54,4
Friuli Venezia Giulia	21,4	26,3	50,4
Liguria	20,9	26,6	51,8
Emilia-Romagna	21,2	27,3	49,8
Toscana	23,0	24,4	50,4
Umbria	21,6	24,8	52,0
Marche	21,4	24,0	52,8
Lazio	27,2	22,6	48,8
Abruzzo	24,0	25,1	49,4
Molise	21,7	23,1	54,7
Campania	23,1	19,7	56,5
Puglia	21,0	19,2	58,7
Basilicata	23,3	20,9	53,0
Calabria	18,8	19,4	60,5
Sicilia	22,7	19,9	53,9
Sardegna	19,4	26,6	52,3
Italia	22,3	23,4	52,7

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione. Anno 2011

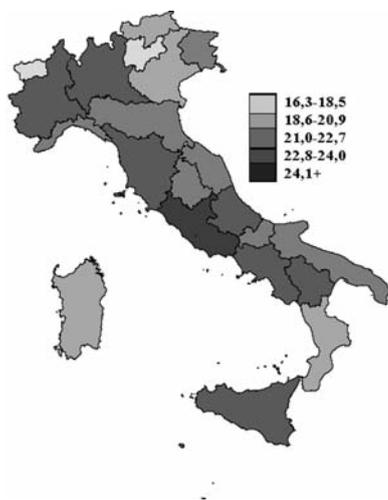


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per classe di età e genere - Anno 2011

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori
14-17	12,0	4,2	81,2	5,7	2,8	90,2	8,8	3,5	85,7
18-19	29,0	5,9	61,6	19,5	6,6	72,5	24,4	6,2	66,9
20-24	31,7	9,4	56,5	19,5	8,4	69,8	25,8	8,9	62,9
25-34	38,9	16,8	42,1	22,4	17,5	58,4	30,6	17,2	50,2
35-44	35,2	23,4	40,1	19,6	17,2	62,0	27,5	20,3	51,0
45-54	32,1	30,4	35,6	23,3	21,0	54,3	27,6	25,6	45,1
55-59	29,8	42,2	26,8	20,4	22,5	55,1	25,1	32,4	40,9
60-64	25,9	44,9	27,7	17,4	19,7	60,8	21,5	31,8	44,9
65-74	18,5	49,5	30,8	9,9	17,3	70,9	13,9	32,2	52,3
75 ed oltre	8,9	58,5	31,9	3,6	14,1	81,0	5,6	31,2	62,0
Totale	28,4	30,5	39,4	16,6	16,7	65,1	22,3	23,4	52,7

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fumare sono circa 2 italiani su 10 per cui la prevalenza sta diminuendo rispetto agli ultimi anni, segno di un graduale, ma costante successo delle politiche antifumo adottate finora; ad oggi, sono 16 i Paesi a livello mondiale che hanno introdotto leggi per la tutela dei non fumatori. Ciò ha determinato sia una riduzione del numero di fumatori che l'iniziazione al fumo, sebbene ci siano ancora 9 ragazzi su 100 che fumano nella fascia di età 14-17 anni.

I dati sono sicuramente confortanti, ma molto resta ancora da fare. Infatti, come risulta da un'indagine DOXA, oltre l'80% dei fumatori crede di essere in buona salute e per questo non pensa di smettere di fumare (2). Occorre, dunque, lavorare ancora per aumentare la consapevolezza del rischio e per sensibilizzare i fumatori a rivolgersi ai centri antifumo che da anni l'Istituto Superiore di Sanità censisce e supporta come il più valido alleato del Servizio Sanitario Nazionale nella lotta al

tabagismo. Nonostante i 380 Centri antifumo attualmente presenti sul territorio siano ben distribuiti, il numero di utenti seguiti annualmente è complessivamente basso, in quanto in pochi ne conoscono l'esistenza. In questo contesto risulta fondamentale la sensibilizzazione del personale sanitario, in particolare dei medici di famiglia che dovrebbero selezionare i fumatori, soprattutto se già portatori di patologie cardiovascolari e polmonari, ed inviarli ai centri antifumo.

Altri importanti interventi attuati per incentivare a smettere di fumare sono rappresentati dalla rimborsabilità delle prestazioni antitabagiche e dalla divulgazione delle informazioni sui danni provocati dal fumo di tabacco, sia attivo che passivo, attraverso i mass media e, più recentemente, riportate anche sui pacchetti di sigarette.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011.
- (2) Indagine DOXA-ISS, 2012.

Consumo di alcol

Significato. È scientificamente dimostrato che l'alcol è una sostanza tossica associata ad oltre sessanta patologie acute e croniche, tra cui i tumori della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago e della mammella nelle donne (1-3). Dalle analisi svolte, attraverso il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, si evince che l'alcol è tra i primi dieci fattori prioritari di danno alla salute preceduto soltanto dal fumo, dall'ipertensione, dall'inattività fisica e dalla mancata misurazione della pressione (4). Le Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (5) considerano a rischio: le donne che consumano più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche-UA¹); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi

quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-5). Tali indicazioni, tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Società Italiana di Alcolologia, hanno portato alla creazione dei seguenti indicatori di sintesi adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che individuano come "consumatori a rischio" (3) tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva il numero di bicchieri di vino e birra ed il numero complessivo di bicchieri di aperitivi alcolici, amari e super alcolici consumati giornalmente. Il numero di bicchieri delle diverse bevande alcoliche è calcolato come somma delle UA delle diverse bevande consumate giornalmente. Gli indicatori proposti permettono di calcolare la frequenza e le quantità di alcol assunte dagli individui giornalmente e di evidenziare gli stili di vita scorretti. Gli stessi indicatori, inoltre, consentono di valutare il carico di morbosità e mortalità evitabili mediante attività di prevenzione a livello nazionale e regionale e di fornire utili indicazioni per la pianificazione delle politiche sanitarie e la valutazione degli interventi necessari.

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

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-18 anni): 15,2% per gli uomini, 10,2% per le donne, 12,8% totale;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (19-64 anni): 21,5% per gli uomini, 5,4% per le donne,

13,4% totale;

- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65-74 anni): 47,4% per gli uomini, 13,3% per le donne, 28,7% totale;
- prevalenza di consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): 40,3% per gli uomini, 9,6% per le donne, 21,7% totale.

Descrizione dei risultati

Non consumatori. (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori, che corrispondono agli astemi ed agli astinenti degli ultimi 12 mesi, cioè di coloro che non risultano esposti ad un rischio alcol correlato, è pari, nel 2010, al 32,7% ed è aumentata rispetto agli ultimi anni (nel denominatore sono conteggiati anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito). L'aumento rispetto all'anno 2008, ultimo anno disponibile a livello di PA, è statisticamente significativo sia a livello nazionale (+3,3 punti percentuali) che in molte realtà locali grazie all'aumento degli astinenti degli ultimi 12 mesi (+2,8 punti percentuali); gli aumenti più consistenti si registrano in alcune regioni del Centro, quali Umbria (+7,7 punti percentuali), Marche (+6,5 punti percentuali) ed Emilia-Romagna (+5,7 punti percentuali).

Consumatori a rischio. (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2010, è pari al 25,4% per gli uomini ed al 7,3% per le donne, senza differenze statisticamente significative rispetto agli ultimi 4 anni. Differenze statisticamente significative, a livello regionale, si registrano in Valle d'Aosta, rispetto al 2008 (ultimo anno disponibile), tra le donne (+7,1 punti percentuali) ed in Abruzzo, rispetto al 2009, tra gli uomini (+6,3 punti percentuali). Tra il genere maschile, per il quarto anno consecutivo, continuano ad aumentare i consumatori a rischio in Molise (nonostante che la differenza rispetto al 2009 non raggiunga la significatività statistica) registrando un incremento di 5,5 punti percentuali. Valori statisticamente al di sopra del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in: Valle d'Aosta (M=38,3%; F=15,4%), PA di Trento (M=36,4%; F=9,5%), PA di Bolzano (M=35,9%; F=13,7%), Veneto (M=31,7%; F=9,6%), Friuli Venezia Giulia (M=31,2%; F=11,2%), Lombardia (M=26,3%; F=8,4%), Piemonte (M=29,4%; F=9,1%), Liguria (M=26,7%; F=9,1%), Emilia-Romagna (M=26,4%; F=7,7%) e Toscana (M=26,9%; F=9,6%). Inoltre, frequenze statisticamente superiori si osservano, solo per gli uomini, anche in Molise (43,8%), Abruzzo (34,0%), Marche (26,2%), Basilicata (31,2%) e Sardegna (33,2%). Al contrario, risultano statisticamente inferiori al valore nazionale i consumatori a rischio di entrambi i generi in Sicilia (M=15,2%; F=4,1%), Campania (M=19,1%; F=4,9%), Lazio (M=22,1%; F=6,9%), Calabria (M=22,5%; F=5,4%) e Puglia (M=22,6%; F=4,7%), oltre alle donne in Sardegna (5,3%).

Giovani. (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni, nel 2010, è pari al 15,2% per gli uomini ed al 10,2% per le donne, in diminuzione rispetto al 2007 (la diminuzione non risulta statisticamente significativa rispetto al 2008 ed al 2009); a livello regionale, non si registrano differenze statisticamente significative rispetto agli anni precedenti, ad eccezione della PA di Trento dove i consumatori a rischio di genere maschile risultano diminuiti rispetto al 2008 (ultimo dato disponibile) (29,3% vs 8,0%). Nel 2010, invece, valori statisticamente superiori al dato nazionale si registrano tra i ragazzi in Valle d'Aosta e tra le ragazze nella PA di Bolzano.

Adulti. (Tabella 3). Nell'anno 2010, nella fascia di età 19-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è pari a 21,5% per gli uomini, in aumento rispetto al 2009 di 1,0 punto percentuale, e stabile intorno al 5,4% per le donne. Rispetto agli anni precedenti si registra un aumento dei consumatori a rischio nella PA di Trento ed in Abruzzo per quanto riguarda gli uomini, mentre tra le consumatrici un incremento si osserva in Valle d'Aosta. Le realtà a maggior rischio,

con valori statisticamente al di sopra del dato nazionale, risultano essere, per entrambi i generi, la PA di Trento (M=35,3%; F=8,7%), la PA di Bolzano (M=37,0%; F=13,4%), la Valle d'Aosta (M=33,5%; F=10,4%), il Friuli Venezia Giulia (M=27,2%; F=8,5%) ed il Piemonte (M=5,0%; F=7,8) a cui si aggiungono, per i soli uomini, il Molise (42,8%), la Sardegna (34,0%), l'Abruzzo (31,2%) ed il Veneto (29,1%); valori al di sotto del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=13,1%; F=3,1%), Campania (M=14,9%; F=3,3%) e Puglia (M=18,0%; F=2,9%), a cui si aggiungono Umbria (16,9%) e Lazio (18,2%) per i soli uomini.

L'analisi delle diverse tipologie di consumo a rischio (*binge drinking* e giornaliero eccedentario) (Tabella 4) mostra che, tra gli uomini, la prevalenza di *binge drinking* in questa classe di età è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni; inoltre, risulta superiore al valore nazionale in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, PA di Bolzano, Abruzzo, Sardegna, Veneto e Piemonte per entrambi i generi. Relativamente alla prevalenza dei consumatori a rischio per consumo eccedentario giornaliero si registrano, per il genere maschile, valori superiori al dato nazionale in 13 regioni, soprattutto in Valle d'Aosta, Molise e Basilicata. Valori di molto inferiori, invece, si osservano nella PA di Bolzano ed in Sicilia.

Anziani. (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2010, è pari al 47,4% tra gli uomini ed al 13,3% tra le donne senza differenze significative rispetto alle precedenti rilevazioni. La percentuale più alta di anziani 65-74enni a rischio tra gli uomini si osserva nella PA di Trento (64,8%), Valle d'Aosta (62,1%) e Basilicata (59,9%); i valori minori, invece, si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=30,2%; F=4,3%), e Sardegna (M=36,6; F=5,8%). La prevalenza risulta, comunque, più elevata tra gli uomini che tra le donne in tutte le regioni.

Molto anziani. (Tabella 6). La prevalenza degli anziani di 75 anni ed oltre a rischio, nel 2010, è pari al 40,3% tra gli uomini ed al 9,6% tra le donne e non presenta variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni. Per entrambi i generi valori nettamente al di sopra del dato nazionale si registrano in Molise (M=58,4%; F=19,2%), mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia (M=19,9%; F=3,4%); tra le donne, inoltre, valori molto al di sopra del valore nazionale si registrano in Valle d'Aosta (34,5%). Nel 2010, si registrano differenze di genere statisticamente significative dei consumatori di bevande alcoliche a rischio in tutto il territorio, ad eccezione della Valle d'Aosta dove la differenza non risulta statisticamente significativa.

Tabella 1 - Prevalenza* (per 100) dei non consumatori e dei consumatori per regione - Anni 2008-2010**

Regioni	2008				2010			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,7	25,3	27,0	71,3	3,6	25,9	29,4	68,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,6	20,5	23,0	74,5	4,5	23,1	27,7	72,0
Lombardia	1,6	24,6	26,2	70,4	4,3	24,7	29,0	69,2
Bolzano-Bozen	2,8	17,9	20,8	76,0	6,7	17,8	24,5	73,1
Trento	1,9	27,7	29,5	66,8	6,0	26,9	32,9	66,0
Veneto	1,8	22,6	24,4	74,5	5,4	23,7	29,1	68,9
Friuli Venezia Giulia	2,4	23,1	25,5	72,0	3,9	25,4	29,3	69,4
Liguria	1,4	29,5	30,9	67,4	4,0	27,7	31,7	67,0
Emilia-Romagna	2,0	24,1	26,0	72,5	5,5	26,2	31,7	67,0
Toscana	1,6	25,7	27,2	70,8	4,8	25,0	29,8	69,0
Umbria	1,6	24,6	26,2	71,8	4,2	29,6	33,9	64,8
Marche	1,7	24,7	26,5	71,4	4,8	28,1	32,9	64,8
Lazio	1,3	25,6	27,0	68,4	4,8	26,8	31,5	65,9
Abruzzo	1,4	33,1	34,5	63,6	5,5	26,2	31,7	66,5
Molise	1,8	31,5	33,2	65,3	4,1	30,8	34,9	64,1
Campania	1,8	35,1	36,9	59,5	4,9	36,0	40,9	58,3
Puglia	1,4	30,0	31,4	67,4	2,8	32,2	35,0	64,1
Basilicata	1,8	32,8	34,6	63,3	3,0	32,6	35,7	61,9
Calabria	1,6	29,2	30,8	67,1	3,8	31,4	35,2	63,2
Sicilia	2,2	36,6	38,8	57,7	4,3	34,5	38,9	59,1
Sardegna	1,4	30,2	31,5	64,9	5,9	28,5	34,4	62,8
Italia	1,7	27,7	29,4	68,0	4,5	28,1	32,7	65,7

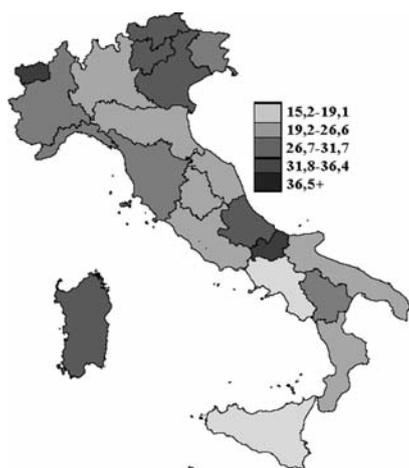
*Il confronto è stato effettuato con l'anno 2008 perché nel 2009 non si disponeva di dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento e per il Piemonte e la Valle d'Aosta.

**Il totale tra "Non consumatori" e "Consumatori" non fa 100 in quanto nel denominatore sono conteggiati anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2009, 2011.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2011



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2011

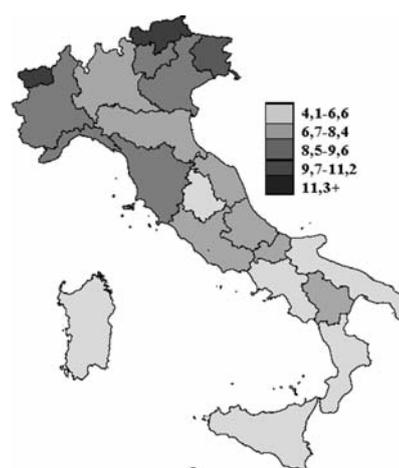


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 11-18 anni per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	23,5	13,1	18,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	38,0	11,6	25,0
Lombardia	16,8	14,1	15,5
Bolzano-Bozen	20,9	23,6	22,2
Trento	8,0	*	5,8
Veneto	17,6	11,2	14,5
Friuli Venezia Giulia	14,4	12,7	13,6
Liguria	16,1	8,6	12,4
Emilia-Romagna	12,4	9,3	10,9
Toscana	11,4	8,1	9,8
Umbria	8,9	10,2	9,5
Marche	20,5	*	13,3
Lazio	12,2	8,4	10,5
Abruzzo	18,8	21,0	19,8
Molise	27,2	*	16,7
Campania	16,9	5,9	11,4
Puglia	11,2	8,2	9,8
Basilicata	25,8	14,0	19,7
Calabria	11,6	10,0	10,8
Sicilia	10,9	11,0	11,0
Sardegna	17,7	7,8	12,5
Italia	15,2	10,2	12,8

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 19-64 anni per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	25,0	7,8	16,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,5	10,4	22,1
Lombardia	21,6	5,9	13,9
Bolzano-Bozen	37,0	13,4	25,4
Trento	35,3	8,7	22,3
Veneto	29,1	7,4	18,4
Friuli Venezia Giulia	27,2	8,5	17,8
Liguria	18,6	6,8	12,7
Emilia-Romagna	22,4	4,9	13,7
Toscana	21,2	6,9	14,0
Umbria	16,9	4,0	10,4
Marche	21,4	3,7	12,6
Lazio	18,2	5,7	11,8
Abruzzo	31,2	5,7	18,4
Molise	42,8	4,6	23,6
Campania	14,9	3,3	9,1
Puglia	18,0	2,9	10,3
Basilicata	24,9	5,4	15,1
Calabria	19,4	4,0	11,6
Sicilia	13,1	3,1	8,0
Sardegna	34,0	5,2	19,8
Italia	21,5	5,4	13,4

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio della classe di età 19-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	9,5	18,6	2,0	6,6	5,8	12,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,5	23,5	3,0	7,9	9,4	15,8
Lombardia	7,7	16,6	1,0	5,0	4,4	10,9
Bolzano-Bozen	4,9	34,9	1,6	12,4	3,3	23,8
Trento	8,2	30,7	0,9	8,0	4,7	19,6
Veneto	9,6	24,8	1,4	6,3	5,6	15,6
Friuli Venezia Giulia	9,0	22,6	1,9	7,3	5,4	14,9
Liguria	7,3	13,3	2,2	5,1	4,8	9,2
Emilia-Romagna	8,2	16,5	2,0	3,2	5,1	9,9
Toscana	8,3	15,6	1,3	5,9	4,8	10,7
Umbria	7,7	12,2	1,3	3,0	4,4	7,5
Marche	8,5	14,1	1,7	2,3	5,1	8,2
Lazio	6,4	13,4	1,4	4,5	3,8	8,8
Abruzzo	9,6	27,1	1,2	5,0	5,4	16,0
Molise	17,1	36,5	*	3,9	8,9	20,1
Campania	7,6	10,5	1,4	2,5	4,5	6,4
Puglia	8,6	12,3	0,7	2,2	4,6	7,1
Basilicata	11,8	19,3	1,8	4,4	6,8	11,8
Calabria	7,5	15,5	0,7	3,4	4,0	9,4
Sicilia	4,9	10,0	0,4	2,9	2,6	6,4
Sardegna	9,4	30,0	*	4,6	5,0	17,4
Italia	8,0	16,6	1,3	4,4	4,6	10,5

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.**Tabella 5** - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 65-74 anni per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	47,6	14,1	29,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	62,1	23,4	43,4
Lombardia	47,6	15,5	30,1
Bolzano-Bozen	47,5	12,9	29,3
Trento	64,8	11,7	35,4
Veneto	50,5	16,7	33,0
Friuli Venezia Giulia	50,7	16,8	32,6
Liguria	58,8	13,5	33,7
Emilia-Romagna	48,6	17,5	31,5
Toscana	58,3	21,2	37,6
Umbria	44,0	10,1	24,8
Marche	47,5	21,2	33,9
Lazio	45,1	9,6	25,3
Abruzzo	51,4	9,5	30,3
Molise	50,5	12,1	28,4
Campania	44,0	10,9	25,2
Puglia	53,1	9,9	29,9
Basilicata	59,9	10,4	34,8
Calabria	40,4	12,1	24,5
Sicilia	30,2	4,3	15,3
Sardegna	36,6	5,8	20,0
Italia	47,4	13,3	28,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2010

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	41,3	7,6	20,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,8	34,5	37,9
Lombardia	50,1	11,0	25,6
Bolzano-Bozen	22,7	*	12,2
Trento	41,6	16,1	25,9
Veneto	45,1	13,6	24,6
Friuli Venezia Giulia	49,1	17,0	28,6
Liguria	43,3	13,4	24,8
Emilia-Romagna	40,3	10,8	22,7
Toscana	40,4	11,5	23,3
Umbria	42,4	7,0	21,9
Marche	38,2	8,7	19,7
Lazio	36,5	10,1	20,7
Abruzzo	48,1	*	20,1
Molise	58,4	19,2	35,9
Campania	34,4	8,6	19,1
Puglia	40,6	8,3	21,1
Basilicata	52,2	9,7	26,4
Calabria	40,7	*	19,7
Sicilia	19,9	3,4	10,6
Sardegna	37,3	*	16,9
Italia	40,3	9,6	21,7

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'alcol è una tra le prime dieci priorità d'intervento in Italia. Il fenomeno del "bere per ubriacarsi" tra i minori, l'avvio precoce al consumo di alcol e l'incremento dei consumi fuori pasto sono le variabili più caratterizzanti le tendenze degli ultimi 10 anni. L'uso dell'alcol, inteso letteralmente come utilizzazione della sostanza psicoattiva legale disponibile ed a più basso costo, ed il droga-ponte favorente l'uso di droghe illegali tra cui, principalmente, la cannabis, è un fenomeno non marginale ed emergente in tutte le rilevazioni e le statistiche ufficiali, nelle Relazioni annuali trasmesse dal Ministro della Salute al Parlamento ed in quelle sulle tossicodipendenze della Presidenza del Consiglio. L'abbassamento progressivo e costante dell'età media di avvio all'uso dell'alcol (11-12 anni la più bassa in Europa) e la consolidata evidenza di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età, di cui due terzi maschi, che usano l'alcol secondo modalità rischiose e dannose, impongono l'attivazione d'iniziativa d'informazione e sensibilizzazione a partire dalla prima scolarizzazione.

Tutti gli organismi di tutela della salute sollecitano il coinvolgimento parentale e degli adulti competenti per una prevenzione che parta dai 6 anni di età oltre ad una rigorosa applicazione ed osservanza delle norme attualmente in grado di contrastare un comportamento responsabile del maggior rischio alcol correlato oggi esteso anche agli anziani, obiettivo negletto del-

la prevenzione in Italia. Le principali agenzie educative dei bambini, scuola e famiglia, dovrebbero essere coinvolte e supportate nel corso del ciclo delle scuole elementari per la realizzazione d'iniziative di avvio di una sensibilizzazione che possa consentire di sviluppare per tempo le abilità richieste ad evitare la creazione di disvalori supportati dal *marketing* e dalle pubblicità legati a bere ed al *binge drinking* in età adolescenziale.

Il bere per ubriacarsi, spesso legato all'assunzione contestuale di cocktail alcolici, *breezer*, *alcopops*, birre, vino e bevande superalcoliche, sta esplodendo. Appare, quindi, imperativo far sì che i giovani siano sostenuti nell'adozione di scelte più salutari ed informate. Nonostante da anni si attuino, a livello regionale e nazionale, campagne di sensibilizzazione e di prevenzione alcol correlate, i trend che si intravedono, in alcune realtà territoriali di un possibile *outcome* positivo o di successo nel contrasto al rischio alcol, non possono definirsi completamente soddisfacenti. Si continua ad evidenziare una connotazione di rischio caratteristico per ciascuna generazione con stili e modelli basati da un lato sul *binge drinking* (l'intossicazione episodica o occasionale ricorrente attuata fuori pasto, non esclusivamente attribuibile ai giovani, ma anche a molti adulti) e dall'altro sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino (bevanda principale in termini di consumo e di rischio).

Modelli e stili di consumo e di rischio alcol correlato

richiedono l'azione in più settori come indicato dalle strategie di prevenzione globali dell'OMS e riguardano, oltre ad un rinnovato approccio clinico d'identificazione precoce dei modelli rischiosi e dannosi, anche interventi normativi rivolti ad arginare la disponibilità delle bevande alcoliche, attraverso adeguata tassazione o introduzione del cosiddetto prezzo minimo già in discussione a livello comunitario ed applicato in alcune Nazioni. Dovrebbero essere attuati, inoltre, interventi più incisivi sulle pratiche di *marketing* che propongono messaggi o immagini ingannevoli per il consumatore, in particolare il minore.

Alla luce della crisi economica e delle condizioni socioeconomiche che hanno già modificato i comportamenti dei gruppi meno abbienti ed essendo nota l'influenza del disinvestimento nel *welfare*, della riduzione dei *budget* destinabili alla cura della salute, dell'incremento della disoccupazione nei periodi di recessione sulla mortalità alcol attribuibile, risulta urgente ed indispensabile un'attenzione ed una tutela particolare nei confronti dei gruppi di popolazione più svantaggiati attraverso specifiche ed intense campagne d'informazione e sensibilizzazione volte a svalorizzare e stigmatizzare il consumo di alcol.

In tal modo si contribuisce a connotare, senza ambiguità, le condizioni, i contesti e le circostanze che contribuiscono ad incrementare il rischio alcol correlato, aumentando la consapevolezza degli effetti negativi di modelli non salutari e non sicuri ed assicurando che gli interessi di salute pubblica ricevano un rinnovato impulso alla salvaguardia della salute rispetto alle logiche del mercato, attente ai consumatori, ma spesso non alla loro salute (7-8).

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi ed alla redazione dei

risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione ed attuate dal Centro Collaboratore - Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcol correlate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

- (1) Alcohol in Europe Anderson P, Baumberg B, Institute of Alcohol Studies, UK June 2006.
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge quadro n. 125/2001 in materia di alcol e problemi alcolcorrelati. Roma, 2011. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1686_a_llegato.pdf.
- (3) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2012. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/3).
- (4) E. J. Simoes, S. Mariotti, Alessandra Rossi, Alicia Heim, Felipe Lobello, A. H. Mokdad, E. Scafato. The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors. International Journal of Public Health; Volume 57/2012.
- (5) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (6) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2011. Istat, Roma, 2011.
- (7) Stuckler D, Basu S, McKee M (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. British Medical Journal, 41: 77-79.
- (8) Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet, 374: 315-323.

Profili alimentari territoriali

Alimentazione e nutrizione assicurano l'essenziale scambio, materiale ed energetico, fra ambiente ed organismi che lo popolano (1).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) 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. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale.

Complessivamente, le persone di 3 anni ed oltre che, in Italia, consumano quotidianamente VOF costituiscono una percentuale abbastanza stabile con un minimo di 83,7% nel 2009 ed un massimo di 85,3% nel 2006, per attestarsi all'85,0% nel 2011 come valore nazionale (3). Osservando, tra di loro, la percentuale di persone di 3 anni e più che mangia almeno 5+VOF, si è registrato un massimo di 5,7% nel 2008 al termine di un periodo di crescita dell'indicatore che partiva da un 5,3% nel 2005. Nel 2009, è sceso al 4,8% per poi risalire nel 2010 (5,5%) ed, infine, attestarsi al 4,9% nel 2011 (3). L'evoluzione osservata nel tempo vede una crescita in alcune delle regioni che inizialmente presentavano un livello inferiore, in particolare l'Abruzzo (che passa da una percentuale di 4,3% a 6,6% e dal primo quinto si posiziona all'ultimo), la Basilicata e la Sardegna, mentre si registra un andamento opposto per le regioni che partivano da un livello più elevato, come Piemonte, Veneto, Toscana e Lazio (Tabella 1).

Tabella 1 - Percentuale di persone della classe di età 3 anni ed oltre che consumano 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta, tasso medio annuo (per 100) di variazione e quinto di appartenenza per regione - Anni 2005, 2011

Regioni	5+VOF*		Tasso 2005-2011	Quinto	
	2005	2011		2005	2011
Piemonte	6,7	6,2	-1,3	5	4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,4	6,4	6,4	2	4
Lombardia	4,9	6,0	3,3	5	3
Bolzano-Bozen	4,5	4,4	-0,7	5	2
Trento	8,6	6,0	-2,6	5	5
Veneto	6,7	6,4	-1,7	5	3
Friuli Venezia Giulia	7,7	7,0	-1,6	4	5
Liguria	5,6	5,3	-0,8	2	3
Emilia-Romagna	5,1	5,2	0,4	3	2
Toscana	5,7	3,8	-6,5	4	1
Umbria	5,1	7,4	3,6	3	4
Marche	4,5	5,5	3,4	2	3
Lazio	5,5	3,9	-5,6	3	2
Abruzzo	4,3	6,6	7,5	1	5
Molise	4,7	6,1	4,3	2	4
Campania	6,0	3,8	-7,2	4	1
Puglia	3,3	2,7	-3,4	1	1
Basilicata	3,1	4,7	6,5	1	2
Calabria	2,5	2,5	0,3	1	1
Sicilia	4,4	3,7	-2,9	1	1
Sardegna	6,4	8,1	3,9	4	5
Italia	5,3	4,9	-1,3		

*Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

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”. Anni 2005, 2012 (3).

Nel periodo osservato sembra, dunque, esserci una tendenza all'uniformarsi del livello dell'indicatore a livello geografico nella generale tendenza alla diminuzione.

Riferimenti bibliografici

(1) Mariani Costantini A, Cannella C, Tomassi G (a cura di) (2006): Alimentazione e Nutrizione Umana. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. p. 3.

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

(3) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Istat. Roma, 2006, 2012.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta nella popolazione. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e pubblicate nei volumi "Aspetti della vita quotidiana", riferite agli anni 2010 e 2011, consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di percentuale di persone di 3 anni ed oltre che dichiarano una frequenza di assunzione dei differenti alimenti. La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo a seconda dell'uso

abituale e della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Infatti, i dati sono riferiti ad un consumo quotidiano per i derivati dei cereali, i prodotti lattiero-caseari, verdura, ortaggi, frutta e bevande, mentre negli altri casi l'assunzione degli alimenti avviene su base settimanale (carne, pesce, uova, legumi, dolci, snack) o occasionale. Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.

Percentuale per gruppo di alimenti consumati

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

Indicatore obiettivo

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

Validità e limiti. Il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo di alimenti secondo la frequenza (su base giornaliera o settimanale a seconda del tipo di alimento) indicata nell'apposito questionario: a coloro che consumano quotidianamente Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) viene richiesto di indicare quanti piatti (verdura o ortaggi) oppure quante porzioni, espresse come numero di pezzi (frutta), assume abitualmente nella giornata.

L'indicatore obiettivo è costituito dal consumo di almeno 5 porzioni e più al giorno di VOF calcolato sulle persone di 3 anni ed oltre che hanno dichiarato di consumare almeno una porzione di VOF.

La tipologia di dati permette di stimare quante persone consumano almeno 5+VOF considerate come piatti/porzioni, mentre una valutazione quantitativa dell'assunzione di VOF completa richiederebbe anche l'inclusione degli alimenti assunti come ingredienti. In questo modo si potrebbero recuperare tra i consumatori anche coloro che hanno mangiato alimenti afferenti a questo gruppo alimentare solo come condimento o farcitura. In questo caso, avrebbe anche senso considerare al denominatore tutta la popolazione oggetto della rilevazione e non solo i consumatori quotidiani. Così come è strutturato l'indicatore si ha

un valore leggermente superiore a quello che risulterebbe dal calcolo effettuato utilizzando l'intera popolazione di 3 anni ed oltre.

Valore di riferimento/Benchmark. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma 5+VOF e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti sono analizzate in relazione all'indicatore obiettivo e ad altri indicatori dello stile alimentare (luogo ed importanza dei pasti).

L'indicatore obiettivo 5+VOF, viene usato come guida per costruire una mappatura del consumo di tutti i gruppi alimentari rilevati a livello regionale.

Descrizione dei risultati

L'analisi di tipo descrittivo è stata condotta evidenziando i valori al di sopra ed al di sotto del dato nazionale della percentuale di risposte relative alle modalità sul consumo alimentare rilevate nel questionario dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" nel 2010 e nel 2011.

Si può osservare che, nel 2010 (Tabella 1), la distribuzione dei valori di 5+VOF è, tendenzialmente, legata al consumo quotidiano di "verdura" ($r=0,8$)¹ ed "ortaggi" ($r=0,7$), mentre il consumo di "frutta" segue un'andamento differente ($r=-0,4$). La stessa situazione si verifica nel 2011 (Tabella 2) con $r=0,5$ sia per la

¹Il coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson è indicato con r.

“verdura” che per gli “ortaggi”, mentre per la “frutta” si registra $r=-0,2$.

Passando alle altre tipologie di alimenti non incluse nel gruppo “VOF”, nel 2010 si osserva concordanza ($r=0,5$) dell’indicatore 5+VOF sia con il consumo settimanale di “dolci” che con il consumo quotidiano di “formaggio”. Per tutte le altre tipologie di alimenti si osserva, invece, mancanza di concordanza. Nel 2011, si riduce la concordanza per la voce “formaggio” ($r=0,4$) e rimane $r=0,5$ solo per il gruppo “dolci”. In entrambi gli anni, per tutte le altre tipologie alimentari, le percentuali di risposta a livello regionale discorrono dalla distribuzione dell’indicatore.

Considerando, infine, la relazione tra 5+VOF e gli indicatori dello stile alimentare, in particolare il pran-

zo e la cena (Tabella 3), si osserva che laddove si registrano percentuali più elevate di consumo di 5+VOF si ha una percentuale di persone minore che pranzano in casa ed una percentuale minore di persone che considerano il pranzo come pasto principale, mentre si hanno percentuali più elevate di persone che dichiarano di consumare fuori casa (soprattutto in mensa, ma anche ristorante/trattoria sul posto di lavoro o al bar, anche se con intensità inferiore rispetto alla percentuale di coloro che pranzano in mensa). I dati relativi al 2011 indicano che le tendenze osservate negli anni precedenti sono confermate nel segno, ma le relazioni sono meno forti ($r<0,5$) o si annullano ($r=0$), come nel caso del pranzo al bar.

Tabella 1 - Percentuale di persone della classe di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni cibi in relazione all'indicatore obiettivo (5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta) per regione - Anno 2010

	TRE	PIE	SAR	VDA	FVG	CAM	LOMI	VEN	TOS	LAZ	ABR	MAR	BOL	ITALIA	E-R	LIG	SIC	UMB	CAL	MOL	PUG	BAS
VOF 1 ^a	16,7	13,6	17,0	15,9	14,8	19,1	17,4	20,3	16,9	16,0	21,6	18,9	25,9	18,0	15,3	15,4	19,3	16,8	21,7	19,5	22,8	26,3
Frutta*	73,2	79,1	76,3	75,8	73,6	78,1	73,1	69,5	79,3	77,5	72,8	72,7	62,1	76,2	75,5	77,2	80,3	76,8	74,1	81,4	82,3	77,2
VOF°	84,1	87,1	84,2	86,3	86,2	82,9	83,1	82,9	87,1	85,4	79,9	85,2	77,0	84,2	84,0	83,5	83,8	84,3	79,6	85,8	87,7	83,0
VOF da 2 a 4 ^a	75,5	79,6	76,4	77,6	79,4	75,0	76,8	73,8	77,2	78,2	72,6	75,3	68,5	76,5	79,3	79,5	76,2	78,9	74,1	76,9	74,0	70,5
Ortaggi*	56,4	53,8	39,9	52,4	50,0	32,7	44,6	45,6	49,8	43,7	33,2	46,5	39,5	42,1	50,1	45,4	31,5	48,1	28,5	36,4	32,9	23,7
Verdure*°	67,5	62,1	45,9	60,6	65,9	42,1	54,0	58,0	55,3	57,6	40,0	56,6	51,4	50,9	56,5	53,7	39,9	55,1	36,1	37,9	35,6	29,1
5+VOF ^a	7,8	6,8	6,6	6,5	5,9	5,9	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,7	5,6	5,5	5,5	5,1	4,5	4,3	4,2	3,5	3,1	3,1
Quinto	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Formaggio*	43,3	31,0	33,0	46,8	34,4	10,4	31,8	31,4	24,4	17,1	18,0	13,8	43,1	24,5	26,2	26,4	22,1	16,9	26,9	16,8	19,5	16,2
Dolci°	50,7	50,3	49,0	55,7	52,5	46,1	53,7	56,0	50,8	43,6	55,9	52,9	47,3	49,8	56,3	48,5	44,5	50,2	48,5	47,8	43,2	43,5
Latte*	60,6	55,4	59,1	58,9	59,2	59,9	57,5	56,0	67,8	66,3	59,1	59,4	60,0	58,9	51,7	58,9	52,0	58,5	58,4	61,1	66,1	56,9
Carni bianche°	74,3	83,6	76,8	81,5	80,1	85,2	81,2	79,7	85,1	81,0	85,7	85,0	51,7	81,2	80,7	81,0	79,1	87,2	81,1	85,9	76,7	80,3
Carni bovine°	59,2	72,9	69,3	78,8	64,8	73,8	69,3	68,8	72,4	74,1	73,0	73,4	43,2	70,7	67,3	69,7	73,7	77,5	72,0	76,8	67,1	66,0
Pane, pasta, riso*	83,6	83,3	79,6	82,3	81,8	87,7	82,8	83,0	89,7	83,3	88,7	87,7	73,6	84,9	85,8	81,1	88,2	85,7	89,2	79,8	84,2	91,6
Carni di maiale°	45,6	38,1	60,2	37,9	46,0	56,0	39,9	44,1	51,2	48,2	54,3	53,1	29,3	47,0	50,9	35,5	44,3	62,8	51,6	61,2	47,2	50,7
Snack°	22,9	22,4	21,5	19,9	20,0	32,4	28,8	27,3	18,9	21,6	28,5	21,6	15,1	25,4	24,2	19,0	24,6	20,0	31,8	30,6	26,8	26,8
Pesce°	47,3	53,9	55,8	54,9	50,6	72,9	55,8	51,0	60,5	62,5	60,3	65,4	28,8	59,2	53,0	62,9	62,7	58,7	65,5	66,3	60,9	60,0
Salumi°	61,4	56,4	56,0	63,8	62,4	64,2	66,4	57,8	60,8	57,0	66,0	65,4	60,3	62,0	67,6	57,6	61,2	64,6	68,6	73,1	59,9	63,9
Uova°	46,1	57,6	55,3	60,5	54,0	62,7	49,6	49,7	55,0	59,1	63,3	56,0	50,2	55,9	51,9	61,1	59,7	60,8	63,8	69,0	54,3	61,7
Legumi in scatola°	39,9	31,8	40,0	37,8	32,3	78,7	36,5	34,7	48,3	43,6	56,5	40,9	21,2	46,0	39,4	36,5	48,5	48,3	62,9	66,0	55,1	71,7

^aPer 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

*Almeno una volta al giorno.

°Almeno qualche volta alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011.

Tabella 2 - Percentuale di persone della classe di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni cibi in relazione all'indicatore obiettivo (5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta) per regione - Anno 2011

	SAR	TRE	FVG	ABR	VDA	UMB	PIE	MOL	LOM	VEN	MAR	LIG	E-R	ITALIA	BAS	BOL	LAZ	TOS	CAM	SIC	PUG	CAL
VOF 1 ^a	15,4	15,6	14,5	15,9	18,8	16,8	15,1	21,5	19,2	18,1	14,8	15,3	16,8	18,5	25,9	20,0	17,6	16,6	22,2	19,7	22,1	23,4
Frutta*	80,0	72,8	75,4	80,7	66,7	77,5	78,4	81,6	72,6	72,3	78,7	79,9	74,4	76,3	74,9	67,0	74,7	75,6	77,3	80,0	81,7	79,5
VOF**	85,9	84,2	86,5	86,4	78,0	86,8	88,3	87,9	83,4	85,2	87,8	87,1	85,0	85,0	79,6	75,6	84,8	84,9	83,0	85,2	87,3	84,7
VOF da 2 a 4 ^a	76,5	77,0	78,6	77,5	74,0	76,8	78,7	72,4	74,8	75,9	79,6	79,5	78,1	76,6	69,4	75,6	78,5	79,6	74,0	76,6	75,2	74,1
Verdure*	47,4	67,7	63,5	48,1	52,0	56,1	60,5	36,0	53,4	59,7	58,7	52,7	58,2	51,4	27,4	53,1	59,3	55,0	40,5	40,3	38,2	38,4
Ortaggi*	44,1	57,9	48,0	41,2	45,5	49,0	54,2	28,9	45,2	49,9	50,3	46,5	50,9	43,7	22,4	44,0	47,0	49,6	33,9	32,2	34,2	31,8
5+VOF ^a	8,1	7,4	7,0	6,6	6,4	6,4	6,2	6,1	6,0	6,0	5,5	5,3	5,2	4,9	4,7	4,4	3,9	3,8	3,8	3,7	2,7	2,5
Quinto	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Dolci ^o	50,9	45,6	52,9	48,1	51,2	52,7	51,3	49,8	54,2	57,8	54,4	53,3	52,1	49,1	49,8	51,6	42,9	46,2	44,1	42,0	43,7	44,9
Formaggio*	32,9	34,2	33,4	17,0	39,0	17,4	32,0	16,3	30,3	29,9	16,8	26,6	22,0	23,6	19,5	43,0	18,3	19,9	10,2	22,5	19,0	23,4
Carni di manzo ^o	55,6	43,5	45,6	53,6	40,7	64,2	38,4	59,3	39,9	43,6	50,7	37,2	51,3	46,5	48,2	30,9	47,1	49,3	55,1	45,4	45,2	53,9
Carni bianche ^o	76,9	76,2	78,9	84,2	85,4	86,6	83,8	83,1	83,7	79,1	84,7	81,8	82,5	81,7	82,9	53,4	81,8	83,3	84,2	77,3	79,7	83,0
Carni bovine ^o	70,2	57,4	62,2	71,8	76,4	75,4	71,9	68,6	67,9	66,7	71,0	70,6	66,2	69,8	68,7	47,4	74,2	69,9	74,6	71,0	67,3	73,5
Latte*	62,4	58,8	58,1	60,0	50,4	65,4	55,8	67,0	57,6	56,5	58,6	62,3	53,5	59,6	55,2	59,1	67,4	63,7	59,4	53,5	70,8	56,8
Pane, pasta, riso*	83,8	83,5	80,9	89,6	80,4	85,1	84,1	90,7	81,0	83,3	86,8	79,1	83,1	84,2	87,6	71,5	84,1	84,7	87,0	87,2	84,8	90,4
Salumi ^o	54,4	58,2	63,0	58,2	62,2	65,1	56,5	70,6	67,8	59,3	67,6	63,5	69,7	62,0	65,3	62,1	54,9	56,2	64,6	57,8	61,2	70,4
Snack ^o	23,4	19,3	22,1	25,5	24,5	19,3	21,0	31,8	31,8	28,4	18,9	25,4	21,9	25,6	30,9	17,9	21,9	16,7	30,9	24,8	28,1	29,5
Pesce ^o	55,4	50,3	50,0	61,1	53,6	64,0	52,9	59,5	56,9	51,9	64,4	63,9	54,2	59,4	63,6	35,8	65,2	56,7	70,6	60,8	63,3	66,1
Legumi in scatola ^o	38,2	41,2	37,1	56,8	39,8	56,7	33,8	61,9	36,1	35,0	41,7	39,3	40,7	46,2	68,1	25,1	44,4	46,5	73,4	47,8	56,3	71,5
Uova ^o	54,0	45,6	52,6	60,9	54,5	60,6	58,6	65,6	51,0	51,5	55,1	63,6	51,1	56,8	62,8	52,3	61,2	54,1	63,7	59,1	57,2	69,1

^aPer 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

^oAlmeno una volta al giorno.

^oAlmeno qualche volta alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 3 - Coefficiente di correlazione tra l'indicatore obiettivo (5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta) e gli indicatori di stile alimentare - Anni 2005-2011

Indicatori stile alimentare	2005	2006	2007	5+VOF* 2008	2009	2010	2011
Pranzo in casa	-0,6	-0,8	-0,5	-0,5	-0,6	-0,7	-0,4
Pranzo in mensa	0,6	0,8	0,5	0,5	0,7	0,7	0,4
Pranzo al ristorante/trattoria	0,4	0,6	0,4	0,5	0,7	0,5	0,4
Pranzo al bar	0,4	0,7	0,1	0,3	0,2	0,4	0,0
Pranzo sul posto di lavoro	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,5	0,1
Pasto principale pranzo	-0,5	-0,6	-0,1	-0,3	-0,2	-0,6	-0,1
Pasto principale cena	0,5	0,6	0,1	0,4	0,2	0,5	0,1

*Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF nella regione.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5+VOF continua ad essere limitata, pertanto risulta fondamentale il proseguimento di programmi, come "Frutta nelle scuole", promosso dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali in linea con il corrispondente programma europeo.

Analogamente, occorre continuare a promuovere l'utilizzo dell'olio di oliva, alimento caratteristico della dieta mediterranea e la riduzione nell'apporto di sale.

Aspetto non secondario è il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica, che rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare, anche tra i produttori e gli operatori della ristorazione.

L'immissione sul mercato di alimenti, così come la preparazione di pasti meno calorici e nutrizionalmente bilanciati, può contribuire molto a migliorare la qualità della dieta. In questo quadro, l'Istat, nel 2012, ha sottolineato l'importanza d'investigare sul pranzo fuori casa che, seppure stia perdendo un po' della sua importanza, rappresenta un atto quotidiano e ha una certa rilevanza soprattutto tra i più piccoli. Infine, mangiare a mensa, al ristorante/trattoria o al bar comporta il consumo di tipologie di piatti diversi, sia in termini di completezza che di bilanciamento, oltre ad una velocità di consumo che differisce da un tipo di luogo all'altro.

Tuttavia, i risultati che vedono nel 2011 una riduzione dell'associazione tra consumo di 5+VOF ed il consumo fuori casa, sembrano indicare la necessità di approfondire lo studio di questi aspetti per verificare

se e come i cambiamenti nello stile alimentare incidano nei profili di consumo a livello territoriale ed, eventualmente, quali interventi di politica nei riguardi del tema alimentazione e salute debbano essere messi allo studio.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile sul sito: <http://nutrition.med.uoc.gr/eurodiet/index.html>.
- (2) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Istat. Roma, 2011. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/36071>
- (3) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". "Aspetti della vita quotidiana". Istat. Roma, 2012. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/66990>
- (4) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003. Disponibile sul sito: www.fruttanellescienze.gov.it/.
- (5) Disponibile sul sito: ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (6) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (7) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (8) European Commission (2008). Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile sul sito: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf.
- (9) Centro nazionale per la prevenzione il Controllo delle malattie. Piano d'azione Oms 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Documento pubblicato sul web il 30-03-2009. Disponibile sul sito: www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf.
- (10) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=1400&menu=protocolli.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Il sovrappeso e l'obesità sono tra i principali fattori di rischio per le patologie non trasmissibili, quali le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete di tipo 2, le osteoartrosi ed alcuni tipi di cancro e la loro diffusione, sempre più in crescendo, è ormai un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale, con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali. Molti governi stanno adottando nuovi approcci di prevenzione ed interventi sulla popolazione in quanto negli ultimi 30 anni l'obesità è più che raddoppiata ed attualmente, a livello globale, ci sono più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso, di questi oltre 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne sono obesi (1).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

x 100

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (Kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (4).

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel marzo 2011 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 48.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte, sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat emerge che, in Italia, nel 2011, più di un terzo della popolazione adulta (35,8%) è in sovrappeso, mentre 1 persona su 10 è obesa (10,0%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Basilicata

In molti Paesi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la prevalenza di obesità è addirittura triplicata dagli anni Ottanta e continua a crescere, diventando responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2).

In Italia, dallo studio Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia è emerso che, nel 2011, più di 4 adulti su 10 (42%) risultano essere in eccesso ponderale (3). La rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare precocemente le tendenze positive o negative.

13,1% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Campania 40,1% e Puglia 40,4%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: PA Trento 6,4%; sovrappeso: Veneto 31,4%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) si osserva che dal 2001 nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (2,4 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale, mentre nel Nord-Est è cresciuta notevolmente la prevalenza di persone obese.

Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone in sovrappeso ed obese è rimasta pressoché stabile negli ultimi anni. A livello nazionale, i dati del 2011 risultano sovrapponibili rispetto a quelli del 2010, ma confermano il trend in aumento degli ultimi 10 anni (Grafico 1).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,7% della fascia di età 18-24 anni ad oltre il 45,0% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,5% al 15,5% per le stesse fasce di età. Nelle età più avanzate il valore diminuisce lievemente (sovrappeso: 42,3% ed obesità: 13,0% nelle persone di 75 anni ed oltre) (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra gli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 45,5% degli uomini rispetto al 26,8% delle donne ed obese il 10,7% degli uomini ed il 9,4% delle donne. La fascia

di età in cui si registrano le maggiori percentuali negli uomini è quella dei 55-64 anni (sovrappeso: 55,0%; obeso: 15,5%), mentre nelle donne è 65-74 anni (sovrappeso: 40,3%; obeso: 15,9%), probabilmente

questa differenza nelle donne è dovuta all'influenza di fattori ormonali ed alla maggiore sedentarietà (Tabella 2).

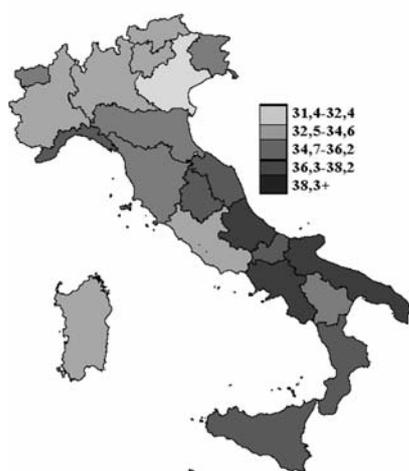
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2011

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,5	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,6	8,7
Lombardia	34,4	8,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	32,9	8,9
<i>Trento</i>	33,4	6,4
Veneto	31,4	8,4
Friuli Venezia Giulia	34,7	9,9
Liguria	37,9	11,8
Emilia-Romagna	36,2	12,0
Toscana	35,2	8,7
Umbria	38,2	11,2
Marche	38,1	9,6
Lazio	34,0	9,2
Abruzzo	39,2	8,7
Molise	37,1	13,5
Campania	40,1	10,9
Puglia	40,4	12,6
Basilicata	36,1	13,1
Calabria	37,1	11,4
Sicilia	37,8	9,8
Sardegna	32,9	10,2
Italia	35,8	10,0

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2011



Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2011

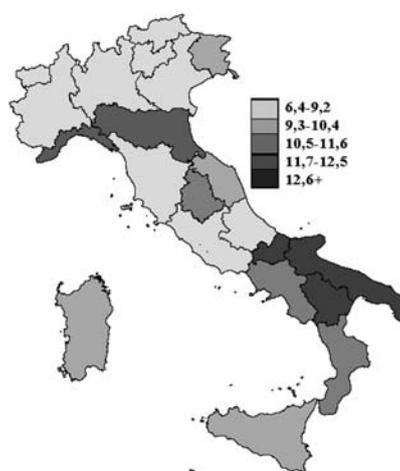


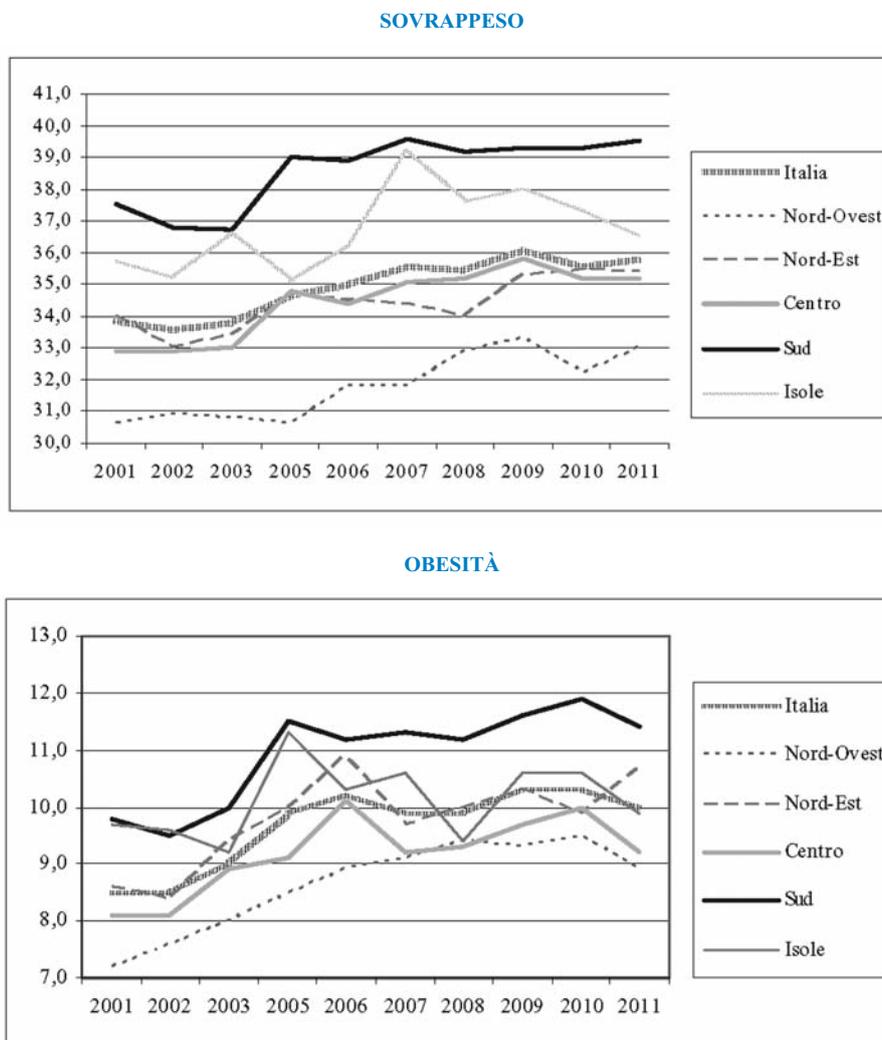
Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per classe di età e genere - Anno 2011

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	22,1	8,8	15,7	3,2	1,7	2,5
25-34	35,9	14,3	25,1	5,6	3,2	4,4
35-44	45,0	19,8	32,5	8,8	5,6	7,2
45-54	50,1	26,5	38,1	13,7	9,8	11,7
55-64	55,0	35,8	45,2	15,5	13,9	14,7
65-74	54,1	40,3	46,7	14,9	15,9	15,5
75 ed oltre	50,1	37,4	42,3	11,4	13,9	13,0
Totale	45,5	26,8	35,8	10,7	9,4	10,0

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2011



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

La condizione di eccesso ponderale è il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti (1).

L'obesità viene considerata universalmente un importante problema di Sanità Pubblica e non solo come una malattia del singolo individuo: l'obesità è il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita di un'intera popolazione.

Il fatto che poco meno della metà della popolazione adulta (45,8%) risulti in eccesso ponderale è, senza dubbio, un dato allarmante che si conferma stabile, se non in aumento, negli ultimi anni. La rilevanza del problema ha portato, recentemente, ad un incremento dei sistemi di sorveglianza che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita della popolazione nelle diverse aree geografiche e nelle diverse fasce di età. La sorveglianza epidemiologica riveste un ruolo importante sia per valutare precocemente le tendenze positive o negative, sia per verificare i risultati raggiunti e per programmare iniziative *ad hoc* rivolte a specifici gruppi di persone.

Oltre al contributo fornito dai diversi sistemi di sorveglianza della popolazione, la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità passa attraverso la promozione d'iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione, rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario. La collaborazione inter-istituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per migliorare sia l'offerta dei servizi di assistenza che gli interventi terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare. L'esempio più concreto è il programma nazionale "Guadagnare Salute" che si pone come obiettivo quello di promuovere campagne informative ed educative affinché le persone possano fare le scelte migliori per la propria salute e mira ad agire in modo integrato e coordinato per contrastare i principali fattori di rischio modificabili, in particolare con iniziative dedicate all'educazione alimentare.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, May 2012.
- (2) WHO European Region Obesity, 2012.
- (3) Sistema di sorveglianza Passi, 2011.
- (4) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.

Attività fisica

Significato. Svolgere una regolare attività fisica di moderata intensità, ossia circa 30 minuti di movimento (cammino, nuoto, bicicletta etc.) al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici sulla salute generale della persona. Negli ultimi anni, infatti, numerosi studi hanno dimostrato che, rispetto alle persone sedentarie, quelle fisicamente attive, oltre ad avere una migliore forma muscolare e livelli più alti di funzionalità cardiorespiratoria, presentano un minor rischio di sviluppare condizioni disabilitanti e malattie croniche. L'attività fisica risulta essere un fattore protettivo nei confronti di diverse patologie quali ipertensione, ictus cerebrale, malattia coronarica, diabete di tipo 2, sindrome metabolica e, non ultimi, cancro del colon, con evidenza scientifica di riduzione del rischio del 30-40% rispetto alle persone sedentarie, e del polmone (fino al 20% in meno nelle persone fisi-

camente attive) (1). Inoltre, nelle donne, l'attività fisica esercita i suoi effetti protettivi riducendo i livelli ormonali, abbassando i livelli d'insulina e coadiuvando il mantenimento di un Indice di Massa Corporea normale, evitando l'accumulo di grasso. Per questa influenza sui livelli e sul metabolismo degli ormoni, l'attività fisica delle donne si associa a riduzione del rischio di cancro del seno e dell'endometrio (2). Altra categoria che può giovare dell'attività fisica sono gli anziani per i quali, oltre ai benefici sopra riportati, l'essere fisicamente attivi comporta migliori funzioni cognitive e minor rischio di cadute.

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

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2011 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di quasi 48.000 individui. La rilevazione dell'attività fisica si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

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

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2011 (Tabella 1), il 21,9% della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltuario. Le persone che, pur non praticando alcuna attività sportiva dichiarano di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta etc.), sono il 27,7%. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, è pari al 39,8%. L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le regioni. Infatti, dall'analisi dei dati, emerge un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di una qualsiasi attività fisica nella PA di Bolzano

(37,9%) ed in Valle d'Aosta (29,3%) e livelli più bassi in Campania (13,1%) e Puglia (13,6%).

L'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Sicilia (57,0%) ed in Puglia (57,2%) dove oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile (Tabella 2): il numero maggiore di sportivi che pratica attività fisica con continuità si riscontra nella fascia di età 6-14 anni ed, in particolare, tra i ragazzi di 11-14 anni (59,3%). L'attività sportiva saltuaria registra, invece, le percentuali più alte tra i soggetti di 20-24 anni (16,4%).

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta in modo continuo fino ai 74 anni (37,2%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, dove aumenta la percentuale di sedentari, pari al 70,9% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze. I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità ed il 12,6% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 18,0% e del 7,9%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,4% vs 35,0%).

Rispetto al 2010, in entrambi i generi, si riscontra un aumento per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 38,3% a 39,8%) ed una riduzione di

coloro che praticano sport o attività fisica, passando dal 61,2% al 59,8%.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2011

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,7	12,2	31,1	31,5	0,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,3	15,4	22,8	31,7	0,8
Lombardia	26,8	12,8	29,6	30,3	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>37,9</i>	<i>18,9</i>	<i>27,9</i>	<i>15,1</i>	<i>0,3</i>
Trento	28,7	17,6	40,0	13,5	n.a.
Veneto	28,7	12,6	34,5	23,9	0,3
Friuli Venezia Giulia	25,0	11,1	35,7	27,9	0,3
Liguria	21,8	8,3	26,9	42,6	0,4
Emilia-Romagna	26,4	11,5	31,5	30,5	0,0
Toscana	23,5	8,5	31,3	36,4	0,3
Umbria	21,2	13,4	27,6	37,5	0,3
Marche	23,7	10,5	28,6	36,3	0,9
Lazio	22,1	9,8	22,5	44,9	0,7
Abruzzo	20,8	9,5	28,7	40,4	0,6
Molise	20,5	7,5	21,4	50,3	0,2
Campania	13,1	6,3	23,5	56,3	0,8
Puglia	13,6	7,1	21,5	57,2	0,6
Basilicata	16,3	5,8	29,1	48,4	0,4
Calabria	14,4	7,6	26,4	51,0	0,5
Sicilia	15,1	7,9	19,4	57,0	0,6
Sardegna	21,6	10,6	32,5	35,2	0,2
Italia	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.
n.a = non applicabile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica per regione. Anno 2011

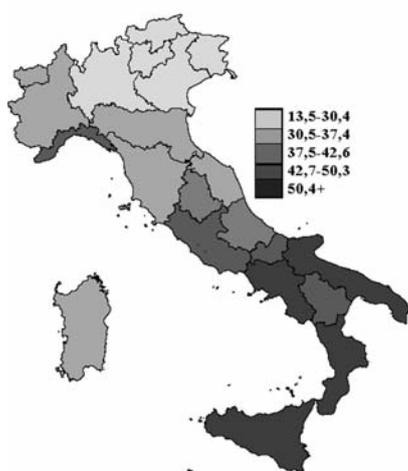


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone della classe di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2011

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	18,6	4,5	23,6	50,0	3,4
6-10	57,4	8,6	11,1	21,8	1,1
11-14	59,3	10,8	14,7	14,7	0,5
15-17	51,9	17,8	13,7	16,2	0,4
18-19	42,8	16,5	20,9	19,8	-
20-24	44,3	18,4	16,8	20,4	*
25-34	34,5	17,7	19,1	28,4	0,3
35-44	23,1	16,7	25,0	35,0	0,3
45-54	19,5	14,2	28,6	37,7	0,1
55-59	16,8	10,9	31,5	40,7	0,2
60-64	15,4	9,6	37,6	37,1	0,4
65-74	11,0	6,8	40,7	41,3	0,2
75 ed oltre	4,7	2,7	30,9	61,1	0,5
Totale	26,0	12,6	26,0	35,0	0,4
FEMMINE					
3-5	20,9	2,6	24	47,7	4,8
6-10	51,3	7,2	15,7	25,1	0,8
11-14	52,6	9,9	17,0	19,6	0,9
15-17	40,8	13,0	21,2	24,6	0,4
18-19	28,5	12,5	26,8	32	0,2
20-24	24,4	14,2	27,8	33	0,5
25-34	20,8	11,8	31,0	36,2	0,2
35-44	17,2	11,3	31,0	40,2	0,3
45-54	14,2	8,6	35,3	41,4	0,4
55-59	11,4	6,2	36,5	45,6	0,3
60-64	12,9	5,2	33,7	47,5	0,7
65-74	8,6	3,3	34,1	53,7	0,3
75 ed oltre	1,8	1,2	19,3	77	0,6
Totale	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
TOTALE					
3-5	19,7	3,6	23,7	48,9	4,1
6-10	54,3	7,9	13,4	23,4	0,9
11-14	56,1	10,4	15,8	17,0	0,7
15-17	46,5	15,5	17,4	20,3	0,4
18-19	35,9	14,6	23,8	25,6	0,1
20-24	34,7	16,4	22,1	26,5	0,3
25-34	27,7	14,7	25,1	32,3	0,2
35-44	20,2	14,0	28,0	37,6	0,3
45-54	16,8	11,4	32,0	39,6	0,2
55-59	14,1	8,6	34,0	43,1	0,2
60-64	14,1	7,3	35,6	42,5	0,5
65-74	9,7	4,9	37,2	48,0	0,3
75 ed oltre	2,9	1,8	23,8	70,9	0,6
Totale	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5

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

- = non disponibile.

*Dato non attendibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati sopra riportati non possono certo considerarsi positivi in quanto più di un terzo della popolazione si dichiara sedentaria e rispetto all'anno precedente sono diminuiti coloro che praticano sport ovvero un'attività fisica.

A livello globale, la promozione di uno stile di vita sano, nonché attivo, è diventato uno degli obiettivi prioritari di Sanità Pubblica ed è ormai inserita nella programmazione sanitaria di tutto il mondo. In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza del-

L'attività fisica per la salute; il programma "Guadagnare Salute" si propone di favorire uno stile di vita attivo, con il coinvolgimento di diversi settori della società, allo scopo di "rendere facile" per il cittadino la scelta del movimento. Per essere fisicamente attivi è, infatti, sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo", ovvero cercare di abbandonare uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro e contribuire alla salvaguardia dell'ambiente, camminando o usando la bicicletta per muoversi. A questo proposito, a fine 2011, è stato pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità Europea lo "Health economic assessment tools for walking and for cycling" (3), manuale dedicato al camminare ed all'andare in bicicletta indirizzato ad un'ampia gamma di professionisti, oltre a quelli della sanità, sia a livello nazionale che locale: decisori nel settore dei trasporti, ingegneri del traffico, gruppi di interesse, economisti

della salute, esperti di attività fisica e di promozione della salute.

Recentemente è stata pubblicata una relazione del progetto nazionale di promozione dell'attività motoria finanziato dal Ministero della Salute che si pone tra gli obiettivi quello di attuare campagne informative che prevedono una serie d'iniziative efficaci per la modifica dei comportamenti sedentari e quello di aumentare il livello delle conoscenze degli operatori sanitari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Lee I, Oguma Y. Physical activity. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2006.
- (2) McTiernan A, editor. *Cancer Prevention and Management Through Exercise and Weight Control*. Boca Raton: Taylor & Francis Group, LLC, 2006.
- (3) WHO Europe. Health economic assessment tools for walking and for cycling. Download. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87482/E90948.pdf.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano lo strumento più efficace per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere, in modo duraturo ed efficace, la persona vaccinata dall'infezione o dalle sue complicanze. Si stima che nel mondo, annualmente, le vaccinazioni prevengono tra i 2-3 milioni di morti per difterite, tetano, pertosse, morbillo, parotite e rosolia (1).

Inoltre, le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura

vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica. Appare chiaro, quindi, come la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento che consente, da un lato, d'identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente prevedendone l'eventuale comparsa e, dall'altro, di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione. Nel nostro Paese tali tassi vengono rilevati annualmente e vengono calcolate le coperture vaccinali nei bambini fino al 24° mese di vita, ossia che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV), Poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) ed una dose del vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

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

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute. I tassi al 24° mese per MPR, si riferiscono ad una dose. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita indica, come obiettivo, quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali di MPR, entro i 2 anni, superiori al 95%.

Descrizione dei risultati

Nell'arco temporale 2000-2011, nel nostro Paese sono aumentate le coperture relative a tutte le vaccinazioni previste in età pediatrica (Tabella 1). La copertura delle vaccinazioni previste dal calendario nazionale che si

somministrano nel primo anno di vita, sia obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) che raccomandate (pertosse e *Haemophilus influenzae* di tipo b), è mediamente superiore al 95% ed uniformemente distribuita su tutto il territorio, con un valore nazionale pari al 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Tabella 2).

Per quanto riguarda la prima dose di vaccinazione MPR, i tassi di copertura vaccinale non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (dato nazionale 90,8%) ed il dato è sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Tuttavia, nel 2011, si registra una regione, la Sardegna, che ha raggiunto una copertura vaccinale superiore al 95% (95,8%), mentre Lombardia (94,6%) ed Umbria (94,7%) si avvicinano molto all'obiettivo minimo per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Essendo morbillo e rosolia malattie infettive estremamente contagiose, il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale non permette di bloccare la circolazione dei due virus per cui periodicamente si sono registrate piccole, ma pericolose epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Tabella 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia - Anni 2000-2011

Anni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
2000	96,6	95,3	94,1	74,1	54,7
2001	95,8	95,9	94,5	76,9	70,2
2002	95,9	96,8	95,4	80,8	83,4
2003	96,6	96,6	95,4	83,9	90,4
2004	96,8	96,6	96,3	85,7	93,8
2005	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7
2006	96,5	96,6	96,3	88,3	95,5
2007	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0
2008	96,3	96,7	96,1	90,1	95,7
2009	96,1	96,2	96,1	90,0	95,6
2010	96,3	96,4	95,8	90,6	94,6
2011	96,4	96,6	96,3	90,8	95,9

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia e regione - Anno 2011

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	95,9	96,0	95,9	92,2	95,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	95,6	95,3	94,8	86,4	94,9
Lombardia	97,0	97,1	96,2	94,6	95,9
Bolzano-Bozen	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Trento	95,9	95,8	95,5	89,1	95,1
Veneto	95,3	95,3	95,1	92,5	94,7
Friuli Venezia Giulia	96,0	96,7	95,4	91,6	95,0
Liguria	96,7	96,7	96,7	85,7	96,3
Emilia-Romagna	96,5	96,6	96,3	92,9	95,4
Toscana	96,2	98,6	95,9	92,2	95,2
Umbria	97,8	97,8	97,4	94,7	97,5
Marche	97,2	97,1	97,1	92,4	97,1
Lazio	96,6	96,5	99,9	90,0	96,8
Abruzzo	99,1	99,1	99,1	91,9	99,1
Molise	99,0	99,0	99,0	89,7	99,0
Campania	91,9	91,9	90,2	86,5	88,1
Puglia	96,9	96,9	96,9	92,7	97,2
Basilicata	98,6	98,6	98,6	92,4	98,6
Calabria	95,4	95,4	95,4	82,5	95,4
Sicilia	94,8	94,8	94,8	90,1	94,8
Sardegna	96,1	96,0	96,0	95,8	96,0
Italia	96,4	96,6	96,3	90,8	95,9

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati: Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione. Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Durante la Settimana Europea della vaccinazione del 2012, iniziativa organizzata dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, si sono sottolineati alcuni punti chiave sul tema delle vaccinazioni: ruolo cruciale degli operatori sanitari nei programmi d'immunizzazione e per il loro successo; prioritaria importanza nel monitorare i focolai di morbillo in atto nei Paesi europei e prevenire ulteriori casi all'interno dell'Europa; decimo anniversario della certificazione di *status polio-free* della regione europea.

In Italia, a febbraio 2012, è stato approvato il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 che, oltre a mantenere l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie, prevede l'inserimento a

livello nazionale dei vaccini anti-meningococco e anti-pneumococco, mentre viene posticipata al 2015 l'introduzione universale della vaccinazione anti-varicella (2).

Tra gli obiettivi indicati è presente anche il raggiungimento ed il mantenimento dei valori soglia delle coperture vaccinali ed il proseguimento della sorveglianza epidemiologica attiva da realizzare mediante le anagrafi vaccinali che dovranno obbligatoriamente essere soggette ad un processo d'informatizzazione. In considerazione del fatto che la situazione delle coperture vaccinali non è completamente soddisfacente, appena 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro morbillo, rosolia e parotite, e che il mancato rispetto di obiettivi vaccinali da

parte anche di una sola regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, è stato stabilito che le regioni inadempienti, anche per un solo obiettivo vaccinale specifico, dovranno presentare un apposito piano contenente la descrizione degli interventi che si intendono adottare per rispettare il *target* prestabilito.

Questo permetterà di garantire alte coperture vaccina-

li e, soprattutto per quanto concerne la vaccinazione MPR, di rientrare nel piano di eliminazione del morbillo, obiettivo che si è posta la Regione Europea dell'OMS per il 2015.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO - World Immunization Week 2012.
- (2) Ministero della Salute - Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali e la vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze. Questa viene offerta in via preferenziale e gratuita ai gruppi di popolazione maggiormente a rischio ed, in ambito europeo, esiste una sostanziale concordanza sul fatto che i principali destinatari del vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere le persone di età ≥ 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso d'influenza.

Ogni anno, il Ministero della Salute, attraverso la Circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza", indica gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale quali la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte nonché la diminuzione dei costi sociali connessi con morbosità e mor-

talità (1). Per centrare tali obiettivi, è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione *target* della vaccinazione. Nello specifico, oltre alle categorie a rischio sopracitate, vi sono: le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; gli individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti; i medici ed il personale sanitario di assistenza; i familiari di soggetti ad alto rischio; gli addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed il personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali non umani (1).

A partire dalla stagione influenzale 2010-2011, è stato predisposto un sistema informatizzato di registrazione della vaccinazione antinfluenzale, che ha permesso di ottenere per tutte le regioni i dati di copertura, per fascia di età, categoria *target* e tipo di vaccino somministrato.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

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

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

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

Descrizione dei risultati

Come illustrato in Tabella 1, nell'ultima stagione 2010-2011, il 17,9% della popolazione ha ricevuto il vaccino antinfluenzale e non si registrano particolari differenze a livello regionale. Tuttavia, in quasi tutte le regioni si osserva una notevole diminuzione delle coperture rispetto all'anno precedente (Rapporto Osservasalute 2010). Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di coperture vaccinali, a livello nazionale, non superano il 4,5% nelle diverse classi di età. Si registra, invece, un valore

più alto per la fascia di età 45-64 anni pari al 12,2%, mentre negli ultra 65enni appena 6 anziani su 10 ricevono la vaccinazione antinfluenzale.

Inoltre, negli ultra 65enni la copertura vaccinale risulta diminuita di circa 3 punti percentuali rispetto alla stagione 2009-2010. Molto probabilmente, l'allarme per l'epidemia da virus influenzale pandemico A/H1N1 nella stagione passata ha creato una sorta di sfiducia nella prevenzione antinfluenzale creando questo effetto "boomerang". Diversamente, invece, nella stagione 2005-2006 si è registrato un picco, pari al 68,3%, ascrivibile al condizionamento psicologico sul rischio di pandemia d'influenza aviaria (Tabella 2).

Solo l'Umbria ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura negli anziani, mentre nella maggior parte delle regioni si è registrata una netta diminuzione rispetto alla stagione precedente, in particolare in Lombardia (dal 63,1% al 54,2%), Emilia-Romagna (dal 73,8% al 63,4%) e Basilicata (dal 72,6% al 63,6%). Solo in Friuli Venezia Giulia ed in Campania si evidenzia un aumento del tasso di vaccinati, dal 49,7% al 62,4% e dal 63,4% al 68,8%, rispettivamente (Tabella 2).

Tabella 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età e regione - Stagione 2010-2011

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,7	1,1	1,4	1,3	1,7	1,9	8,9	57,3	16,4
Valle d'Aosta	0,2	1,7	1,9	1,3	0,8	1,8	9,1	55,6	15,0
Lombardia	1,2	0,8	1,2	1,9	0,8	0,9	4,4	54,2	12,6
Bolzano-Bozen	2,1	1,4	1,5	1,1	0,9	1,6	6,7	44,5	10,5
Trento	0,9	2,2	2,2	1,7	1,4	2,1	8,4	61,8	15,2
Veneto	1,5	3,0	3,1	2,8	2,3	3,2	11,7	67,8	18,2
Friuli Venezia Giulia	0,2	0,2	0,1	1,4	1,3	2,6	11,2	62,4	18,7
Liguria	2,8	4,8	4,1	3,5	3,7	5,0	16,1	58,0	22,1
Emilia-Romagna	1,1	2,3	3,1	2,8	2,3	3,4	12,7	63,4	19,2
Toscana	8,1	13,9	10,9	5,6	3,5	3,7	14,6	68,8	22,5
Umbria	0,2	0,6	0,8	1,0	0,9	2,1	10,8	75,2	21,1
Marche	1,4	3,3	3,5	2,4	2,5	3,0	10,7	63,9	18,7
Lazio	0,9	3,0	3,4	3,1	2,6	4,3	15,7	64,1	18,9
Abruzzo	2,2	2,9	3,6	2,3	1,3	1,4	9,7	60,9	16,5
Molise	4,8	8,5	7,7	4,6	4,5	5,2	20,3	65,6	22,6
Campania	4,0	6,0	6,6	4,4	4,9	3,7	16,0	68,8	17,5
Puglia	11,5	16,0	11,3	12,8	10,1	5,7	19,4	71,7	22,5
Basilicata	2,9	2,7	3,4	2,1	3,2	4,8	16,7	63,6	19,4
Calabria	6,9	10,1	10,3	9,6	5,0	10,0	19,5	55,8	20,8
Sicilia	0,6	2,1	2,5	1,8	4,5	4,9	14,5	61,3	17,2
Sardegna	9,0	8,2	5,1	3,7	7,6	8,9	6,7	59,6	17,5
Italia	2,9	4,5	4,3	3,8	3,5	3,6	12,2	62,4	17,9

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della salute - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da regioni e PA. Anno 2012.

Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale di persone della classe di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2010-2011

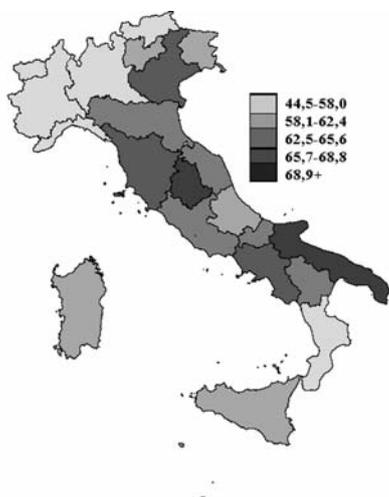


Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale della classe di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 1999-2000/2010-2011

Regioni	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3
Valle d'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2
Bolzano-Bozen	n.p.	43,3	38,8	46,8	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7	44,5
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0	61,8
Veneto	47,3	60,7	63,5	n.p.	70,9	n.p.	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8
Friuli Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1	n.p.	64,4	68,1	49,7	62,4
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6
Campania	38,1	62,3	n.p.	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6
Calabria	23,6	29,7	n.p.	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.p.	61,0	64,1	61,3
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6	62,4

n.p. = non pervenuti.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della salute - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da regioni e PA. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quali obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate d'influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia. Purtroppo, in Italia, così come in altri Paesi europei, l'obiettivo *target* di copertura vaccinale previsto non è ancora stato raggiunto ed anche i valori ottenuti in alcune categorie a rischio sono ancora sub-ottimali. Occorre sensibilizzare sia la popolazione generale che il personale medico e sanitario sulle finalità della vaccinazione che non deve essere intesa solo come uno strumento di protezione

individuale, ma anche come protezione della collettività: la vaccinazione, infatti, riducendo il numero dei malati e lo *shedding* virale da parte dei soggetti infetti, riduce la diffusione e limita la circolazione interumana dei virus. Inoltre, con una buona copertura vaccinale contro l'influenza è possibile anche ridurre da un lato l'assenteismo dal lavoro e dall'altro i rischi connessi con l'attività lavorativa, ossia la riduzione dell'impatto della malattia nei soggetti (e nelle rispettive famiglie) che per attività lavorativa sono a maggiore contatto con il pubblico.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute-Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria-Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2011-2012.

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

L'attività e lo sviluppo dei programmi di screening viene monitorato attraverso i dati trasmessi da ciascun programma all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

L'ONS pubblica, annualmente, i "Rapporti Brevi" che intendono fornire un rapido aggiornamento sui principali indicatori ed approfondimenti sulle attività in corso nei programmi italiani. I "Rapporti Brevi" (2-4) sono disponibili sul sito dell'ONS (1).

Il Rapporto Osservasalute, come di consueto, prende in considerazione gli indicatori principali della diffusione dei programmi organizzati, cioè l'estensione teorica e l'estensione effettiva a livello nazionale.

I "Rapporti Brevi" 2011 (2-4) riportano che, in Italia, nel 2010, l'estensione teorica (o nominale), cioè la proporzione di donne residenti in un'area dove è attivo un programma di screening, si colloca rispettivamente per lo screening mammografico intorno al 92% e per lo screening per il cervicocarcinoma uterino intorno all'80%. Per lo screening del tumore del colon-retto, la stessa proporzione riferita, però, ad entrambi i generi, si colloca intorno al 66%.

L'estensione effettiva, ovvero la proporzione di donne realmente oggetto dell'invito, si attesta al 69% per lo screening mammografico, al 68% per lo screening del cervicocarcinoma ed al 51% per il colon-retto. Rispetto all'anno precedente si apprezza una lieve flessione nei dati dello screening mammografico, mentre è presente un lieve incremento nell'estensione dello screening per il cervicocarcinoma ed un incremento più marcato per lo screening del tumore del colon-retto.

La valutazione dei programmi di screening è, tuttavia, complessa e richiede certamente di analizzare non soltanto la diffusione complessiva dei programmi di screening, ma anche, ad esempio, la qualità del percorso diagnostico nei programmi attivi. Risultati di maggior dettaglio o relativi, in particolare per l'anno 2009, ad altri indicatori per la valutazione della qualità e dell'organizzazione dei programmi sono pubblicati sul Nono Rapporto Annuale dell'ONS (5) cui si rinvia per gli approfondimenti.

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalecreening.it.

(2) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia 2011. Screening del tumore della mammella.

(3) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia 2011. Screening del tumore dell'utero.

(4) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia 2011. Screening del tumore del colon-retto.

(5) Osservatorio Nazionale Screening - Nono Rapporto - Epidemiologia e Prevenzione anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011 Suppl. 5 (The National Centre for the Screening Monitoring - Ninth Report - Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6) Suppl. 5: 1-96).

Screening mammografico

Significato. Lo screening organizzato per la prevenzione per il tumore della mammella ha raggiunto, con l'invito attivo nell'anno 2010, poco meno di 2,5 milioni di donne di cui quasi 1,4 milioni hanno aderito (1). Questi risultati sono simili a quelli riscontrati per il 2009. La diffusione dei programmi di screening orga-

nizzato è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio. Il Rapporto Breve 2011 riporta che, complessivamente, in Italia, nel 2010, circa il 92% delle donne (50-69 anni) vive in un'area in cui è attivo un programma di screening.

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 d'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.

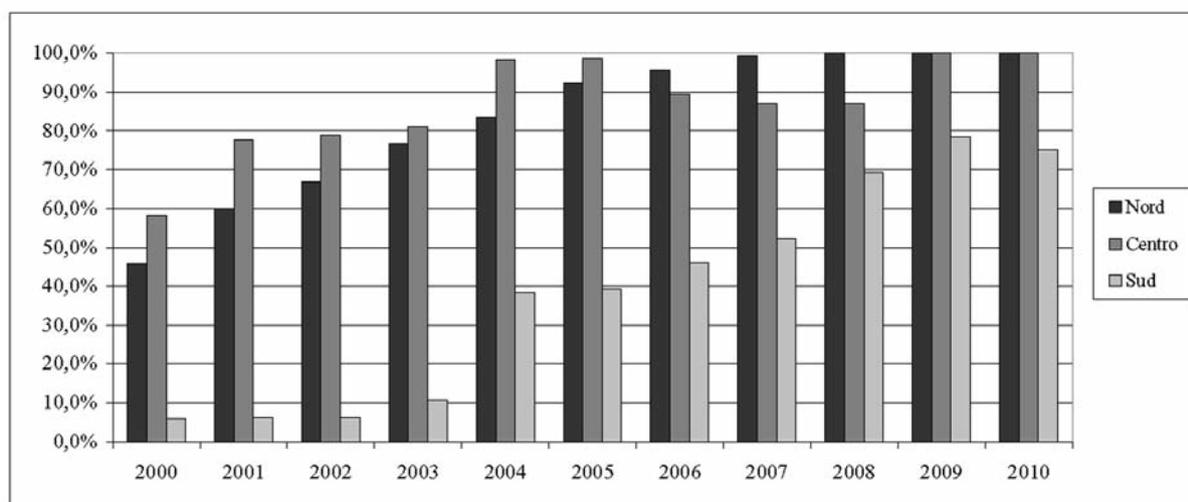
Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2010, la percentuale di donne della fascia di età *target* e residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening è circa il 92% (1). Si assiste, quindi, ad un lieve decremento (il Nono Rapporto ONS, per il 2009, riporta l'estensione teorica pari al 93,8%) (2), essenzialmente attribuibile alle regioni del Sud ed alle Isole, in quanto le regioni del Nord e del Centro conservano la piena estensione teorica.

Il Grafico 1 riporta l'andamento temporale dell'estensione teorica degli ultimi anni distinto per macroarea e comparato con i dati degli anni precedenti.

Le regioni del Centro e del Nord mantengono la piena estensione teorica, mentre nel Meridione si riscontra una lieve flessione, dopo l'aumento considerevole riscontrato tra 2008 ed il 2009 (rispettivamente, 69,3% e 78,4%). Il valore, per il 2010, per il Sud e le Isole, si colloca, infatti, intorno al 75%.

Grafico 1 - Percentuale di donne della classe di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per macroarea - Anni 2000-2010



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Nono Rapporto. Anno 2011 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2010: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni del Nord e del Centro non subiscono riduzioni dell'estensione teorica, che permane completa. Tuttavia, mentre al Nord ed al Centro la capacità d'invito si riduce, al Sud e nelle Isole i programmi attivi migliorano lievemente la loro capacità d'invito. Il Rapporto Breve per l'anno 2011 (1) riporta valori di estensione effettiva, per l'anno 2010, in calo rispetto all'anno precedente, sia al Centro (77,2% nel 2010; 82,8% nel 2009) che, in minor misura, al Nord (89,1% nel 2010, 90,3% nel 2009). Nel Meridione, invece, la proporzione sale di mezzo punto percentuale, ma è ancora piuttosto distante dai valori delle altre macroaree, collocandosi al 37,7%.

La partecipazione all'invito tra le donne che vivono al Sud ed Isole è inferiore a quella del Nord e del Centro ed è intorno al 40%. Al Centro è stabile al 55%; un lieve calo si presenta, invece, al Nord; nel biennio 2008-2009 era intorno al 61% e nel 2010 intorno al 59%.

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 d'invito.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia 2011. Screening del tumore della mammella. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.
- (2) Daniela Giorgi, Livia Giordano, Leonardo Ventura, Alfonso Frigerio, Eugenio Paci, Marco Zappa. Lo screening mammografico in Italia: survey 2009. *Epidemiologia e Prevenzione* anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011 Suppl. 5 pp 9-27.

Screening per il cervicocarcinoma uterino

Significato. Lo screening per il tumore del collo dell'utero permette la diagnosi di lesioni pre-invasive e/o invasive consentendo d'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 2009, 13,1 milioni di donne di età 25-64 anni erano comprese nella popolazione obiettivo dei programmi di screening per il cervicocarcinoma, pari al 78,1% della popolazione di riferimento. Nel 2009, 3,5 milioni di donne sono state invitate e la partecipazione complessiva è stata del 39,3% (1).

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 2010, risiede in un territorio nel quale è attivo un programma di screening. Non fornisce, però, informazioni sulla capacità del programma d'invitare la popolazione obiettivo nel complesso e con regolarità.

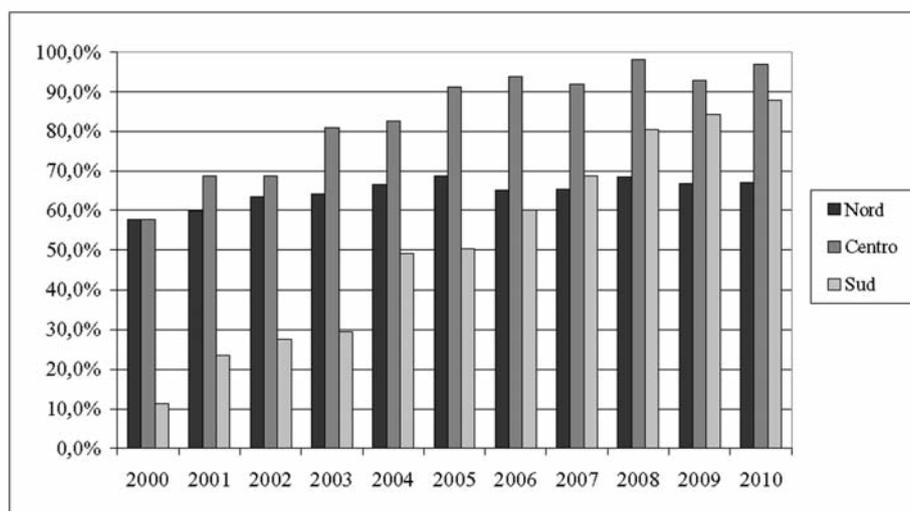
Valore di riferimento/Benchmark. Tutte le donne di 25-64 anni dovrebbero essere inserite in un programma organizzato di screening per il tumore del collo dell'utero.

Descrizione dei risultati

Il Rapporto Breve 2011 (2) indica, per l'anno 2010, il raggiungimento dell'80%. Quindi, c'è un ulteriore (piccolo) incremento rispetto all'anno precedente. Al Nord, i valori riscontrati sono pressoché analoghi a

quelli dell'anno precedente (67%); il livello di attivazione dei programmi di questa macroarea permane stabile su queste proporzioni, anche perché alcune regioni non hanno attivato del tutto lo screening. Al Centro, dopo la lieve riduzione registrata nel 2009, si raggiunge, nel 2010, il 97%, un valore di poco inferiore a quello riscontrato per il 2008 (al Centro si ha anche una migliore capacità d'invito). Al Sud e nelle Isole, lo sviluppo continua secondo il trend e raggiunge l'88%. La partecipazione all'invito è un altro importante indicatore per misurare la *performance* dei programmi di screening. Il Rapporto Breve 2011 (2) confronta le proporzioni dei trienni 2004-2006 e 2007-2009, evidenziando che la partecipazione ai programmi è passata dal 46% al 48% al Nord, dal 36% al 40% al Centro e dal 25% al 27% nel Meridione.

Grafico 1 - Percentuale di donne della classe di età 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per macroarea - Anni 2000-2010



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Nono Rapporto. Anno 2011 (e precedenti edizioni). Per i dati sul 2010: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2011.

Riferimenti bibliografici

(1) G. Ronco, P. Giubilato, C. Naldoni, M. Zorzi, E. Anghinoni, A. Scalisi, P. Dalla Palma, L. Zanier, A. Barca, C. Angeloni, M. D. Gaimo, R. Maglietta, E. Mancini, R. Pizzuti, A. Iossa, N. Segnan, M. Zappa. Estensione dei programmi organizzati di screening del cancro cervicale in Italia e loro indicatori di processo, attività 2009

Osservatorio Nazionale Screening. Nono Rapporto - Epidemiologia e Prevenzione anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011. Suppl. 5 pp 39-54.

(2) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia 2011. Screening del tumore dell'utero. 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. Alla fine dell'anno 2009, i programmi attivi erano 98. 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 percentuale di persone interessate dai programmi di screening per i tumori coloretali, 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. 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 d'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 (1) 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, nel Nono Rapporto dell'ONS (2), i dati di dettaglio relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi nel 2009.

Percentuale di persone inserite in un programma di screening coloretale organizzato

Numeratore	Persone di 50-69 anni inserite in un programma di screening coloretale 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 d'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

L'estensione teorica ha raggiunto, complessivamente, il 59% nel 2009 e, per il 2010, il Rapporto Breve dell'ONS indica il raggiungimento del 66%, con un

buon incremento rispetto all'anno precedente (3). Tuttavia, al Nord si raggiunge quasi il 90% ed al Centro l'80,1%, mentre al Sud e nelle Isole l'estensione teorica è ancora distante da questi valori, ma è rilevante il passaggio da poco più del 20% dell'anno 2009 al 30,7% dell'anno 2010. L'estensione effettiva che, complessivamente, nel 2009 era al 40%, raggiunge ora il 51%, ma permangono ampie differenze tra le macroaree del Nord (77,9%), del Centro (45,3%) e del Meridione (8,4%) (3). Anche per quanto riguarda la partecipazione ai programmi (che utilizzano il FOBT) si rilevano differenze geografiche; dal Rapporto Breve 2011 emerge che, nel 2010, al Nord è al 48%, al Centro al 43%, mentre al Sud e nelle Isole è al 36% (3). Questi fattori considerati insieme indicano che il gradiente geografico nel livello di attivazione dei programmi è ancora piuttosto ampio.

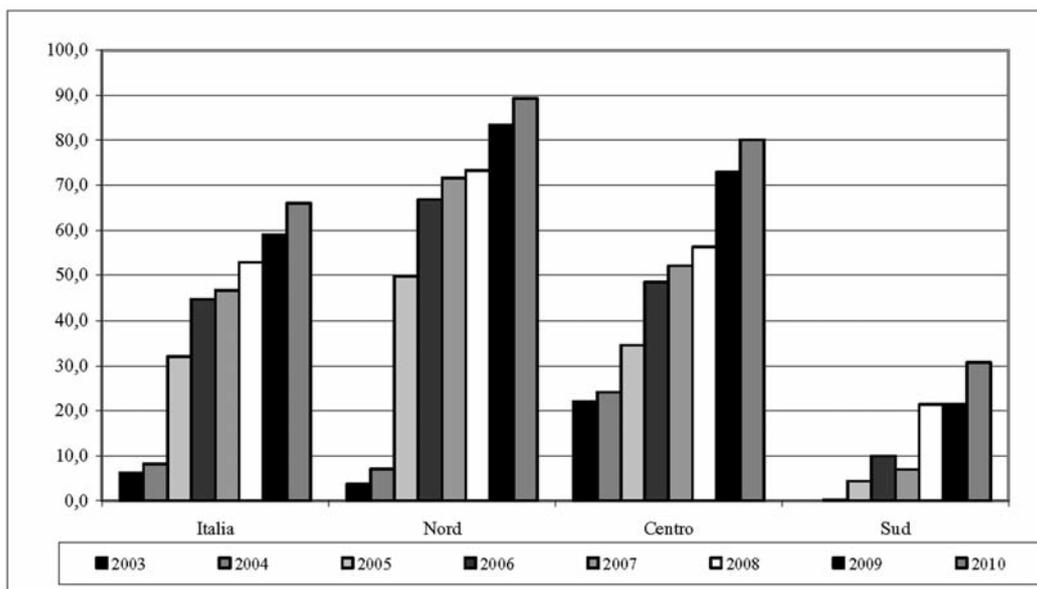
¹Per i programmi che utilizzano la FS:

- 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 della classe di età 50-69 anni inserite in un programma di screening coloretale organizzato per macroarea - Anni 2003-2010



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Nono Rapporto. Anno 2011 (e precedenti edizioni). Per i dati 2009-2010: Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto Breve. Anno 2011.

Riferimenti bibliografici

(1) 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. *Epidemiol Prev.* 2007; 31 (1 Suppl): 1-56.
 (2) M. Zorzi, S. Baracco, C. Fedato, G. Grazzini, P. Sassoli de' Bianchi, C. Senore, C. B. Visioli, C. Cogo. Lo screening

coloretale in Italia, survey 2009. Osservatorio Nazionale Screening. Nono Rapporto - *Epidemiologia e Prevenzione* anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011. Suppl. 5 pp 55-77.
 (3) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia 2011. Screening del tumore del colon-retto. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalescreening.it.