

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Nel Capitolo viene riportata la diffusione dei principali fattori di rischio relativi agli stili di vita della popolazione italiana e suggerite le strategie da attuare per la loro riduzione e/o eliminazione.

Per quanto concerne l'abitudine al fumo di tabacco, in Italia si continua a registrare, nel 2013 come nel 2012, una lieve diminuzione nella quota di fumatori, pari a circa 11 milioni di soggetti (20,9% della popolazione di 14 anni ed oltre), poco meno di 6 milioni e 700 mila uomini e poco più di 4 milioni e 300 mila donne. Tuttavia, oltre il 70% delle persone che inizia a fumare si concentra nella fascia di età 15-20 anni e solo circa il 30% ha intenzione di smettere. La più alta prevalenza di fumatori si è registrata nel Lazio (23,6%) e in Umbria (23,1%); la minore nella PA di Trento (16,2%), seguita da Valle d'Aosta (18,4%), Veneto (18,6%), Puglia e Basilicata (18,8%). Il dato di prevalenza più rilevante è al Centro (22,5%); il più basso al Nord-Est (19,4%). Si evidenzia come l'abitudine al fumo sia più elevata nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 22,5% e 22,6%), rispetto a quelli piccoli, con meno di 2.000 abitanti, in cui si registra il 18,7% di fumatori.

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne. Nel 2013, infatti, si rileva una differenza di quasi 10 punti percentuali a favore dei primi (26,4% vs 15,7%). Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: 30,8% tra gli uomini *over* 14 anni vs 16,3% delle donne di pari età.

Una delle fasce di età che risulta più critica per entrambi i generi si conferma quella dei giovani tra 25-34 anni in cui il 36,2% degli uomini e il 20,4% delle donne si dichiarano fumatori. La più alta percentuale di fumatrici, però, si registra tra le 45-54enni (22,1%). In merito al numero medio di sigarette giornaliere, i più accaniti sono gli uomini e le donne tra i 55-59 anni con, rispettivamente, 15,4 e 12,1 sigarette fumate ogni giorno.

Sempre nello stesso anno la prevalenza di ex-fumatori, pari a 23,3%, risulta superiore rispetto al 22,6% del 2012 e molto simile, invece, a quanto registrato nel 2010 e nel 2011 (23,4%). Analizzando le regioni, quelle del Nord-Est mostrano la più alta prevalenza di ex-fumatori (con il Friuli Venezia Giulia capofila, 27,4%), mentre la più bassa si è registrata nel Meridione (20,2%).

La diminuzione dei fumatori e del numero medio di sigarette fumate, testimoniano l'efficacia delle campagne di informazione e sensibilizzazione realizzate finora. In Italia, le persone tra i 35-65 anni rappresentano quelle a più alto rischio di morte a causa delle patologie connesse all'abitudine al fumo. Il contrasto a tale fattore di rischio rappresenta, pertanto, un'assoluta priorità di salute e necessita di azioni mirate a specifiche categorie.

Appare, quindi, opportuno continuare ad attivare numerose iniziative a livello centrale e locale per la prevenzione dell'abitudine al fumo, come il servizio offerto dall'Osservatorio sul Fumo dell'Istituto Superiore di Sanità o le attività di sorveglianza e prevenzione che il Ministero della Salute esplica attraverso il Programma Guadagnare Salute. Queste ultime, tra l'altro, indicano che particolare attenzione va posta, oltre che nei confronti delle categorie particolarmente a rischio, nei confronti dei giovanissimi per indurli a smettere di fumare.

Relativamente all'abitudine all'alcol, la prevalenza dei non consumatori in Italia è stata, nel 2012, pari al 34,2%, stabile rispetto al 2011 (33,6%), ma con un aumento rispetto all'anno 2011 soprattutto in alcune regioni, come la Calabria (+4,2 punti percentuali), il Piemonte e la Valle d'Aosta (+3,5), e una diminuzione rilevata in particolar modo in Liguria (-4,5) e nelle Marche (-3,5).

La prevalenza di consumatori a rischio nel 2012 è pari al 24,0% per gli uomini ed al 9,7% per le donne, con una riduzione, rispettivamente, di 2,6 e 0,8 punti percentuali rispetto al valore registrato nel 2011. L'analisi territoriale mostra che tra i primi si sono registrate significative diminuzioni in Piemonte (-6,9 punti percentuali), Lombardia (-5,7), Veneto (-3,2), Lazio (-8,4), Abruzzo (-5,9) e Molise (-8,0); tra le donne, invece, è segnalata una diminuzione in Piemonte (-4,8) ed un incremento della prevalenza delle consumatrici a rischio in Sicilia (+2,4).

Nel Paese (anno 2012), i consumatori a rischio di 11-17 anni sono il 19,7% (M=22,0%; F=17,3%) e si conferma una generale diminuzione, anche se non significativa rispetto all'ultimo anno. Nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2011 di 2,9 punti percentuali tra gli uomini (-19,5%) e di 1,0 punti tra le donne (-8,7%). Tra i 18-64enni la prevalenza di *binge drinkers* è più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario; tra le donne, invece, per lo stesso indicatore si registrano valori più elevati rispetto ai *binge drinkers*. I consumatori anziani a rischio sono il 42,9% degli uomini e l'11,6% delle donne, senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione. Nel 2012, per quelli di 75 anni ed oltre, la prevalenza è risultata pari al 37,7% per gli uomini e all'8,7% per le donne, anche in questo

caso senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

In Italia, si avverte l'urgenza di attuare interventi differenziati di prevenzione universale e specifica e di garantire protocolli di identificazione e di riferimento sanitario per tutti i casi di intossicazione alcolica giunti all'osservazione medica nei Pronto Soccorso. Fondamentale, in queste azioni, risulta il *case-management* e lo sviluppo di una rete di competenze che coinvolga i medici di famiglia per l'indispensabile integrazione dell'identificazione precoce e dell'intervento breve nella pratica quotidiana. Appare, quindi, indispensabile ripensare alla gestione del problema alcol-correlato individuando specifiche competenze sia sanitarie che sociali.

Sarebbe, altresì, opportuna la riorganizzazione del sistema di cura dell'alcol-dipendente; il Servizio Sanitario Nazionale deve esercitare capacità di attrazione verso cure accessibili, equamente disponibili sull'intero territorio nazionale, efficaci e garantite da un sistema di valutazione dell'efficacia del trattamento ad oggi completamente ignorato.

Occorre, poi, garantire nella popolazione un bilanciamento tra i messaggi promozionali volti a produrre una comunicazione commerciale sempre più aggressiva e confondente e quelli di Salute Pubblica.

Necessari sono anche gli investimenti per la formazione professionale su strumenti e tecniche di identificazione precoce e intervento breve per la comunicazione dei rischi da integrare in protocolli di prevenzione, a partire da quelli oncologici, e per la creazione di programmi di prevenzione personalizzabili ad accesso informatizzato.

Infine, per contrastare l'impatto alcol-correlato nella società, appare irrinunciabile assicurare infrastrutture e adeguate risorse in grado di mantenere nel tempo un sistema efficiente di monitoraggio.

Per quanto riguarda la diffusione di sovrappeso e obesità, nel 2013, risulta in sovrappeso più di un terzo della popolazione adulta (35,5%), mentre più di una persona su dieci è obesa (10,3%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età >18 anni è in eccesso ponderale, senza variazioni rispetto al 2012.

Nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di adulti obesi (Basilicata 14,2%, Molise 12,7%, Abruzzo 12,1% e Puglia 12,0%) ed in sovrappeso (Campania 41,6%, Puglia 39,2% e Sicilia 39,1%) rispetto alle regioni settentrionali che mostrano i valori più bassi di prevalenza (obesità: PA Bolzano 6,8%, Piemonte 8,3% e PA Trento 8,8%; sovrappeso: Liguria e Valle d'Aosta 31,6% e Lombardia 31,8%).

Dal 2001, nel Nord-Ovest, si è registrato il maggior aumento (circa 5 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale. Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone in sovrappeso ed obese è rimasta abbastanza stabile negli ultimi anni.

In generale, la percentuale di persone in sovrappeso o obese cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,1% della fascia di età 18-24 anni al 46,4% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,5% al 16,4% per le stesse fasce di età.

Nel confronto fra i generi prevale quello maschile: sovrappeso 44,1% vs 27,5%; obesità 11,5% vs 9,3%.

I valori più elevati si evidenziano tra i soggetti di entrambi i generi di 65-74 anni (uomini 52,5% e 17,9%; donne 41,0% e 15,1%, in sovrappeso ed obesi rispettivamente).

La rilevanza del problema ha portato, negli ultimi anni, ad un incremento dei sistemi di sorveglianza, ma la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità si realizza anche attraverso la promozione di iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario. La collaborazione inter-istituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per migliorare sia l'offerta dei servizi di assistenza che gli interventi terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare, nonché i programmi di educazione alimentare, come realizzato nell'ambito del Programma "Guadagnare Salute".

I dati relativi all'eccesso di peso nei minori di 6-17 anni (media 2012-2013) mostrano che in Italia i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole, pari al 26,5%.

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (29,6% vs 23,3%). Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni). L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni (33,7%) per poi diminuire con l'aumentare dell'età.

Come negli adulti, anche tra i minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud ed Isole per quanto riguarda i dati di prevalenza: 34,4% al Sud rispetto al 21,2% del Nord-Ovest, al 20,8% del Nord-Est, al 25,6% del Centro e al 30,5% delle Isole, con percentuali particolarmente elevate in Campania (38,9%), Calabria (34,5%), Molise (32,5%), Sicilia (32,0%) e Puglia (30,0%).

Il tasso di prevalenza è più elevato tra i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto tra quelli in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso. Sono soprattutto bambini e ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere

anche loro in sovrappeso o obesi, senza differenze fra le macroaree del Paese: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso la percentuale sale fino al 36,4% rispetto al 27,0% (solo madre in eccesso di peso) e al 26,7% (solo il padre). I bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso sono solo il 20,6%.

La sorveglianza dell'eccesso di peso dei bambini e dei ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui esso è maggiormente presente. Ciò consente di avere strumenti teorici importanti che possono essere utilizzati per costruire azioni di prevenzione e di contrasto del sovrappeso e dell'obesità. La famiglia rappresenta un ambito nel quale possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivazione dell'attività fisica e sportiva: è necessario, dunque, programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Vengono, quindi, riportati i dati relativi alla pratica di attività fisica. Nel 2013, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 30,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni, di cui il 21,5% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,1% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando sport, svolgono un'attività fisica sono il 27,9% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 24 milioni e 300 mila, pari al 41,2%.

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse realtà del Paese che, probabilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate.

Nelle regioni settentrionali, in particolare nella PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Veneto e Friuli Venezia Giulia, è segnalata la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre in quelle del Meridione la quota più bassa, fatta eccezione per la Sardegna; il minor numero di praticanti sono registrati in Campania (18,9%), Calabria (21,0%) e Sicilia (21,2%).

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole (Sicilia 19,1%, Puglia 19,6% e Campania 21,1%). Nel Meridione, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Campania (59,6%) e in Sicilia (59,3%).

Lo sport è un'attività tipicamente giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano tra i ragazzi di 11-14 anni (70,7%) e le fanciulle di 6-14 anni (circa il 54%). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport, mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, le persone che svolgono qualsiasi tipo di attività fisica aumentano in modo continuo fino ai 64 anni (38,2%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, con aumento dei sedentari (72,5% tra gli ultra 75enni).

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità e l'11,1% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, pari a 17,2% e 7,3%. Le donne sono più sedentarie (45,8% vs 36,2%).

Da quanto rilevato dai sistemi di sorveglianza, la cui importanza appare fondamentale, l'abitudine alla sedentarietà cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevata tra le donne: ciò va considerato nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica. Sarebbe, inoltre, fondamentale aumentare le attività di promozione del trasporto attivo (ad esempio il *bike sharing*) sia per la potenzialità di impatto sull'intera popolazione che per la molteplicità dei benefici, primo tra tutti il miglioramento della salute.

Relativamente alla copertura vaccinale della popolazione infantile, nel Rapporto Osservasalute vengono considerati i valori al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi), relativamente al periodo 2000-2013.

I dati segnalano una minima riduzione di copertura per Poliomielite (-1,2%) ed un incremento per Difterite e Tetano (DT) o DT e Pertosse (0,1%) e per Epatite B (1,3%), ma soprattutto per *Haemophilus influenzae* di tipo b (72,8%) e per Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR) (18,9%).

Per le vaccinazioni obbligatorie si rileva il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente Piano Nazionale Prevenzione Vaccini (PNPV), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età.

Riguardo alla distribuzione territoriale, per le vaccinazioni obbligatorie i valori regionali appaiono superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV, ad eccezione della Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Molise, Campania e Calabria.

Per quanto riguarda la vaccinazione raccomandata anti-MPR, invece, nessuna regione ha raggiunto il valore ottimale previsto dal Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita. Ciò non permette di bloccare la circolazione dei virus di morbillo e rosolia per cui, periodicamente, si sono registrate epidemie a livello locale.

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'ISS hanno avviato programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, sia di valutazione delle coperture vaccinali. Per ottenere un'adesione consapevole alla profilassi vaccinale, è indispensabile

fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, è necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia.

Nella stagione 2013-2014, la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta al 15,6%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di coperture non superano il 2,6% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 9,5%, per i soggetti di 45-64 anni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) dal PNPV. I valori maggiori si registrano in Umbria (68,8%) ed in Campania (61,3%), mentre le percentuali minori nella PA di Bolzano (33,9%) e in Sardegna (46,0%). Dalla stagione 2002-2003 a quella 2013-2014 la copertura vaccinale degli ultra 65enni presenta, a livello nazionale, una diminuzione dell'8,1%.

Nel nostro Paese occorre implementare interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta una maggiore attenzione nei confronti delle categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza ed alla spesa farmaceutica, nonché il rischio di morte correlati all'influenza.

Per quanto riguarda screening organizzati per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, i dati forniti dall'Osservatorio Nazionale Screening indicano come nel 2011, a livello nazionale, la proporzione di donne residenti in aree con programma di screening attivo (estensione teorica) superava, complessivamente, il 95% per lo screening mammografico, raggiungeva quasi il 70% per lo screening del colon-retto e si collocava attorno all'84% nel caso dello screening per il cervicocarcinoma; nel primo caso tutte le macroaree superavano il 90%. Per lo screening del tumore del colon-retto era, invece, evidente il divario Nord-Sud ed Isole: 94% al Nord, 80% al Centro e 31% al Sud ed Isole.

Nel caso dello screening del cervicocarcinoma, si è registrato un incremento importante dell'estensione effettiva tra il 2011 ed il 2012, con un valore nazionale passato dal 67% al 77%. Tale incremento è riferito, in particolare, al Nord e al Sud ed Isole, mentre si è osservato un lieve calo al Centro.

Per quanto riguarda la mammografia si evidenzia, invece, una lieve flessione dell'estensione effettiva, passata dal 74% al 73% a livello nazionale, con una diminuzione in particolare al Sud ed Isole. Nel complesso, in Italia le donne invitate allo screening, risultano essere state più di 2,6 milioni nel 2012.

È incrementata anche la capacità di invito ai programmi di screening per il tumore del colon-retto, con circa 4 milioni di inviti nel 2012 e 7,7 milioni nel biennio 2010-2011. L'estensione effettiva, a livello nazionale, è passata dal 55% nel 2011 al 57% nel 2012, ma nel Meridione è restata al di sotto del 20%.

Nel 2012 la partecipazione ai programmi di screening è stata, rispettivamente, pari a 57,5% (mammografico), 46% (tumore del colon-retto) e 41% (tumore del collo dell'utero), con un forte gradiente Nord-Sud ed Isole negli ultimi due casi.

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL). A livello nazionale, nel periodo 2010-2013, il 51% della popolazione *target* femminile ha aderito ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% lo ha fatto, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea. Evidente, è il gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali. La quota di donne che effettua l'indagine fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (23%).

Nel periodo 2010-2013, il 40% della popolazione *target* femminile ha aderito a programmi di screening per il tumore della cervice uterina offerti dalle ASL, mentre il 37% lo ha fatto su iniziativa spontanea. Nel Centro e nel Nord le donne che partecipano a programmi organizzati sono significativamente più numerose di coloro che lo fanno su iniziativa spontanea (47% vs 38% nel Nord e 45% vs 35% nel Centro); accade il contrario nel Meridione (30% vs 35%) dove si registra il valore più basso. Su iniziativa spontanea aderiscono soprattutto le 35-49enni (43%), le più istruite (45%) e le donne che non riferiscono difficoltà economiche (41%). Il dato scende a 29% per quelle che, invece, riferiscono di avere difficoltà economiche.

Relativamente allo screening per i tumori del colon-retto, solo il 39% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce.

Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per questo tumore raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (61%), ma è significativamente più basso al Centro (42%) ed al Sud ed Isole (18%). Il dato più elevato di copertura si registra in Emilia-Romagna (70%), quello più basso in Puglia (13%). Dal 2010 al 2013 la quota di persone che aderisce alle raccomandazioni delle Linee Guida è cresciuta

mediamente del 7,4%, maggiormente al Nord (+12,2%) e al Centro (+10,4%), meno al Sud ed Isole (+3,5%). Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (43%), negli uomini rispetto alle donne (40% vs 38%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (49% vs 28%) ed, infine, tra gli italiani rispetto agli stranieri (39% vs 33%).

In generale, per aumentare l'adesione agli screening bisogna implementare le campagne informative sull'importanza della diagnosi precoce e promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte agli operatori sanitari affinché questi suggeriscano attivamente ai soggetti dei gruppi *target* di fare prevenzione.

In conclusione, l'analisi della diffusione di corretti stili di vita nella popolazione italiana mostra alcuni segnali positivi e testimonia l'efficacia delle strategie preventive adottate. Tuttavia, in molti ambiti si avverte ancora la necessità di proseguire ed ampliare gli interventi di educazione alla salute in atto o di intraprendere nuove misure di provata efficacia per controllare la diffusione di comportamenti a rischio e promuovere l'offerta dei servizi di prevenzione.

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al consumo di tabacco, che nel mondo determina il 10% dei decessi tra gli adulti, rappresenta una delle cause di morte evitabile (1).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si pone l'obiettivo di incentivare le politiche per la diminuzione del consumo di tabacco e la protezione delle generazioni future attraverso l'aumento delle tasse sul tabacco (2), anche grazie alle pressioni della comunità. Infatti, si stima che un aumento del 10% del prezzo del tabacco diminuisca il consumo di tabacco di circa il 4% nei Paesi con redditi elevati e dell'8% nei Paesi a basso e medio reddito (1).

In Europa, nel 2012, si è registrata complessivamente una diminuzione del consumo di sigarette del 5,7%: Germania ed Italia sono i mercati di maggior consumo con, rispettivamente, 103 e 86 miliardi di sigaret-

te vendute (3).

In Italia si stima che, nel 2030, i fumatori saranno circa 8 milioni di persone, mantenendo il trend decrescente degli ultimi anni. Anche il numero medio di sigarette fumate al giorno è diminuito notevolmente negli ultimi 10 anni, passando da valori medi di 16,1 del 2003 a 12,7 del 2013 (4). Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, alcuni dati sono ancora preoccupanti: oltre il 70% delle persone che iniziano a fumare si concentra nella fascia di età 15-20 anni e solo circa il 30% dei fumatori ha intenzione di smettere (4).

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

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

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

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", condotta nell'aprile 2013 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I quesiti riguardanti l'abitudine al fumo di sigarette sono auto dichiarati per cui si tratta di valutazioni di tipo soggettivo.

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

Descrizione dei risultati

Quasi 11 milioni i fumatori in Italia nel 2013, poco meno di 6 milioni e 700 mila uomini e poco più di 4 milioni e 300 mila donne. Si tratta del 20,9% della popolazione di 14 anni ed oltre. Si continua a registrare, come già segnalato nel 2012, una lieve diminuzione di coloro che fumano sigarette. Anche il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2001 (da una media di 14,7 sigarette al giorno nel 2001 a 12,1 sigarette al giorno nel 2013). Queta variazione conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine.

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia un andamento non altrettanto lineare rispetto agli altri indicatori analizzati. Infatti, nel 2013 presenta un valore di 23,3% che risulta superiore rispetto al 22,6% del 2012 e molto simile, invece, al valore registrato nel 2010 e nel 2011

(23,4%). Ciò sembrerebbe indicare che, una volta presa l'abitudine al fumo di sigarette, la capacità di smettere non è influenzata dalle politiche e dalle tendenze che stanno determinando la diminuzione di tale abitudine.

Rispetto al 2012 è aumentato il numero di regioni che superano o eguagliano il valore nazionale in termini di prevalenza di fumatori sulla popolazione di 14 anni ed oltre. Si tratta infatti di 8 regioni (Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna), con la più alta prevalenza di fumatori registrata nel Lazio (23,6%) seguita dall'Umbria (23,1%) (Grafico 1). La PA di Trento presenta la minore prevalenza di fumatori di sigarette (16,2%), seguita da Valle d'Aosta (18,4%), Veneto (18,6%), Puglia e Basilicata (18,8%). Procedendo con un'analisi per le 5 ripartizioni geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) si evidenzia come nel Centro vi sia, nel 2013, la più alta prevalenza di fumatori (22,5%), mentre nel Nord-Est si registra la più bassa (19,4%). Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali, si nota come la prevalenza di fumatori sia più elevata nei Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 22,5% e 22,6%), rispetto ai piccoli Comuni con meno di 2.000 abitanti, che fanno registrare il 18,7% di fumatori.

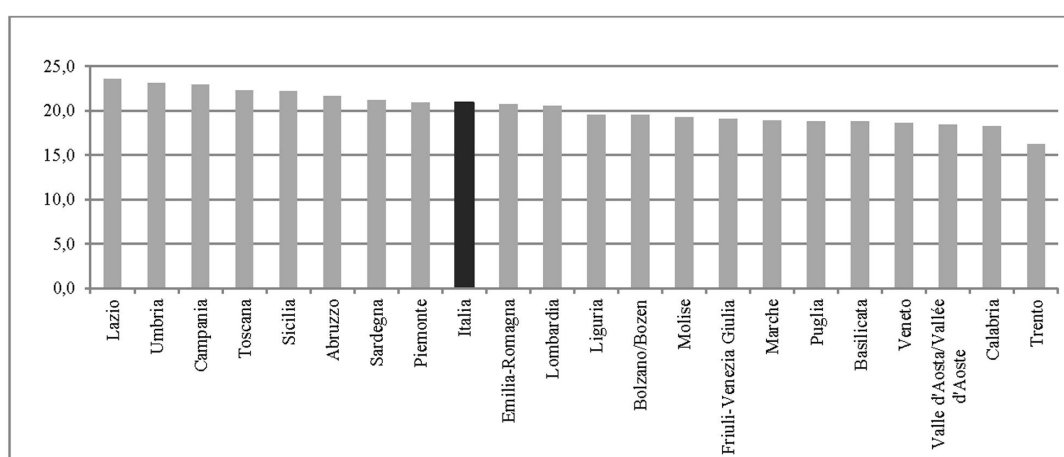
La prevalenza di ex-fumatori è pari a 23,3% a livello nazionale, con il Friuli Venezia Giulia capofila tra le regioni con il 27,4% della popolazione di 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni geografiche

(dati non presenti in tabella), sono le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (20,2%).

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2013, infatti, vi è una differenza di quasi 10 punti percentuali: 15,7% di donne dichiara di fumare sigarette rispetto al 26,4% degli uomini. Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: 30,8% tra gli uomini *over* 14 anni vs 16,3% delle donne (Tabella 2).

Una delle fasce di età che risulta più critica per entrambi i generi continua ad essere, nel 2013, quella dei giovani tra i 25-34 anni in cui il 36,2% degli uomini e il 20,4% delle donne si dichiarano fumatori. Tra le donne, tuttavia, la classe di età con la più alta percentuale di fumatrici è quella tra i 45-54 anni con il 22,1%. In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini e le donne tra i 55-59 anni con, rispettivamente, 15,4 e 12,1 sigarette fumate ogni giorno (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2013

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,9	22,4	55,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,0	24,3	56,7
Lombardia	20,5	24,1	54,4
Bolzano-Bozen	19,5	26,4	52,7
Trento	16,2	24,9	56,0
Veneto	18,6	26,2	54,5
Friuli Venezia Giulia	19,1	27,4	52,0
Liguria	19,5	24,4	54,9
Emilia-Romagna	20,7	26,2	52,0
Toscana	22,3	27,2	49,5
Umbria	23,1	25,6	51,0
Marche	18,9	25,2	55,0
Lazio	23,6	21,9	53,4
Abruzzo	21,6	22,0	54,7
Molise	19,2	22,8	57,0
Campania	22,9	19,3	57,1
Puglia	18,8	21,0	59,6
Basilicata	18,8	22,9	56,4
Calabria	18,2	18,7	61,4
Sicilia	22,2	19,8	56,1
Sardegna	21,2	27,2	51,1
Italia	20,9	23,3	54,7

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

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo nella popolazione di 14 anni ed oltre per regione. Anno 2013

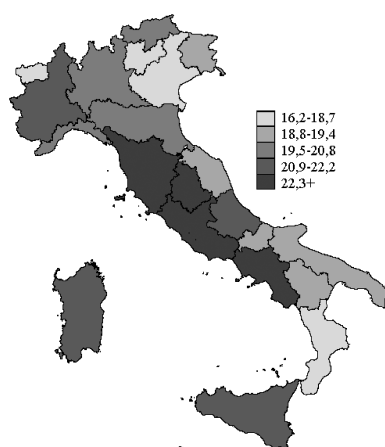


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) per abitudine al fumo e numero (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2013

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio al giorno*
14-17	8,0	3,4	86,9	8,7	4,4	3,5	90,1	4,8	6,3	3,4	88,4	7,4
18-19	27,7	6,8	64,5	8,1	15,1	6,8	76,5	6,9	21,7	6,8	70,2	7,7
20-24	34,0	10,2	52,6	10,8	19,4	8,8	70,7	9,2	26,7	9,5	61,7	10,2
25-34	36,2	16,8	45,4	12,4	20,4	16,0	61,7	9,0	28,4	16,4	53,5	11,2
35-44	32,7	24,2	42,5	13,4	19,3	17,4	62,4	9,9	26,0	20,8	52,5	12,1
45-54	31,7	29,3	38,5	14,5	22,1	19,7	57,4	11,2	26,7	24,3	48,2	13,1
55-59	27,1	38,5	33,7	15,4	19,5	20,4	58,0	12,1	23,3	29,5	45,9	14,0
60-64	23,2	44,0	31,7	14,1	16,6	19,3	62,9	11,5	19,8	31,4	47,6	12,9
65-74	16,6	52,0	30,5	14,2	9,9	19,4	69,8	11,7	13,1	34,7	51,3	13,1
75 ed oltre	7,3	58,2	33,8	12,1	3,7	12,2	83,0	9,5	5,1	29,9	64,0	10,9
Totale	26,4	30,8	41,8	13,3	15,7	16,3	66,8	10,4	20,9	23,3	54,7	12,1

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'input che arriva dall'OMS in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco del 2014 è quello di incentivare la diminuzione del consumo di sigarette attraverso provvedimenti che rendano sempre più costoso il loro consumo.

In Italia, si continua ad osservare una tendenza positiva nella diminuzione dei fumatori e anche nella diminuzione del numero medio di sigarette fumate, dati che confortano rispetto all'efficacia delle campagne di informazione e sensibilizzazione realizzate dai decisori pubblici. Dai dati riferiti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (4), nel mondo i fumatori corrispondono ad 1 miliardo e le stime prevedono un aumento a 1,6 miliardi per il 2025, a conferma della variegatissima situazione in termini di politiche sociali e di prevenzione nelle varie aree del nostro

pianeta. In Italia, le persone tra i 35-65 anni rappresentano quelle a più alto rischio di morte a causa delle patologie connesse all'abitudine al fumo (5).

Questi dati, insieme ai dati di prevalenza sopra analizzati, motivano il fatto che il contrasto al fumo sia un'assoluta priorità di salute e sottolineano la necessità di azioni mirate a specifiche categorie.

Appare, quindi, opportuno continuare ad attivare le numerose iniziative a livello centrale e locale per la prevenzione dell'abitudine al fumo, a partire dall'Osservatorio sul Fumo dell'ISS che, oltre a promuovere e celebrare le Giornate mondiali contro il tabacco, offre un numero verde per la lotta al consumo di tabacco e indicazioni su come smettere di fumare. Anche le attività di sorveglianza e prevenzione del Ministero della Salute, attraverso il programma Guadagnare Salute, indicano che particola-

re attenzione va posta, oltre che nei confronti delle categorie particolarmente a rischio, nei confronti dei giovanissimi (6) per indurli a smettere di fumare.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Disponibile sul sito: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en>.
- (2) WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003.
- (3) KPMG. Project star report 2012, 16 Aprile 2013.
- (4) Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari, Rosaria Russo, Emanuele Scafato, Osservatorio sul Fumo, l'Alcol e la Droga dell'Istituto Superiore di Sanità - Roma.
- (5) Società Italiana di Tabaccologia, Rapporto al Parlamento su costo-efficacia del trattamento del tabagismo. Settembre 2009. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1073&area=stiliVita&menu=fumo.
- (6) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è causa di moltissime e differenti disfunzioni e patologie che possono riguardare tutti gli organi ed apparati dell'organismo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (1) ha di recente confermato che l'impatto sanitario e di salute in termini di mortalità, morbilità e disabilità sociale è elevato in tutto il mondo, in Europa più elevato della media mondiale, e causa di elevati costi e conseguenze che, anche alla luce di possibili ma scarsi effetti benefici riportati in letteratura, fanno registrare sempre un saldo negativo da contrastare. L'alcol è causa di oltre 200 condizioni patologiche (2) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro, come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer*, che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (3). Premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, da circa 2 anni le evidenze scientifiche hanno condotto a stabilire rinnovate Linee Guida, nuovi limiti che sono stati considerati per l'elaborazione che segue. I limiti, già pubblicati dal Ministero della Salute (4) e acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione

di Riferimento di Nutrienti, ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In sintesi, sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per gli adulti che scelgono di bere occorre mantenere, per la donna e per l'anziano (ultra 65enne), un consumo giornaliero inferiore a 1 Unità Alcolica (UA¹ = 12 grammi di alcol puro) e non superiore a 2 UA al giorno per l'uomo, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Allo stesso tempo è sempre sconsigliato il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora). Gli indicatori proposti, elaborati secondo algoritmi originali (5) dell'Osservatorio Nazionale Alcol sulla base di quelli della statistica ufficiale (6, 7) tengono, quindi, conto sia del rischio rappresentato dal consumo giornaliero eccedentario, non rispettoso delle Linee Guida, sia dell'assunzione in un'unica occasione di consumo di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*), qualificando il consumo a rischio come effetto combinato di almeno uno dei due comportamenti a rischio (giornaliero eccedentario o *binge drinking*).

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

Numeratore	Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche Ragazzi/e di 11-17 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-17 anni	

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

Numeratore	Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni	

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

Numeratore	Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 UA Donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
		x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 18-64 anni	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

Validità e limiti. Gli indicatori proposti, attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui giornalmente, permettono di identificare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai componenti delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati. A decorrere dall'Edizione 2014 sono stati aggiornati gli indicatori del Rapporto Osservasalute relativi alla classe di età giovanile ed a quella adulta. Di conseguenza, i dati non risultano confrontabili con quelli pubblicati delle precedenti Edizioni. Nel *Box* di approfondimento sull'argomento è riportato il trend dei diversi indicatori al fine di evidenziare l'andamento del fenomeno nel tempo.

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali ed internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; ciò nonostante, al fine di evidenziare le regioni con maggiori criticità si è deciso di considerare come valore di riferimento la media delle regioni per ogni indicatore presentato:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): 19,7%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 19,5%, donne 8,7%;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65-74 anni): uomini 42,9%, donne 11,6%;
- prevalenza dei consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): uomini 37,7%, donne 8,7%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori in Italia (astemi ed astinenti degli ultimi 12 mesi) è stata, nel 2012, pari al 34,2% ed è rimasta relativamente stabile rispetto al 2011 (33,6%). L'analisi territoriale mostra un aumento della percentuale di non consumatori rispetto all'anno 2011 principalmente in Piemonte ed in Valle d'Aosta (3,5 punti percentuali), Lombardia (2,8 punti percentuali), Basilicata (3,4 punti percentuali) e Calabria (4,2 punti percentuali), mentre è diminuito in particolar modo in Liguria (-4,5 punti percentuali) e nelle Marche (-3,5 punti percentuali). L'aumento dei non consumatori in Piemonte e Lombardia è dovuto, in particolare, all'au-

mento degli astemi (cioè di coloro che non hanno mai bevuto nella loro vita), mentre la diminuzione in Liguria e nelle Marche è da attribuire, principalmente, alla diminuzione degli astinenti degli ultimi 12 mesi.

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio secondo il nuovo indicatore dell'Istituto Superiore di Sanità, nel 2012, è pari al 24,0% per gli uomini ed al 9,7% per le donne, con una riduzione, rispettivamente, di 2,6 e 0,8 punti percentuali rispetto al valore registrato con il medesimo indicatore nel 2011. L'analisi territoriale mostra che tra gli uomini si sono registrate delle diminuzioni significative in Piemonte (-6,9 punti percentuali), Lombardia (-5,7 punti percentuali) Veneto (-3,2 punti percentuali), Lazio (-8,4 punti percentuali) Abruzzo (-5,9 punti percentuali) e Molise (-8,0 punti percentuali); tra le donne, invece, si registra una diminuzione in Piemonte (-4,8 punti percentuali) ed un incremento della prevalenza delle consumatrici a rischio in Sicilia (+2,4 punti percentuali). Nel 2012, valori superiori alla media nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Valle d'Aosta (M=32,0%; F=14,8%), PA di Bolzano (M=40,9%; F=17,1%), PA di Trento (M=31,5%; F=12,1%), Veneto (M=28,0%; F=10,4%), Friuli Venezia Giulia (M=32,9%; F=9,9%), Emilia-Romagna (M=26,8%; F=10,8%), Toscana (M=26,5%; F=11,8%) e Molise (M=33,4%; F=10,6%), a cui si aggiungono, per i soli uomini il Piemonte (25,6%), le Marche (26,1%), l'Abruzzo (28,7%) e la Sardegna (32,1%), oltre a Lombardia (12,2%) e Liguria (13,0%) per le sole donne. Presentano, invece, valori inferiori alla media nazionale l'Umbria, il Lazio, la Campania, la Puglia e la Sicilia per entrambi i generi e la Basilicata, la Calabria e la Sardegna per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-17 anni di età, nel 2012, è pari al 19,7% (M=22,0%; F=17,3%) e si conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione della prevalenza dei giovani consumatori a rischio, sebbene rispetto all'ultimo anno la diminuzione non risulti statisticamente significativa. A livello regionale, non si rilevano differenze statisticamente significative di genere e l'unica regione in cui si osserva una diminuzione della prevalenza è la Lombardia (-8,7 punti percentuali). Il Lazio, inoltre, risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente inferiore alla media nazionale.

Adulti (Tabella 3). Nel 2012, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2011 di 2,9 punti percentuali tra gli uomini (19,5%) e di 1 punto percentuale tra le donne (8,7%). Nel corso dell'ultimo anno sono diminuite le prevalenze di consumatori a rischio per entrambi i generi in Piemonte, mentre per gli uomini in Lombardia, Veneto,

Lazio, Abruzzo e Molise e per le donne in Emilia-Romagna. L'unico incremento statisticamente significativo si registra per gli uomini in Calabria (+7,9 punti percentuali). Le regioni con valori al di sopra della media nazionale risultano essere, per entrambi i generi, il Piemonte (M=20,0%; F=8,9%), la Valle d'Aosta (M=27,6%; F=13,3%) e la PA di Bolzano (M=41,2%; F=16,3%) dove, per altro, si registra tra gli uomini il valore superiore a tutte le altre realtà regionali, la PA di Trento (M=29,3%; F=10,5%), il Veneto (M=23,8%; F=9,0%), l'Emilia-Romagna (M=21,9%; F=9,3%), la Toscana (M=21,2%; F=11,3%) e il Molise (M=28,1%; F=10,2%).

Tra gli uomini si rilevano valori superiori alla media in Friuli Venezia Giulia (29,3%), Abruzzo (24,5%), Calabria (24,9%), Basilicata (21,1%) e Sardegna (30,2%), mentre tra le donne in Lombardia (10,5%), Liguria (11,3%) e Marche (9,8%). Risultano, infine, al di sotto del valore medio regionale per entrambi i generi l'Umbria, il Lazio, la Campania, la Puglia e la Sicilia. L'analisi delle diverse tipologie di consumo a rischio (*binge drinking* e consumo giornaliero eccedentario) (Tabella 4) mostra che tra gli uomini di 18-64 anni la prevalenza di *binge drinkers* è più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario sia a livello nazionale che in quasi tutte le regioni del Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia), in Molise, in Abruzzo, in Basilicata, in Calabria ed in Sardegna. Tra le donne, invece, si registrano valori più elevati di consumatrici a rischio per consumo giornaliero eccedentario rispetto ai *binge drinkers* sia a livello nazionale che in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Marche; tra le donne, inoltre, l'unica regione in cui la prevalenza di *binge drinkers* risulta notevolmente superiore a quella dei consumatori giornalieri eccedentari è la PA di Bolzano che, come per gli uomini, fa registrare il dato più elevato di tutte le altre realtà territoriali.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2012, è pari al 42,9% tra gli uomini e all'11,6% tra le donne, senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione. La percentuale di anziani 65-74 anni a rischio notevolmente superiore al dato nazionale si è registrata, per entrambi i generi, in Lombardia (M=50,1%; F=16,8%), mentre si rilevano valori notevolmente inferiori al dato nazionale nel Lazio ed in Sicilia tra gli uomini ed in Puglia tra le donne. La prevalenza risulta più elevata tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni.

Molto anziani (Tabella 6). La prevalenza degli anziani di 75 anni ed oltre a rischio, nel 2012, è risultata pari al 37,7% per gli uomini ed all'8,7% per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini, valori particolarmente supe-

riori al dato nazionale si registrano in Friuli Venezia Giulia (47,9%), in Veneto (46,1%), nelle Marche (47,1%) ed in Molise (50,3%), mentre tra le donne valori superiori al dato nazionale si registrano, in particolar modo, in Valle d'Aosta (21,2%), in Lombardia (14,7%),

nella PA di Bolzano (14,5%) ed in Molise (14,9%); i valori più bassi si riscontrano, invece, per entrambi i generi e come nella precedente rilevazione, in Sicilia (M=18,5%; F=4,1%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di non consumatori e di consumatori di alcol per regione - Anni 2011-2012*

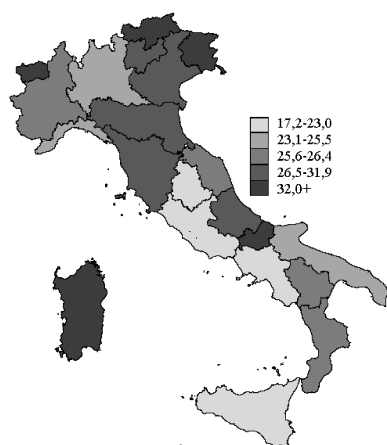
Regioni	2011				2012			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,4	26,8	31,2	67,1	4,7	30,0	34,7	64,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,7	22,1	26,7	71,1	4,7	25,5	30,2	68,2
Lombardia	5,2	25,0	30,2	68,6	4,9	28,1	33,0	66,4
Bolzano-Bozen	7,5	17,1	24,6	72,0	5,5	18,0	23,5	74,6
Trento	9,3	26,7	35,9	63,7	7,6	28,4	36,0	63,6
Veneto	6,1	24,4	30,5	69,0	4,5	24,3	28,7	70,4
Friuli Venezia Giulia	6,3	24,3	30,5	67,6	4,3	23,7	28,0	69,9
Liguria	5,3	28,6	33,8	65,7	3,4	25,9	29,3	69,5
Emilia-Romagna	5,3	24,6	29,8	68,7	4,7	26,4	31,0	66,8
Toscana	6,6	26,8	33,4	64,6	4,1	27,9	32,0	66,6
Umbria	4,8	29,1	33,9	64,9	4,4	31,4	35,8	63,6
Marche	6,9	26,9	33,8	64,5	4,3	26,0	30,3	67,8
Lazio	5,8	26,0	31,8	66,9	3,5	28,9	32,5	65,3
Abruzzo	5,8	29,5	35,3	63,5	3,5	31,5	35,0	62,9
Molise	5,2	32,9	38,1	61,1	5,9	31,9	37,8	61,4
Campania	5,2	33,5	38,6	60,4	4,0	35,7	39,7	59,6
Puglia	5,0	32,8	37,8	61,7	3,2	34,4	37,6	61,6
Basilicata	3,1	34,0	37,1	60,1	3,1	37,4	40,5	56,5
Calabria	4,5	30,7	35,2	63,6	4,5	34,9	39,4	59,7
Sicilia	6,3	34,5	40,8	56,3	2,6	36,3	38,9	59,8
Sardegna	7,5	28,9	36,4	62,5	4,5	34,7	39,2	59,7
Italia	5,6	28,0	33,6	65,0	4,1	30,0	34,2	64,6

*La somma dei "Consumatori" e dei "Non consumatori" non corrisponde al 100% in quanto la popolazione al denominatore contiene anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2012, 2013.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2012



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2012

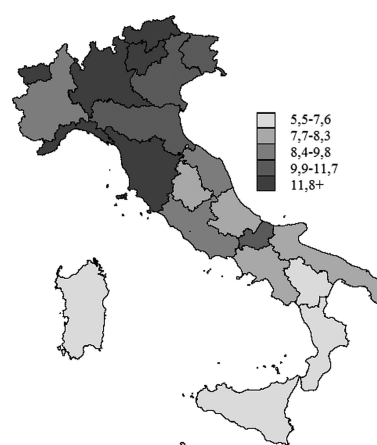


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 11-17 anni per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	22,1	17,1	19,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,4	28,2	32,1
Lombardia	19,9	15,8	17,9
Bolzano-Bozen	28,1	29,4	28,9
Trento	27,3	23,4	25,6
Veneto	22,9	21,4	22,2
Friuli Venezia Giulia	24,4	26,9	25,5
Liguria	15,6	28,2	21,3
Emilia-Romagna	30,2	17,6	23,8
Toscana	23,4	22,1	22,8
Umbria	22,0	21,2	21,6
Marche	29,3	14,1	22,3
Lazio	12,0	9,8	11,0
Abruzzo	15,5	12,1	13,7
Molise	34,7	6,9**	20,1
Campania	15,2	15,0	15,1
Puglia	31,1	21,9	26,6
Basilicata	20,4	14,1	17,6
Calabria	21,0	11,2	16,2
Sicilia	26,3	19,2	23,0
Sardegna	23,9	9,9	17,2
Italia	22,0	17,3	19,7

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

**Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	20,0	8,9	14,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,6	13,3	20,5
Lombardia	17,3	10,5	14,0
Bolzano-Bozen	41,2	16,3	29,1
Trento	29,3	10,5	19,8
Veneto	23,8	9,0	16,5
Friuli Venezia Giulia	29,3	8,1	18,7
Liguria	16,4	11,3	13,8
Emilia-Romagna	21,9	9,3	15,6
Toscana	21,2	11,3	16,2
Umbria	15,3	5,6	10,4
Marche	19,3	9,8	14,5
Lazio	14,0	7,9	10,9
Abruzzo	24,5	8,2	16,3
Molise	28,1	10,2	19,1
Campania	14,8	7,4	11,1
Puglia	17,1	7,8	12,4
Basilicata	21,1	5,8	13,5
Calabria	24,9	5,1	14,9
Sicilia	17,2	6,7	11,8
Sardegna	30,2	7,5	18,9
Italia	19,5	8,7	14,1

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS*) nella popolazione di età 18-64 anni per genere, tipologia di comportamento a rischio e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi		Femmine	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	8,1	14,9	5,0	4,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,4	22,7	7,6	5,7
Lombardia	6,2	13,0	6,4	4,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	8,3	37,8	3,1	13,8
<i>Trento</i>	9,8	23,3	4,3	6,6
Veneto	9,3	17,4	4,7	4,7
Friuli Venezia Giulia	10,5	22,8	4,2	4,8
Liguria	9,0	10,4	8,5	3,8
Emilia-Romagna	11,5	13,8	6,2	3,9
Toscana	12,6	11,6	8,2	4,1
Umbria	6,4	10,8	3,3	2,3
Marche	10,4	13,8	7,5	2,6
Lazio	7,3	9,4	5,1	3,0
Abruzzo	11,9	16,8	3,7	4,8
Molise	11,9	20,3	5,9	4,8
Campania	8,0	8,8	4,8	2,8
Puglia	9,5	10,2	5,3	2,9
Basilicata	11,9	14,2	4,3	2,0
Calabria	10,8	20,5	2,4	3,1
Sicilia	5,5	13,8	4,1	4,3
Sardegna	11,3	24,1	3,9	4,0
Italia	8,7	13,8	5,4	4,0

*Indicatore aggiornato e non confrontabile con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 65-74 anni per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	46,5	6,6	25,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	56,0	11,8	31,3
Lombardia	50,1	16,8	32,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	51,3	12,7	30,8
<i>Trento</i>	44,1	16,3	29,6
Veneto	45,1	12,2	28,7
Friuli Venezia Giulia	45,7	12,5	29,0
Liguria	50,9	16,7	31,7
Emilia-Romagna	40,8	17,4	28,3
Toscana	49,3	11,6	29,5
Umbria	38,3	13,1	25,4
Marche	46,7	6,1	26,0
Lazio	31,9	11,5	20,6
Abruzzo	51,4	8,4	29,3
Molise	50,0	9,8	27,4
Campania	37,2	10,6	23,4
Puglia	43,9	4,7	24,0
Basilicata	52,4	4,4*	27,0
Calabria	33,8	8,9	21,6
Sicilia	27,5	7,8	17,2
Sardegna	46,2	9,0	26,1
Italia	42,9	11,6	26,5

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2012

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	40,7	10,1	21,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	36,5	21,2	27,6
Lombardia	42,3	14,7	25,0
Bolzano-Bozen	35,9	14,5	23,0
Trento	38,7	10,2	20,2
Veneto	46,1	10,6	22,6
Friuli Venezia Giulia	47,9	9,0	23,1
Liguria	40,0	11,0	22,4
Emilia-Romagna	43,0	9,6	22,8
Toscana	35,1	10,1	19,5
Umbria	44,0	6,6	20,8
Marche	47,1	6,8	21,3
Lazio	29,7	7,9	16,5
Abruzzo	41,3	4,1	18,3
Molise	50,3	14,9	29,8
Campania	36,3	4,7	16,0
Puglia	38,3	2,8*	16,1
Basilicata	43,4	11,8	24,5
Calabria	26,5	1,9*	11,2
Sicilia	18,5	4,1	9,6
Sardegna	37,6	5,8	18,7
Italia	37,7	8,7	19,6

*Dato non attendibile.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le principali componenti del rischio alcol-correlato in Italia si caratterizzano per una netta distinzione tra i comportamenti a rischio degli adulti rispetto a quelli tipici del mondo giovanile (4). Da un lato, nella popolazione in età produttiva maschile, almeno il 10% non rispetta le Linee Guida e il 14% dichiara episodi d'intossicazione con l'evidenza di almeno un uomo su quattro che necessita di un intervento di carattere medico. Una donna su dieci in età produttiva si ritrova nella stessa condizione. Gli anziani rappresentano un *target* di popolazione sensibile in cui la componente di rischio legata all'alcol è rappresentata dalla cronicità del comportamento e dalla scarsa moderazione nel consumo. Nella classe di età 64-75 anni si "annida" la quota maggiore di consumatori a rischio, verosimilmente negletti (8) in termini di prevenzione almeno quanto gli ultra 74enni, tra i quali quattro uomini su dieci e una donna su dieci sono a maggior rischio rappresentando, verosimilmente, un rilevante problema in termini di ricorso alle prestazioni sanitarie documentate annualmente dalle Relazioni al Parlamento del Ministro della Salute. I giovani sono il terzo *target* di popolazione vulnerabile su cui evidentemente le campagne e le iniziative di prevenzione hanno meno presa rispetto al *marketing* commerciale e della promozione delle bevande alcoliche che ha, nei fatti, un *appeal* (e investimenti) molto superiore rispetto agli investimenti specifici in prevenzione.

Due minori su dieci sono a rischio in Italia, ponendo un grave problema di legalità alla luce dell'infrazione delle normative che vietano vendita e somministrazione ai minori di 18 anni per i quali la componente "intossicazione" è prevalente rispetto all'eccedenza su base quotidiana (9). Gli effetti sui livelli nazionali di mortalità alcol-correlata sono resi noti dall'Osservatorio Nazionale Alcol e la stima cautelativa di oltre 17.000 decessi evitabili è dirimente rispetto all'urgenza di interventi improcrastinabili differenziati di prevenzione universale e specifica volti ad evitare esiti fatali che nei giovani riguardano soprattutto l'incidentalità stradale e, nel resto della popolazione, condizioni croniche e invalidanti tra cui una quota rilevante di decessi per numerosi tipi di cancro. Garantire protocolli di identificazione e di riferimento sanitario per tutti i casi di intossicazione alcolica giunti all'osservazione medica nei Pronto Soccorso è uno strumento da prevedere in termini di accessibilità a cure adeguate alla persona, che deve poter contare su una continuità assistenziale integrata ospedale-territorio che oggi non è né formalizzata né coordinata (10). Centrale, quindi, risulta il *case-management*. Non è più ipotizzabile, infatti, una gestione delle problematiche alcol-correlate svincolata da una rete di competenza che coinvolga i medici di famiglia per l'indispensabile integrazione dell'identificazione precoce ed intervento breve nella pratica quotidiana, prassi che l'Osservatorio Nazionale Alcol

e gli economisti dell'Università di Sheffield (11) hanno dimostrato portare per la situazione italiana grandi vantaggi in termini di riduzione di morbilità, mortalità e guadagno in qualità della vita con una spesa, che sarebbe opportuno definire investimento, di circa 500 euro per persona per ogni anno di vita speso in condizioni di buona salute. Appare indispensabile ripensare alla gestione del problema alcol-correlato individuando specifiche competenze sia sanitarie che sociali (12-14). Lo sviluppo di un *case management*, strumentale ad una corretta gestione clinica, permetterebbe, infatti, l'accertamento delle condizioni di comorbilità internista o spesso psichiatrica, la presenza di danno di organo in atto, la valutazione delle opzioni di trattamento finalizzate al blocco della progressione del danno e la prevenzione delle complicanze (15-17). Infine, non ultimo ma centrale, la riorganizzazione del sistema di cura dell'alcol-dipendente; il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve poter giungere ad esercitare la capacità di attrazione verso cure accessibili, equamente disponibili sull'intero territorio nazionale, efficaci e garantite da un sistema di valutazione dell'efficacia del trattamento ad oggi completamente ignorato nonostante costi al SSN decine di milioni di euro l'anno. Colmare il *gap* tra utenti dei servizi osservati e attesi è una delle principali sfide da affrontare.

Nella popolazione occorre garantire un bilanciamento tra i messaggi promozionali volti a produrre una comunicazione commerciale sempre più aggressiva e confondente e quelli di salute pubblica con investimenti adeguati all'entità del problema che, senza adeguato contrasto, continuerà a generare costi sempre più elevati che appare iniquo imporre alla società, in particolare in tempi di crisi economica in cui la riduzione dei costi evitabili genererebbe disponibilità di fondi da investire in prevenzione e ricerca.

Necessari sono anche gli investimenti per formazione professionale su strumenti e tecniche di identificazione precoce e intervento breve, ampiamente carenti come dimostrato dai Progetti europei ODHIN e AMPHORA (18, 19); per la comunicazione del rischio da integrare in protocolli di prevenzione, a partire da quelli oncologici, considerato l'elevato impatto dell'uso di alcol sulla mortalità da cancro alcol-correlata; per la creazione di programmi di prevenzione personalizzabili ad accesso informatizzato (20, 21) e ai contesti privilegiati rappresentati dai luoghi di lavoro (22). Il monitoraggio degli indicatori è fondamentale per garantire che qualunque obiettivo di salute, i piani o le strategie di prevenzione ricevano idonea valutazione. Garantire infrastrutture e adeguate risorse in grado di mantenere nel tempo un sistema di monitoraggio è parte integrante della capacità di contrastare l'impatto alcol-correlato nella società e di garantire la *Public Health response* invocata da tutte le strategie, sia comunitarie che internazionali, a cui

l'Italia aderisce nell'obiettivo condiviso di migliorare la qualità della vita e lo stato di salute individuale e sociale.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2014.
- (2) Rehm J, Gmel G, Rehm MX, Scafato E, Shield KD. What alcohol can do to European Societies. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A, ed. Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2. ed 2013. p. 4-16.
- (3) World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
- (4) Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati Anno 2013. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2112_a_llegato.pdf.
- (5) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
- (6) Istat. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Roma, 2014.
- (7) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2013. Istat, Roma, 2014.
- (8) Anderson P, Scafato E, Galluzzo L, VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people from a public health perspective. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 2012; 48 (03): 232-247.
- (9) Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Parisi N, Di Pasquale L, Gandin C. Consumo di alcol. Rapporto Osservasalute 2013. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane 2013; 40-47.
- (10) Scafato E. Alcol e alcoldipendenza: cura della persona, cura della malattia. Prefazione del rapporto ISTISAN 2013 [editorial]. Alcologia 2013; 16 (Apr): 8-9.
- (11) Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. BMC family practice 2014; 15 (1): 26.
- (12) Scafato E. L'alcoldipendenza in Italia: un peso sociale [editorial]. Alcologia 2014; 18 (Apr): 8-12.
- (13) Rehm J, Marmet S, Anderson P, Gual A, Kraus L, Nutt DJ, Room R, Samokhvalov AV, Scafato E, Trapencieris M, Wiers RW, Gmel G. Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? Alcohol and alcoholism 2013; 48 (6): 633-640.
- (14) Rehm J, Anderson P, Gual A, Kraus L, Marmet S, Nutt DJ, Room R, Samokhvalov AV, Scafato E, Shield KD, Trapencieris M, Wiers RW, Gmel G. The tangible common denominator of substance use disorders. A reply to commentaries to Rehm et al. (2013a) [letter]. Alcohol and alcoholism 2014; 49 (1): 118-122.
- (15) Testino G, Patussi V, Scafato E, Ancarani AO, Borro P. Alcohol, cardiovascular disease and cancer [letter].

Alcohol and alcoholism 2013; 48 (5): 627-628.

(16) Testino G, Ancarani AO, Patussi V, Scafato E. Consumo rischioso-dannoso di alcol: è necessario rivedere lo screening oncologico? *Alcologia* 2013; 17 (Set): 11-18.

(17) Testino G, Schiappacasse G, Viotti A, Ferrando A, Bottaro L, Ancarani AO, Patussi V, Londi I, Scafato E. Consumo di alcol e tumori. *Italian journal on addiction* 2013; 3 (4): 23-29.

(18) Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A, ed. *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2. ed 2013. p. 72-93.

(19) Gandin C, Scafato EP. Optimizing Delivery of Health Care Interventions (ODHIN). ODHIN Assessment tool-report. A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption.

Bruxelles: European Commission. Seventh Framework Programme; 2013.

(20) Struzzo P, Scafato E, McGregor R, Della Vedova R, Verbano L, Lygidakis C, Tersar C, Crapesi L, Tubaro G, Freemantle N, Wallace P. A randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR-FVG): the study protocol. *BMJ open* 2013; 3 (2): e002304.

(21) Wallace P, Struzzo P, Della Vedova R, Tersar C, Verbano L, Lygidakis H, MacGregor R, Freemantle N, Scafato E. Randomised controlled non-inferiority trial of primary care based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR-FVG) [abstract]. *Addiction science & clinical practice* 2013; 8 (1 Suppl): A83.

(22) Londi I, Fanucchi T, Magri G, Alunni F, Spampinato M, Patussi V, Testino G, Scafato E. Alcohol and the workplace: the experience of Tuscan Alcoholological Centre (CAR) training and early identification and brief intervention methodology [abstract]. *Addiction science & clinical practice* 2013; 8 (1 Suppl): A42.

Confronto fra vecchi indicatori (Rapporto Osservasalute 2013 e Edizioni precedenti) e nuovi indicatori (Rapporto Osservasalute 2014) per il monitoraggio sul consumo di alcol

Dott. Emanuele Scafato, Dott.ssa Silvia Ghirini, Dott.ssa Claudia Gandin, Dott.ssa Lucia Galluzzo, Dott.ssa Sonia Martire, Dott.ssa Lucilla Di Pasquale, Dott. Riccardo Scipione, Dott. Nicola Parisi

L'Osservatorio Nazionale Alcol da molti anni ha sviluppato un indicatore di sintesi denominato "Consumo a rischio" (criterio Istituto Superiore di Sanità-ISS), che risulta essere la combinazione di due diversi comportamenti a rischio per la salute: il rischio rappresentato dal consumo giornaliero eccedentario, non rispettoso delle Linee Guida, e l'assunzione in un'unica occasione di consumo di oltre 6 Unità Alcoliche (UA¹ = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*).

A seguito delle evidenze scientifiche che da circa 2 anni hanno condotto a stabilire nuove Linee Guida per il *lower-risk drinking*, da questa Edizione è stato necessario aggiornare la componente del consumo giornaliero eccedentario utilizzando i nuovi limiti pubblicati dal Ministero della Salute e acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti. Fermo restando che la componente di rischio ascrivibile al consumo di alcol in modalità *binge drinking* considerata nel calcolo dell'indicatore non è stata modificata rispetto alle precedenti versioni, in questo *Box* vengono raffrontati i valori assunti dagli indicatori utilizzati fino all'Edizione 2013 del Rapporto Osservasalute (vecchio indicatore) e quelli degli indicatori utilizzati a decorrere da questa Edizione (nuovo indicatore).

Consumatori a rischio (criterio ISS) di età 11-17 anni

Nella fascia di età giovanile venivano considerati a rischio tutti i ragazzi di 11-15 anni che consumano bevande alcoliche e quelli di 16-17 anni che consumano almeno 1 UA al giorno; con il nuovo indicatore, a seguito dei nuovi limiti di consumo *lower-risk*, a più basso rischio, e dell'introduzione del divieto di vendita oltre che di somministrazione di bevande alcoliche ai minori, la cui età minima legale è stata portata in Italia da 16 a 18 anni, vengono considerati a rischio tutti i giovani al di sotto dei 18 anni che consumano una qualsiasi quantità di bevande alcoliche. Il nuovo indicatore determina, ovviamente, un evidente incremento delle prevalenze per tutti gli anni considerati per entrambi i generi. Dal 2007 al 2012 si è rilevato un trend in diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio calcolata secondo i due indicatori (vecchio e nuovo), sia tra i ragazzi che tra le ragazze; rispetto all'anno 2007 si rileva una diminuzione statisticamente significativa sia della prevalenza dei consumatori a rischio, calcolati con l'indicatore in vigore fino alla precedente rilevazione (M=-10,0 punti percentuali; F=-5,3 punti percentuali), che della prevalenza calcolata utilizzando il nuovo indicatore (M=-12,6 punti percentuali; F=-8,0 punti percentuali), anche se la diminuzione, nel corso dell'ultimo anno, non risulta statisticamente significativa (Grafico 1).

Consumatori a rischio (criterio ISS) di età 18-64 anni

Nella fascia di età 18-64 anni venivano considerati a rischio i 18enni che consumano 1 UA al giorno, gli uomini adulti che consumano 3 o più UA al giorno e le donne adulte che consumano 2 o più UA al giorno; con il nuovo indicatore sono stati, invece, considerati a rischio tutti gli uomini che superano un consumo di 2 UA al giorno e le donne che superano 1 UA giornalmente. Le differenze tra i due indicatori sono molto più ridotte rispetto a quanto registrato nella fascia di età giovanile. Sia tra gli uomini che tra le donne la prevalenza calcolata utilizzando il nuovo indicatore è superiore a quella calcolata con il vecchio indicatore e si rileva un diverso andamento nel tempo degli indicatori in relazione al genere degli intervistati. Tra gli uomini si registra una diminuzione complessiva della prevalenza dei consumatori a rischio rispetto al 2007 pari a 3,9 punti percentuali nel caso del vecchio indicatore ed a 5,9 punti percentuali nel caso del nuovo indicatore; entrambi gli indicatori sono, tuttavia, rimasti pressoché stabili tra il 2008 ed il 2011 e sono diminuiti nuovamente tra il 2011 ed il 2012 rispettivamente di 2,4 e 2,9 punti percentuali. Tra le donne, indipendentemente dal tipo di indicatore utilizzato, si registra una diminuzione statisticamente significativa della prevalenza delle consumatrici a rischio rispetto al 2007, mentre nel periodo 2008-2011 non si sono registrate variazioni significative; utilizzando il nuovo indicatore, infine, si rileva una diminuzione statisticamente significativa delle consumatrici a rischio nel corso dell'ultimo anno pari ad 1,0 punto percentuale (Grafico 1).

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°.

Consumatori a rischio (criterio ISS) di età 65-74 e ≥ 75 anni

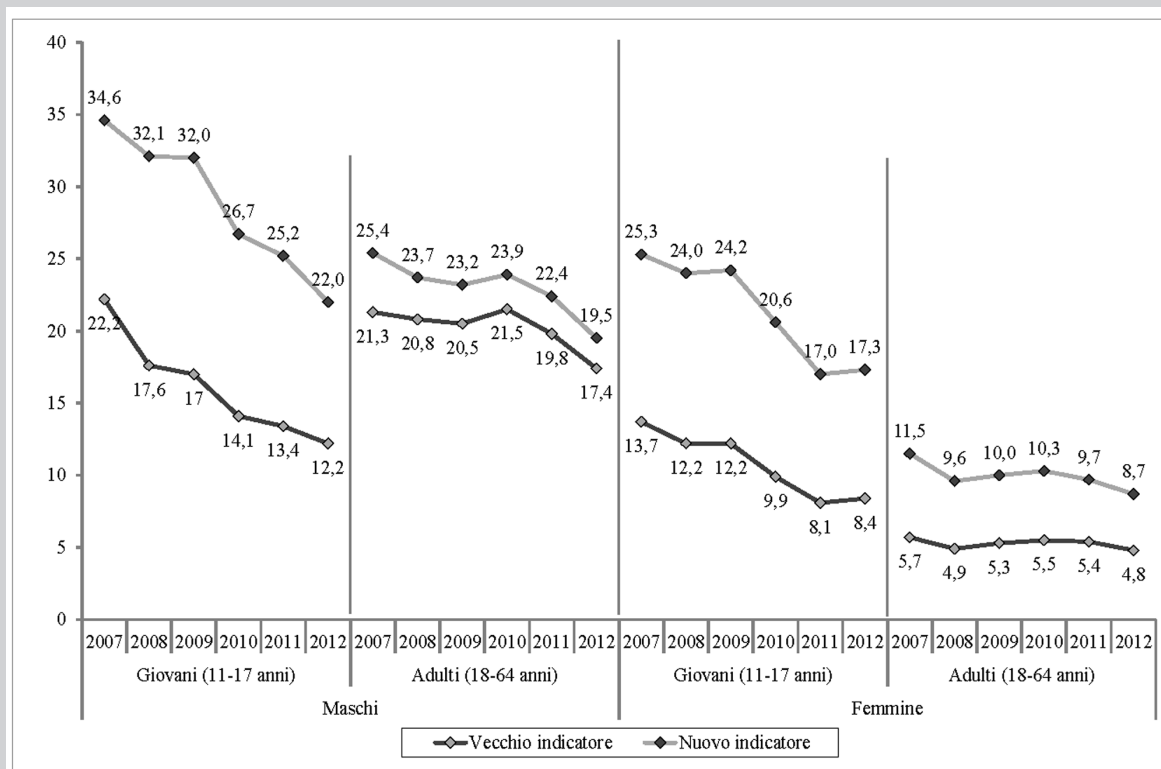
Nella fascia di età anziana non sono state apportate modifiche strutturali all'indicatore.

Consumatori a rischio (criterio ISS) di età ≥ 11 anni

Il nuovo indicatore di sintesi dei consumatori a rischio di età ≥ 11 anni risulta significativamente superiore al vecchio indicatore, a seguito delle variazioni sopra evidenziate relative alle classi di età giovanili ed adulte.

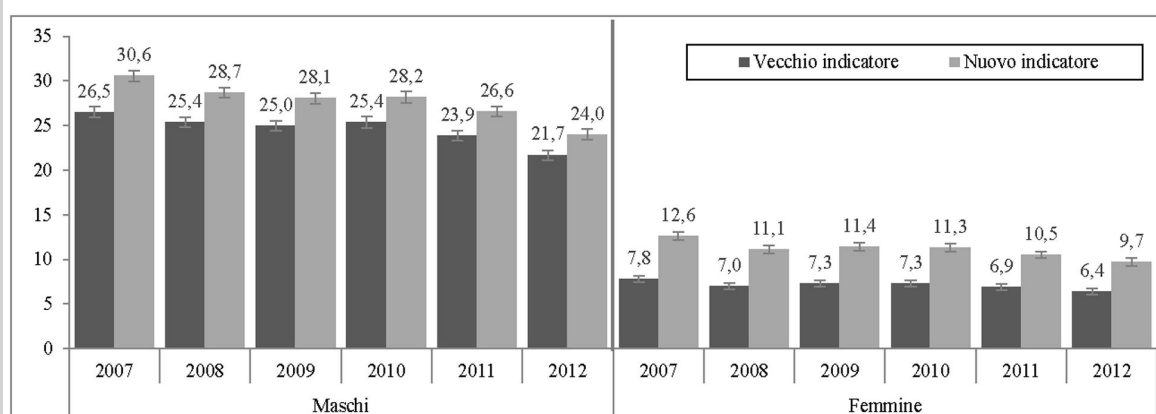
Il nuovo indicatore risulta più elevato del vecchio indicatore per tutti gli anni considerati sia per gli uomini che per le donne. Dal 2007 al 2012 si è rilevata una diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio di genere maschile calcolata secondo i due indicatori (vecchio e nuovo); in particolare, si rileva che tra il 2010 ed il 2012 la diminuzione è risultata costante, indipendentemente dall'indicatore utilizzato. Tra le donne si rileva, complessivamente, una riduzione statisticamente significativa tra il 2007 ed il 2012 delle consumatrici a rischio, calcolate utilizzando il nuovo indicatore; nell'arco temporale 2008-2011 entrambi gli indicatori sono rimasti pressoché costanti e nel corso dell'ultimo anno, attraverso il nuovo indicatore, si è rilevata una diminuzione statisticamente significativa delle consumatrici a rischio (Grafico 2).

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per indicatore, genere e classe di età - Anni 2007-2012



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 2008-2013.

Grafico 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età ≥ 11 anni per indicatore e genere - Anni 2007-2012



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 2008-2013.

Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati Anno 2013.
- (2) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (Ed.). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol- CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/1).
- (3) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N. Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2014. (Rapporto Osservasalute 2013).

Sovrappeso ed obesità

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

quasi 300 milioni di donne sono obesi (1).

In molti Paesi della Regione Europea, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza di obesità è addirittura triplicata dagli anni Ottanta e continua a crescere, divenendo responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2). In Italia, nel 2013, poco più di quattro adulti su dieci (45,8%) sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare precocemente le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

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

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

Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta nell'aprile 2013 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat emerge che, in Italia, nel 2013, più di un terzo della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre più di una persona su dieci è obesa (10,3%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1 e Grafico 1). Questi valori non sono variati rispetto al 2012, segno che si tratta di un fenomeno per il quale è necessario analizzare inter-

valli temporali più ampi per apprezzarne variazioni. Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone, di più di 18 anni, obese (Basilicata 14,2%, Molise 12,7%, Abruzzo 12,1% e Puglia 12,0%) ed in sovrappeso (Campania 41,6%, Puglia 39,2% e Sicilia 39,1%) rispetto alle regioni settentrionali che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Bolzano 6,8%, Piemonte 8,3% e PA di Trento 8,8%; sovrappeso: Liguria 31,6% e Lombardia 31,8%).

Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) (Grafico 2) si osserva che, dal 2001, nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (circa 5 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese). Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone sovrappeso ed obese è rimasta abbastanza stabile negli ultimi anni.

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,1% della fascia di età 18-24 anni al 46,4% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,5% al 16,4% per le stesse fasce di età (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un differenziale di genere; infatti, risulta in sovrappeso il 44,1% degli uomini rispetto al 27,5% delle don-

ne ed obeso l'11,5% degli uomini rispetto al 9,3% delle donne. La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali è, sia per gli uomini che per le don-

ne, quella tra i 65-74 anni (uomini 52,5% e 17,9%; donne 41,0% e 15,1%, in sovrappeso ed obesi rispettivamente) (Tabella 2).

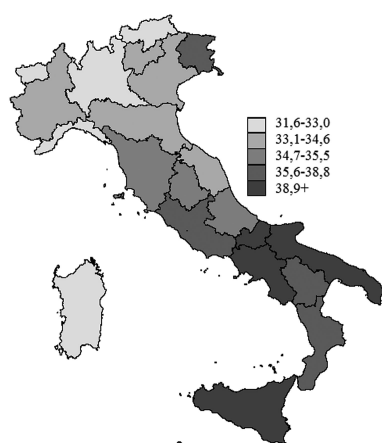
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2013

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	33,1	8,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,1	11,3
Lombardia	31,8	10,2
Bolzano-Bozen	32,3	6,8
Trento	34,5	8,8
Veneto	34,5	10,6
Friuli Venezia Giulia	35,6	10,2
Liguria	31,6	9,6
Emilia-Romagna	34,3	10,7
Toscana	35,1	10,0
Umbria	34,7	11,1
Marche	34,5	9,8
Lazio	35,7	9,9
Abruzzo	35,3	12,1
Molise	38,9	12,7
Campania	41,6	10,3
Puglia	39,2	12,0
Basilicata	38,5	14,2
Calabria	37,5	10,5
Sicilia	39,1	10,8
Sardegna	32,9	9,9
Italia	35,5	10,3

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2013



Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2013

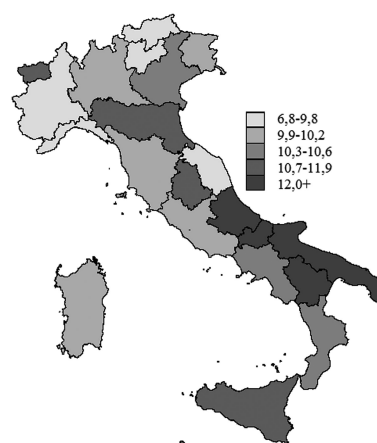


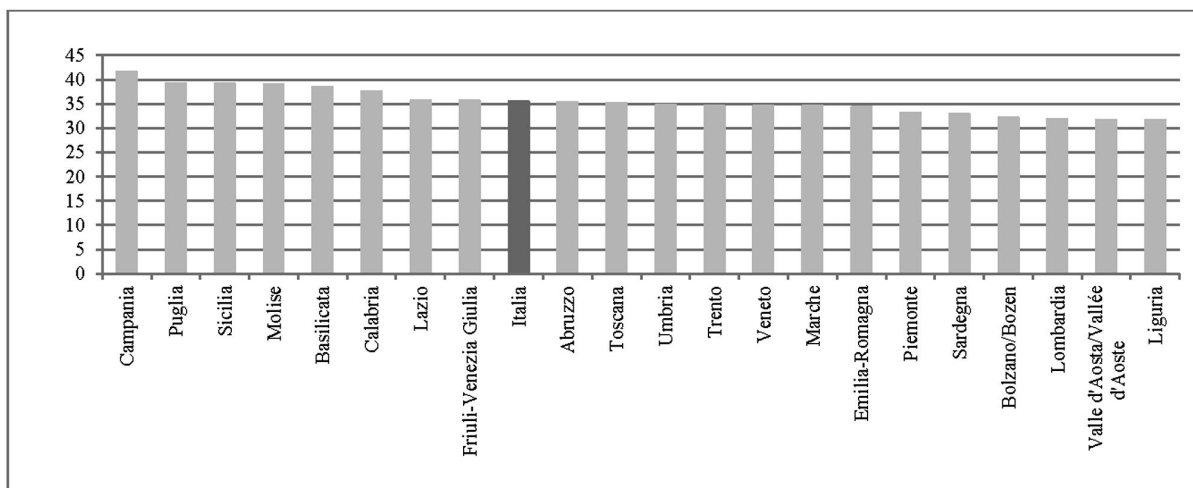
Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2013

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	20,1	10,0	15,1	2,6	2,3	2,5
25-34	33,0	15,1	24,2	6,0	3,8	4,9
35-44	42,9	20,4	31,6	10,7	5,8	8,3
45-54	50,6	26,9	38,4	12,3	9,5	10,8
55-64	51,9	33,9	42,8	16,9	12,1	14,5
65-74	52,5	41,0	46,4	17,9	15,1	16,4
75 ed oltre	49,3	39,9	43,5	10,8	14,0	12,8
Totale	44,1	27,5	35,5	11,5	9,3	10,3

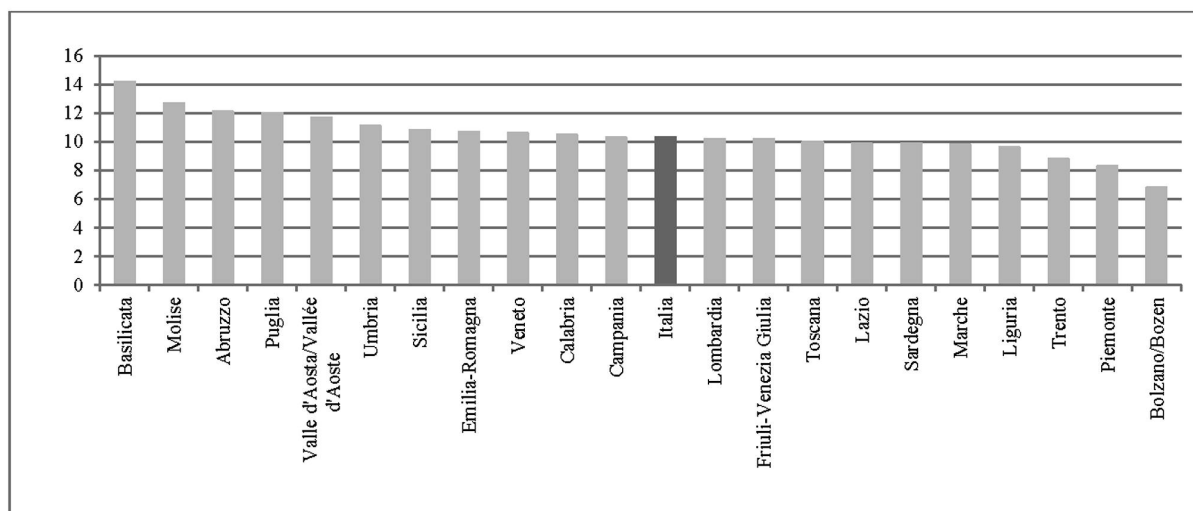
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2013

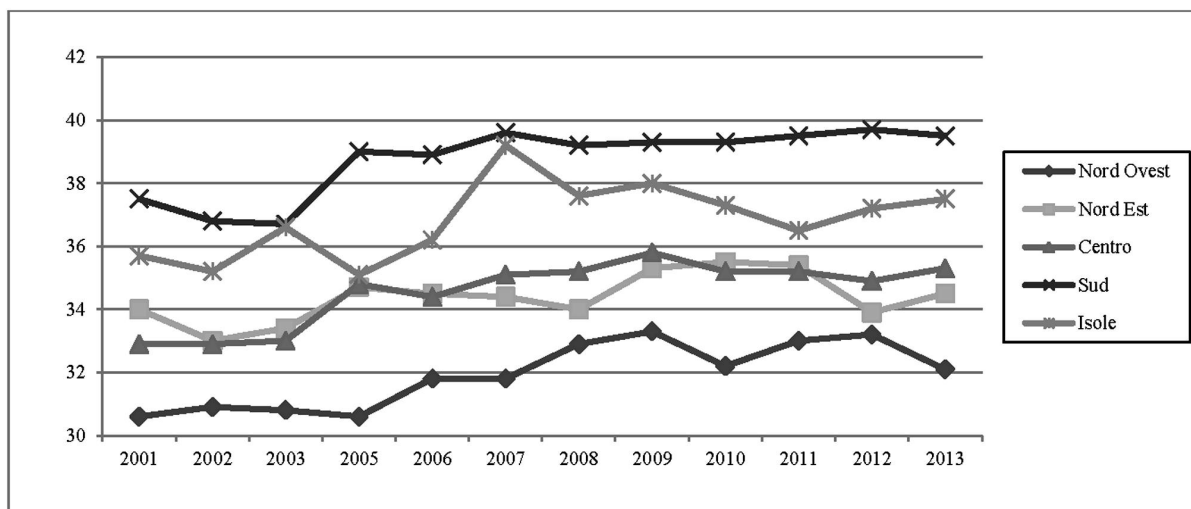
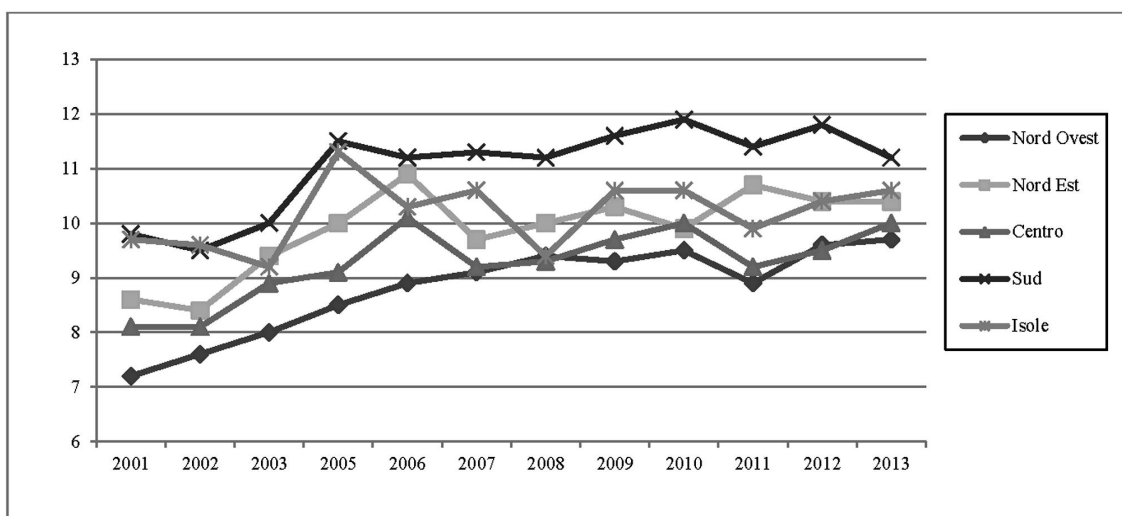
Persone in sovrappeso



Persone obese



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2013**Persone in sovrappeso****Persone obese**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Il fatto che poco meno della metà della popolazione adulta (45,8%) risulti in eccesso ponderale è, senza dubbio, un dato allarmante. La rilevanza del problema ha portato, negli ultimi anni, ad un incremento dei sistemi di sorveglianza che permettono di fornire

informazioni utili sugli stili di vita della popolazione nelle diverse aree geografiche e nelle diverse fasce di età. La sorveglianza epidemiologica riveste un ruolo importante sia per valutare precocemente le tendenze positive o negative, sia per verificare i risultati raggiunti e per programmare iniziative *ad hoc* rivolte a specifici gruppi di persone.

Oltre al contributo fornito dai diversi sistemi di sorveglianza di popolazione, la lotta alla diffusione di sovrappeso ed obesità passa attraverso la promozione di iniziative intersettoriali di comunicazione e di formazione rivolte alla popolazione generale ed al personale sanitario. La collaborazione inter-istituzionale e l'integrazione tra diversi Enti risulta di fondamentale importanza per migliorare sia l'offerta dei servizi di

assistenza che gli interventi terapeutici per i disturbi del comportamento alimentare. L'esempio più concreto è il programma nazionale "Guadagnare Salute" che si pone come obiettivo quello di promuovere campagne informative ed educative affinché le persone possano fare le scelte migliori per la propria salute e mira ad agire in modo integrato e coordinato per contrastare i principali fattori di rischio modificabili, in

particolare con iniziative dedicate all'educazione alimentare.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N° 311, March 2013.
- (2) WHO European Region Obesity, 2013.
- (3) Sistema di sorveglianza Passi, 2012.
- (4) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.

Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, attualmente, più di 30 milioni di bambini in eccesso di peso vivano in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono

all'obesità in età preadolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato che, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione da adulti (4).

In Italia, a partire dal 2010, l'Istituto Nazionale di Statistica ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso dei minori di 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", condotta annualmente su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui.

Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (6-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

Prevalenza di minori in eccesso di peso

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 6-17 anni in sovrappeso od obese}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo di 6-17 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri, strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale.

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori, sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di 6-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce di per sé un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (5) ampiamente utilizzati in numerosi studi nazionali (6) ed internazionali (7). Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC pari a 25 per il sovrappeso e

pari a 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

La possibilità di avere tramite l'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (le regioni o in alternativa macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione a informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva *versus* sedentarietà.). È possibile, inoltre, effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.

I dati vengono forniti come stime biennali che costituiscono valori più robusti e che permettono, quindi, un livello di analisi anche subnazionale.

¹Tra i *cut point* più utilizzati a livello internazionale, possiamo citare anche i *cut point* CDC-2000, WHO-2006, Cole-IOTF 2012. Nel contesto italiano, va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani dai 2 ai 20 anni.

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e dei ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento. Essendo i dati utilizzati per queste analisi disponibili dal 2010 in poi, non si dispone ancora di una serie storica di dati a cui riferirsi; si può, quindi, assumere come riferimento il valore più basso registrato nel biennio considerato (2012-2013). Tuttavia, per il futuro, quando si disporrà anche di una serie storica di dati, si potrà ipotizzare di assumere come riferimento un andamento tendenziale che vada verso la diminuzione del fenomeno nei gruppi di popolazione in cui è più diffuso (maschi, 6-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.) e che si attesti verso valori più bassi.

Descrizione dei risultati

I dati (media 2012-2013) mostrano che in Italia i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole e pari al 26,5%.

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (29,6% contro il 23,3%). Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove raggiunge quasi il 34%. Al crescere dell'età il sovrappeso e l'obesità vanno, tuttavia, diminuendo fino a raggiungere il

valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni.

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud e Isole. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano significativamente passando dal Nord al Sud del Paese (34,4% al Sud rispetto al 21,2% del Nord-Ovest, al 20,8% del Nord-Est, al 25,6% del Centro e al 30,5% delle Isole), con percentuali particolarmente elevate in Campania (38,9%), Calabria (34,5%), Molise (32,5%), Sicilia (32,0%) e Puglia (30,0%).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso. Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere anche loro in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso la percentuale di bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni in sovrappeso o obesi sale al 36,4% rispetto alla percentuale del 27,0% (solo madre in eccesso di peso) e del 26,7% (solo padre in eccesso di peso). La quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso scende al 20,6%. Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese.

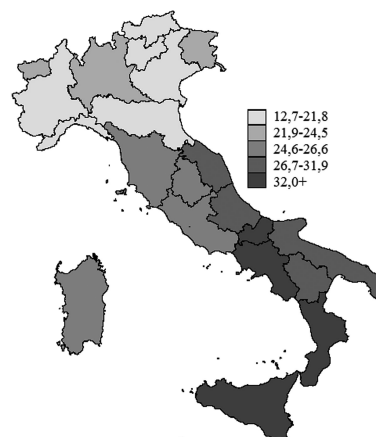
Tabella 1 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2012-2013

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10 anni	32,8	34,6	33,7
11-13 anni	32,1	20,0	26,4
14-17 anni	23,7	11,3	17,6
Totale	29,6	23,3	26,5

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Tabella 2 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per regione - Anni 2012-2013

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	20,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,0
Lombardia	21,9
Bolzano-Bozen	12,7
Trento	18,8
Veneto	21,5
Friuli Venezia Giulia	22,2
Liguria	17,8
Emilia-Romagna	21,1
Toscana	25,4
Umbria	24,6
Marche	26,7
Lazio	25,6
Abruzzo	28,0
Molise	32,5
Campania	38,9
Puglia	30,0
Basilicata	29,4
Calabria	34,5
Sicilia	32,0
Sardegna	24,6
Italia	26,5

Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per regione. Anni 2012-2013

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Tabella 3 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per genere, titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2012-2013

Titolo di studio della madre*	Maschi	Femmine	Totale
Dottorato di ricerca e Laurea	27,8	20,3	23,9
Diploma scuola superiore	26,5	21,1	23,9
Scuola dell'obbligo	32,6	26,5	29,6
Titolo di studio del padre*			
Dottorato di ricerca e Laurea	23,2	15,2	19,2
Diploma scuola superiore	26,9	22,6	24,8
Scuola dell'obbligo	32,2	25,8	29,1
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche ottime-adequate	28,0	21,3	24,8
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,0	25,2	28,1
Eccesso di peso dei genitori*			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	24,3	16,5	20,6
Solo la madre in eccesso di peso	29,6	24,5	27,0
Solo il padre in eccesso di peso	28,9	24,3	26,7
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	40,9	32,0	36,4
Totale	29,6	23,3	26,5

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2013, 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo in Italia, ma anche in tutti i Paesi del resto del mondo, e che merita una particolare attenzione.

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso dei bambini e dei ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede nel Meridione, tra chi vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e tra chi ha un livello socio-economico non elevato).

Ciò risulta di particolare importanza perché consente di avere strumenti teorici importanti che possono essere utilizzati per costruire azioni di prevenzione e di contrasto del fenomeno.

Un ruolo importantissimo e che gioca un ruolo fondamentale è costituito dalla famiglia, figura centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi e luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivazione dell'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N° 311, May 2014.
- (2) Reilly J J, Methven E., McDowell Z. C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula M K, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.
- (4) Rolland-Cachera M. F, Deheeger M., Bellisle F., Guillaud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984).
- (5) Cole T. J., Bellizzi M. C, Flegal K. M., Dietz W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1240.
- (6) Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma 10-12 settembre 2002). Istat.
- (7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006; 17 (3): 27-42.
- (8) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11_/25.
- (9) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (10) Cacciari E, Milani S, Balsamo A and SIEDP Directive Council 2002-03. Italian cross sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J Endocrinol Invest 29; 581-93, 2006.

Attività fisica

Significato. L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico, per circa trenta minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana (1), favorisce uno stile di vita sano con notevoli benefici per la persona.

L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza ed è associata positivamente allo stato di salute. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli

anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (2).

È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (3). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo, come camminare o andare in bicicletta.

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

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2013 su un campione di 19.150 famiglie, per un totale di circa 46.300 individui. Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica. L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi al di sotto dei 14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2013, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 30,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni (Tabella 1). Tra questi, il 21,5% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,1% in modo saltua-

rio. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 27,9% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 24 milioni e 300 mila, pari al 41,2%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,5% del 2013). Stabile nel 2013, rispetto al 2012, la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo o saltuario, mentre si registra una diminuzione di 1,3 punti percentuali nella quota di coloro che dichiarano di svolgere qualche attività fisica (dal 29,2% del 2012 al 27,9% del 2013). Inoltre, rispetto all'anno precedente nel 2013, in entrambi i generi, si riscontra un aumento significativo per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne).

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, probabilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate (Tabella 2). Le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano, la Valle d'Aosta, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia, rappresentano la zona del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre va inclusa nella pratica di sport in modo saltuario anche la PA di Trento.

Seguono poi le altre regioni del Nord e del Centro, mentre le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 30,8% dichiara di praticare attività

sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (18,9%), la Calabria (21,0%) e la Sicilia (21,2%). Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole dove, in molte regioni, circa due persone su dieci dichiarano di svolgere attività motorie nel tempo libero (Sicilia 19,1%, Puglia 19,6% e Campania 21,1%).

La sedentarietà è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Campania (59,6%) e in Sicilia (59,3%) dove ben oltre la metà delle persone di 3 anni ed oltre è sedentaria.

Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano per i maschi nella fascia di età 11-14 anni (70,7%) e per le femmine in quella tra i 6-14 anni (circa il 54%)

(Tabella 3). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta in modo continuo fino ai 64 anni (38,2%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, in cui aumenta la percentuale di sedentari, pari al 72,5% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui le quote di praticanti sono simili tra bambine e bambini (Tabella 3). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,0% pratica sport con continuità e l'11,1% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 17,2% e del 7,3%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (45,8% vs 36,2%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2013

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,0	12,6	26,0	35,0	0,4
2012	26,4	11,3	27,2	34,6	0,5
2013	26,0	11,1	26,4	36,2	0,3
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
Totale					
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,2	27,7	39,8	0,5
2012	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2013

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	19,4	10,0	35,1	35,3	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,1	12,0	28,0	31,0	n.a.
Lombardia	26,1	10,3	29,9	33,4	0,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>34,4</i>	<i>18,1</i>	<i>32,6</i>	<i>14,1</i>	<i>0,9</i>
Trento	25,8	17,6	40,7	15,9	n.a.
Veneto	26,9	11,2	37,4	24,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	26,8	12,1	32,5	28,4	0,2
Liguria	21,0	6,8	29,2	42,8	0,2
Emilia-Romagna	26,1	10,0	32,6	31,2	0,1
Toscana	24,3	9,0	29,3	37,0	0,3
Umbria	21,4	10,0	28,0	40,7	n.a.
Marche	23,7	9,5	31,0	35,5	0,3
Lazio	24,0	8,5	23,3	43,8	0,4
Abruzzo	20,0	7,3	27,9	44,3	0,4
Molise	17,9	6,0	25,2	50,7	n.a.
Campania	12,7	6,2	21,1	59,6	0,4
Puglia	17,2	8,2	19,6	54,3	0,6
Basilicata	17,5	7,1	23,9	51,2	0,2
Calabria	14,3	6,7	26,3	52,4	0,3
Sicilia	13,1	8,1	19,1	59,3	0,3
Sardegna	22,1	8,7	30,5	38,6	0,2
Italia	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3

n.a. = non applicabile.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.

Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica per regione. Anno 2013

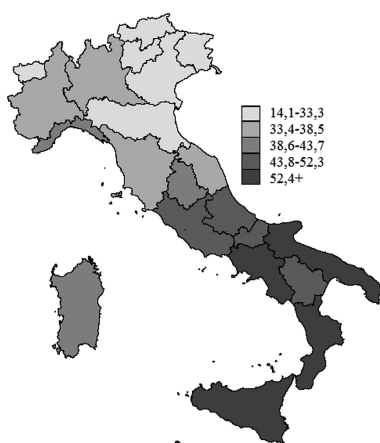


Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone che praticano sport o attività fisica per genere e classe di età - Anno 2013

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	20,3	4,1	22,0	50,6	3,0
6-10	58,1	6,3	12,6	22,4	0,6
11-14	61,8	8,9	14,7	14,5	0,1
15-17	54,4	12,5	15,7	17,3	0,1
18-19	43,8	16,9	18,7	20,6	n.a.
20-24	41,6	18,0	17,1	23,1	0,1
25-34	33,8	16,0	20,1	30,0	0,1
35-44	25,4	14,5	25,0	34,8	0,4
45-54	19,7	12,2	28,6	39,3	0,2
55-59	15,0	10,2	33,5	41,2	0,1
60-64	13,9	8,4	38,8	38,8	0,1
65-74	9,8	7,3	40,1	42,5	0,2
75 ed oltre	4,8	2,5	29,7	62,8	0,2
Totale	26,0	11,1	26,4	36,2	0,3
Femmine					
3-5	20,5	3,3	23,8	49,7	2,8
6-10	49,3	5,2	17,8	27,2	0,6
11-14	46,6	7,6	21,3	24,2	0,4
15-17	37,1	9,3	25,3	28,2	n.a.
18-19	27,0	12,4	25,8	34,5	0,3
20-24	24,3	13,7	29,4	32,6	*
25-34	20,2	10,3	29,7	39,7	*
35-44	16,7	10,4	31,2	41,6	0,1
45-54	13,9	8,5	36,0	41,3	0,2
55-59	12,6	6,8	36,8	43,6	0,3
60-64	11,7	5,6	37,6	44,6	0,5
65-74	7,8	3,7	32,5	55,7	0,2
75 ed oltre	2,9	1,2	16,8	78,6	0,5
Totale	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
Totale					
3-5	20,4	3,7	22,9	50,1	2,9
6-10	53,8	5,7	15,1	24,7	0,6
11-14	54,5	8,3	17,8	19,1	0,3
15-17	46,3	11,0	20,2	22,5	*
18-19	35,8	14,8	22,1	27,2	0,1
20-24	33,0	15,8	23,3	27,8	0,1
25-34	27,1	13,2	24,9	34,8	*
35-44	21,0	12,4	28,1	38,2	0,2
45-54	16,7	10,3	32,4	40,3	0,2
55-59	13,8	8,5	35,1	42,4	0,2
60-64	12,8	7,0	38,2	41,8	0,3
65-74	8,7	5,4	36,1	49,5	0,2
75 ed oltre	3,6	1,7	21,8	72,5	0,4
Totale	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3

n.a. = non applicabile.

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di controllare i fattori di rischio, i risultati del 2013 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge

che il rischio di essere sedentari, ad oggi più di due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne. Aspetti, questi, fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

Una delle più recenti, ma antiche strategie volte ad

aumentare l'attività motoria riguardano: l'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani), sia per la potenzialità di impatto sull'intera popolazione che per la molteplicità dei benefici tra cui il miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), la riduzione dell'inquinamento atmosferico ed acustico e il minor consumo di risorse con un risparmio economico. Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte a livello locale. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello ministeriale, a differenza di altri Paesi come la Francia ed il Regno Unito dove, recentemente, i rispettivi governi hanno investito delle risorse per rendere effettivamente più accessibili le scelte salutari (come ad esempio il *bike sharing*). In molte realtà italiane, invece, risulta

spesso difficile aderire a certe raccomandazioni a livello individuale, vivendo e lavorando in un contesto che rende complicata la scelta di salute.

Diventa, quindi, fondamentale valutare lo sviluppo di nuove e diverse iniziative, la loro implementazione così come il raggiungimento degli obiettivi nel tempo. In questo senso i processi di monitoraggio e sorveglianza sono fondamentali.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Physical activity, Fact sheet N. 385, February 2014.
- (2) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
- (3) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet* 2011; 378: 1.244-1.253.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate le vaccinazioni interrompono anche la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione agendo, indirettamente, sui soggetti non vaccinati attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbe-

ro manifestarsi più facilmente.

L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica.

L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture vaccinali delle vaccinazioni obbligatorie nei bambini fino al 24° mese di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV) e Poliomielite, e delle vaccinazioni raccomandate dalle Autorità Sanitarie centrali, quindi *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e anti-Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR) (per quest'ultimo una dose).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

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

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute. I tassi al 24° mese per MPR si riferiscono ad 1 dose. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale.

Il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di un valore pari almeno al 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia nell'arco temporale 2000-2013 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi), una minima riduzione della copertura vaccinale per Poliomielite (-1,2%) ed un incremento per DT o DTP (0,1%) e per HBV (1,3%), ma soprattutto per Hib (72,8%) e per MPR (18,9%).

Da evidenziare, per le vaccinazioni obbligatorie, è il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel

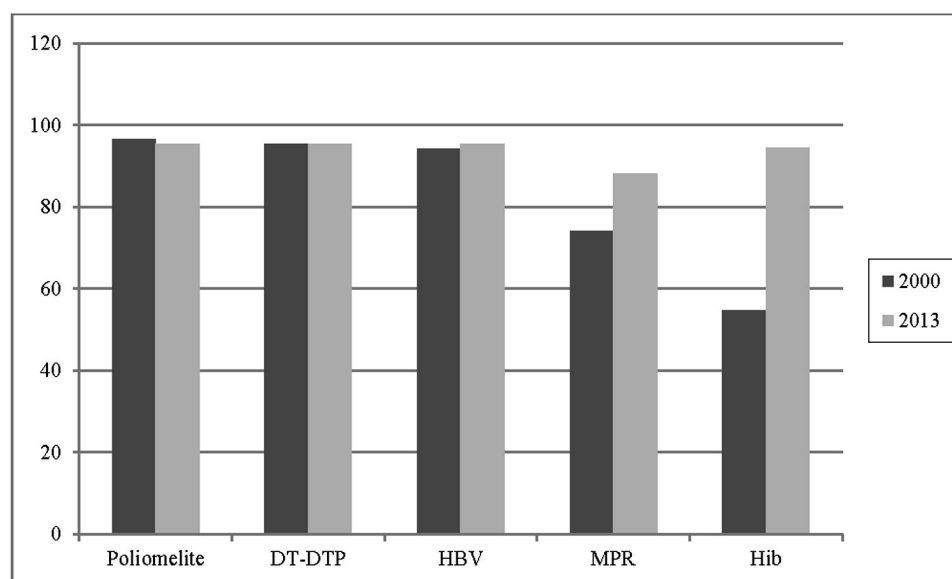
vigente PNPV, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età. Anche il parametro stabilito nel PNEMoRc è il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di almeno il 95% di copertura vaccinale, ma per questa profilassi tali valori non sono stati ancora conseguiti.

Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2013 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV, ad eccezione della Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Molise, Campania e Calabria.

Per quanto riguarda la vaccinazione raccomandata anti-MPR, invece, il valore ottimale previsto dal PNEMoRc non è stato raggiunto in nessuna regione.

Essendo il morbillo e la rosolia malattie infettive contagiose, il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale non permette di bloccare la circolazione dei due virus per cui, periodicamente, si sono registrate epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Infine, il raggiungimento, sia a livello nazionale che in diverse regioni di un valore di copertura nazionale molto vicino al valore ottimale (94,5% vs 95,0%) per l'Hib per il quale si usa un vaccino raccomandato ma non obbligatorio, è correlato all'uso di preparati vaccinali combinati previsti nel primo anno di vita.

Grafico 1 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia di vaccino - Anni 2000-2013

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale per tipologia di vaccino e regione - Anno 2013

Regioni	Poliomielite	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	96,7	96,8	96,5	92,1	96,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	93,7	93,8	93,1	83,9	92,9
Lombardia	96,0	96,0	95,8	92,6	95,2
Bolzano-Bozen	88,8	88,8	88,3	68,9	89,4
Trento	94,5	94,4	94,1	86,3	93,6
Veneto	93,7	93,8	93,5	90,0	93,3
Friuli Venezia Giulia	94,3	94,6	93,8	87,8	93,7
Liguria	95,7	95,8	95,7	85,8	95,3
Emilia-Romagna	96,1	96,0	95,8	91,3	95,3
Toscana	95,8	96,0	95,7	90,1	95,7
Umbria	97,1	96,8	96,6	93,1	96,6
Marche	96,8	96,8	96,7	87,4	96,7
Lazio	98,0	97,9	99,1	88,5	97,8
Abruzzo	97,7	97,7	97,7	92,4	97,7
Molise	94,6	94,6	94,6	84,5	94,6
Campania	92,7	92,7	92,7	86,8	92,6
Puglia	95,7	95,7	95,7	90,6	95,6
Basilicata	99,0	99,0	99,0	91,3	99,0
Calabria	94,2	94,2	94,2	87,6	80,8
Sicilia	95,3	95,3	95,3	88,9	95,3
Sardegna	96,8	96,8	96,8	91,1	96,7
Italia	95,4	95,4	95,3	88,1	94,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e *status polio-free* nella Regione Europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. Questi livelli di copertura a macchia di leopardo dipendono dalla crescente opposizione alle vaccinazioni e, in parte, dalla incapacità nel raggiun-

gere tutti i destinatari della misura di prevenzione, soprattutto chi appartiene alle cosiddette "aree emarginate". Il raggiungimento di tali sezioni di popolazione è un'operazione molto difficile da compiere sia perché si tratta di persone con disagi sociali sia perché la prevenzione riguarda problemi potenziali, mentre i soggetti a cui ci si rivolge sono, a causa del loro *status*, impegnati a risolvere problemi in atto.

Per ottenere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione, però, non è sufficiente il raggiungimento dei soggetti da coinvolgere, ma indispensabile è anche la formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalle mancate motivazioni dei referenti educativi che non dall'opposizione delle famiglie), la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi, mezzi di comunicazione) e l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza, aspetti organizzativi).

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della

Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica che di valutazione delle coperture vaccinali.

Da queste iniziative è emerso, o meglio, si è avvalorata la tesi che, per ottenere un'adesione consapevole alla profilassi vaccinale, indispensabile è fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e che, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, è necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia. Infatti, sia le conoscenze scientifiche che le capacità operative di esecuzione e di coordinamento sono fondamentali per giungere all'obiettivo cui tendono le vaccinazioni.

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbilità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica.

La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target*, in particolare negli anziani.

Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle

forme più gravi e complicate di influenza ed alla riduzione della mortalità prematura.

Il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di 65 anni ed oltre ed alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra di ridurre i costi sociali connessi alla morbilità e mortalità. Per raggiungere tali obiettivi è necessario ottenere un'alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua nel valore di 75% come obiettivo minimo perseguibile e 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

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

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

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2013-2014, al 15,6%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di coperture vaccinali, a livello nazionale, non superano il 2,6% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 9,5%, per la fascia di età 45-64 anni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nes-

suna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) dal PNPV. I valori maggiori si registrano in Umbria (68,8%) ed in Campania (61,3%), mentre le percentuali minori nella PA di Bolzano (33,9%) e in Sardegna (46,0%) (Tabella 1).

Nell'arco temporale considerato (stagioni 2002-2003/2013-2014), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari all'8,1%. Nel periodo osservato, da evidenziare è il picco (68,3%), registrato nella stagione 2005-2006, ascrivibile al condizionamento psicologico sul rischio di pandemia di influenza aviaria. A livello regionale, confrontando le ultime due stagioni (2012-2013/2013-2014), in 7 regioni (Piemonte, PA di Bolzano e Trento, Veneto, Campania, Basilicata e Sardegna) si è osservata una diminuzione della copertura vaccinale con valori compresi tra il -5,3% della PA di Bolzano ed il -0,2% della Campania, mentre per tutte le altre regioni si evidenzia un incremento con valori compresi tra il 21,2% della Liguria e lo 0,8% della Lombardia. Considerando il valore italiano l'incremento risulta del 2,2% (Tabella 2).

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione - Stagione 2013-2014

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,2	0,5	0,7	0,8	0,9	1,5	6,7	51,1	14,7
Valle d'Aosta	0,3	0,5	0,8	0,8	0,9	1,3	6,2	48,2	12,7
Lombardia	0,4	0,8	0,9	0,8	0,6	0,8	3,7	48,6	11,7
Bolzano-Bozen	0,3	0,5	0,4	0,4	0,6	0,9	4,4	33,9	7,9
Trento	1,4	1,4	1,3	1,4	1,2	1,6	6,7	55,8	13,8
Veneto	0,8	1,5	1,7	1,6	1,4	2,5	8,3	58,5	15,7
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,2	0,1	1,0	1,1	2,0	8,6	56,1	16,9
Liguria	1,0	1,6	1,7	1,7	2,1	3,2	11,6	50,4	18,5
Emilia-Romagna	0,9	1,5	1,8	1,9	1,8	2,5	9,9	57,2	17,0
Toscana	5,0	8,4	7,2	4,1	2,7	2,9	11,0	60,2	19,4
Umbria	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	1,7	9,2	68,8	19,5
Marche	0,4	1,1	1,6	1,4	1,4	2,0	8,5	57,5	16,5
Lazio	0,5	1,3	1,7	1,8	1,9	3,2	11,8	56,8	16,5
Abruzzo	0,9	1,7	1,9	1,3	1,5	1,5	6,7	54,6	14,7
Molise	0,6	2,4	1,0	1,0	1,9	2,7	12,6	59,5	18,1
Campania	3,0	5,4	5,1	3,8	5,1	3,5	14,6	61,3	16,4
Puglia	4,3	8,6	8,2	5,5	5,7	3,6	12,8	61,0	17,8
Basilicata	1,2	2,5	2,4	1,7	2,7	3,5	10,7	58,0	16,6
Calabria	1,0	1,3	1,8	1,5	2,7	2,6	9,6	56,5	14,9
Sicilia	0,5	1,0	1,0	1,1	1,9	3,4	13,2	56,5	15,9
Sardegna	0,5	2,0	3,6	2,4	2,6	3,2	9,7	46,0	13,8
Italia	1,3	2,5	2,6	2,1	2,3	2,5	9,5	55,4	15,6

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2014.

Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2013-2014

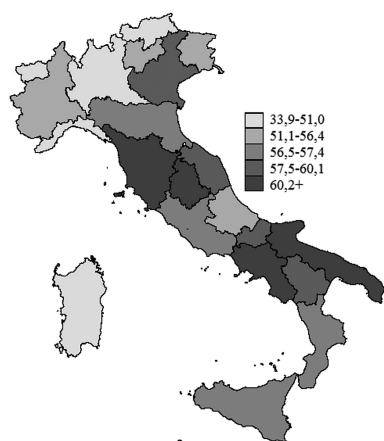


Tabella 2 - Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2002-2003/2013-2014

Regioni	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2012-13	2013-14
Piemonte	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3	51,6	51,1
Valle d'Aosta	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6	47,0	48,2
Lombardia	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2	48,2	48,6
Bolzano-Bozen	46,8	51,1	52,0	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7	44,5	35,8	33,9
Trento	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0	61,8	56,3	55,8
Veneto	n.d.	70,9	n.d.	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8	58,9	58,5
Friuli Venezia Giulia	72,2	72,4	72,5	72,1	n.d.	64,4	68,1	49,7	62,4	55,2	56,1
Liguria	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0	41,6	50,4
Emilia-Romagna	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4	56,3	57,2
Toscana	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8	58,9	60,2
Umbria	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2	67,9	68,8
Marche	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9	54,9	57,5
Lazio	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1	56,8	56,8
Abruzzo	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9	50,3	54,6
Molise	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6	49,4	59,5
Campania	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8	61,4	61,3
Puglia	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7	57,2	61,0
Basilicata	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6	58,6	58,0
Calabria	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8	49,8	56,5
Sicilia	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.d.	61,0	64,1	61,3	54,0	56,5
Sardegna	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6	47,3	46,0
Italia	60,3	63,4	66,6	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6	62,4	54,2	55,4

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni Ministero della Salute. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quali obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave.

In Italia, purtroppo, la riduzione dell'impatto della patologia influenzale nelle categorie *target* non è ancora perseguibile con le percentuali di copertura

vaccinale attualmente conseguite e l'obiettivo minimo resta ancora lontano dall'essere raggiunto. Di conseguenza, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale e, nel caso dei bambini ai Pediatri di Libera Scelta, una maggiore attenzione nei confronti delle categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza ed alla spesa farmaceutica e l'aumento del rischio di morte correlati all'influenza.

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

Da più di un decennio si assiste in Italia al progressivo, seppur lento, sviluppo dei programmi di screening oncologici organizzati ed alla loro diffusione. I programmi di screening organizzati rappresentano, inoltre, da diversi anni, un Livello Essenziale di Assistenza.

I programmi di screening, attraverso le *survey* nazionali, trasmettono i dati di attività all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) che monitora e pubblica periodicamente i risultati. Si rimanda al sito *web* dell'ONS (1) per approfondimenti su programmi, qualità, indicatori etc.

I programmi di screening richiedono una forte struttura organizzativa, ma consentono la valutazione delle attività attraverso il monitoraggio di una serie di indicatori. Tra questi, l'estensione teorica, espressione della diffusione dei programmi di screening sul territorio, e l'estensione effettiva, espressione dell'effettiva capacità di invito rispetto a quanto si dovrebbe invitare in relazione alla popolazione obiettivo.

Si assiste ad una situazione che ha visto, nel corso del tempo, una prima fase di sviluppo tra le regioni del Centro e del Nord, cui è seguita quella del Sud e delle Isole.

Nel 2011, a livello nazionale, la proporzione di donne residenti in aree con programma di screening attivo (estensione teorica) superava, complessivamente, il 95% per lo screening mammografico, raggiungeva quasi il 70% per lo screening per il tumore del colon-retto e si collocava attorno all'84% nel caso del cervicocarcinoma. Nel caso dello screening mammografico tutte le macroaree superavano il 90%. Per lo screening del cervicocarcinoma va ricordato che al Nord vi sono alcune regioni che non hanno attivato completamente lo screening. Infine per lo screening del tumore del colon-retto era evidente il divario Nord-Sud ed Isole: 94% al Nord, 80% al Centro e 31% al Sud ed Isole (2).

L'estensione effettiva esprime, invece, la reale capacità di invito di un programma di screening, rapportando il numero di inviti realizzati nel periodo di tempo considerato, rispetto alla popolazione da invitare, in riferimento alla periodicità di reinvitto prevista.

Si tratta di indicatori quantitativi, ma hanno importanti riflessi qualitativi e di risultato dei programmi.

Il Rapporto breve "I Programmi di Screening in Italia" del gennaio 2014 (3) riporta, per lo screening del cervicocarcinoma, un incremento importante dell'estensione effettiva tra il 2011 ed il 2012, con un valore nazionale che passa dal 67% al 77%. Questo incremento è riferito, in particolare, al Nord e al Sud ed Isole, mentre si osserva un lieve calo al Centro. Per quanto riguarda lo screening mammografico si evidenzia, invece, una lieve flessione dell'estensione effettiva, che passa dal 74% al 73% a livello nazionale, con una diminuzione degli inviti in particolare al Sud ed Isole. Le donne invitate allo screening mammografico, in Italia, risultano essere state più di 2,6 milioni nel 2012.

Si incrementa anche la capacità di invito per i programmi di screening per il tumore del colon-retto, con circa 4 milioni di inviti nel 2012 e 7,7 milioni nel biennio 2010-2011 (Programmi che utilizzano il test per la ricerca del Sangue Occulto nelle Feci-SOF). L'estensione effettiva a livello nazionale passa dal 55% nel 2011 al 57% nel 2012, ma nel Meridione resta al di sotto del 20% (3).

Sono disponibili dallo stesso Rapporto (3) anche dati sulla partecipazione ai programmi: la partecipazione allo screening per il tumore del collo dell'utero è al 41% nel 2012, in lieve aumento rispetto al triennio precedente 2009-2011. Era allora, infatti, al 40% con un forte gradiente Nord-Sud ed Isole (49% *versus* 28%). Il Rapporto breve indica, inoltre, che nel 2013, 19 programmi avevano adottato la ricerca del DNA di tipi ad alto rischio di *Human Papilloma Virus* (HPV test) come test primario di screening e circa l'8% delle invitate sono state sottoposte alla ricerca dell'HPV come test primario. La proporzione di partecipazione al programma è lievemente superiore a quella generale dello screening (42%). Nello screening mammografico la partecipazione complessivamente è più elevata (57.5%) ed è in lieve aumento rispetto al biennio 2010-2011. Per quanto riguarda lo screening per il tumore del colon-retto, la partecipazione all'invito, nei Programmi SOF, si colloca nel 2012 al 46%, con un forte gradiente Nord-Sud ed Isole (50% al Nord, 40% al Centro, 27% al Sud ed Isole).

Il divario Nord-Sud ed Isole, presente fin da quando sono stati attivati i primi programmi, continua ad essere evidente, talvolta attenuandosi in modo più o meno importante nel corso del tempo e seconda degli screening considerati.

Va, infine, ricordato che nello screening organizzato il fabbisogno è ben definibile e programmabile poiché è nota l'entità della popolazione obiettivo e la periodicità di invito. Inoltre, lo screening organizzato viene realizzato nell'ambito delle raccomandazioni nazionali e consente il periodico monitoraggio degli indicatori di qualità, non solo in termini di inviti ed adesioni, ma anche di tassi di richiamo, valori predittivi dei test e tassi di identificazione delle lesioni, nonché il confronto con i dati dei registri tumori, laddove disponibili. Per questi motivi è importante favorire lo sviluppo dei programmi organizzati.

Riferimenti bibliografici

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

(2) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. "10 anni di programmi di screening in Italia". Dic 2012. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

(3) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. I Programmi di Screening in Italia. Gen 2014. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

Screening mammografico su iniziativa spontanea

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

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

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

In questo contesto vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2010-2013, stimati su un campione complessivo di 28.954 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea

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

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioral Risk Factor Surveillance System* con quelli ricavati da sistemi di registrazione clinici negli Stati Uniti, è stato osservato che raramente una donna che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato omette di riferirlo (elevata sensibilità). Invece, un certo numero di donne che ha effettuato la mammografia, prima del biennio precedente l'intervista, dichiara di averla fatta nelle tempistiche raccomandate (moderata specificità). Questo fenomeno viene attribuito, principalmente, al cosiddetto effetto "telescopico" per cui l'intervistato riferisce di aver effettuato il test più recentemente di quanto accaduto in realtà. Sono state escluse le donne che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so". A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata. Anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia, questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.

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

Va ricordato che in Italia i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

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

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2010-2013, il 51% della popolazione *target* femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati).

Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono essenzialmente determinate dalla differenza nella quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante) che determina un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole a sfavore delle regioni meridionali mentre,

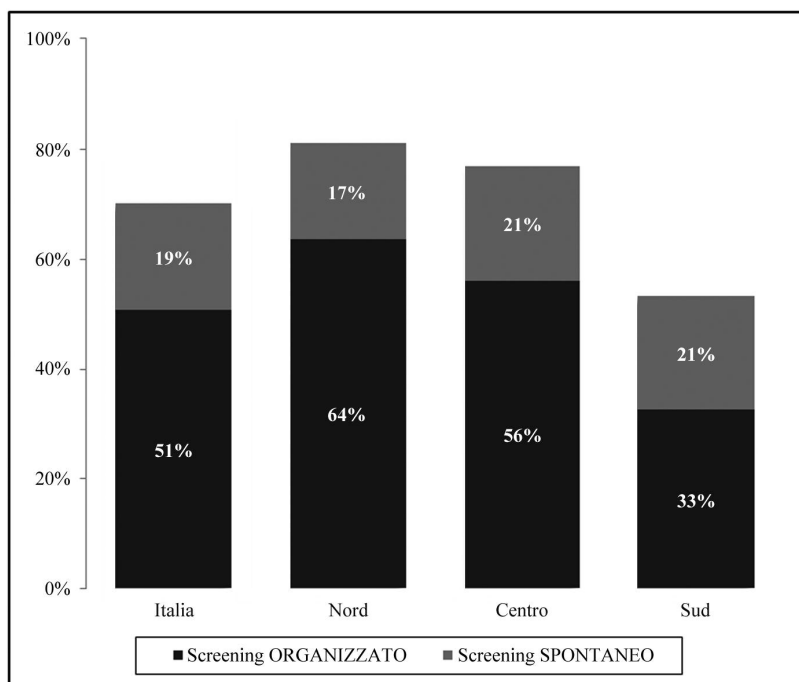
rispetto a questa, la geografia dello screening mammografico spontaneo è speculare e fa registrare valori più bassi al Nord (17%) e maggiori al Centro-Sud ed Isole (21%) senza, tuttavia, riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato. Il valore maggiore della proporzione di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa spontanea si registra in Liguria (32%), quello più basso in Basilicata e Valle d'Aosta

(5,3%).

Nel periodo 2008-2013 si evidenzia un aumento dell'indicatore nelle regioni del Meridione (dal 17% al 21%).

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (23%).

Grafico 1 - Quota media (per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2013

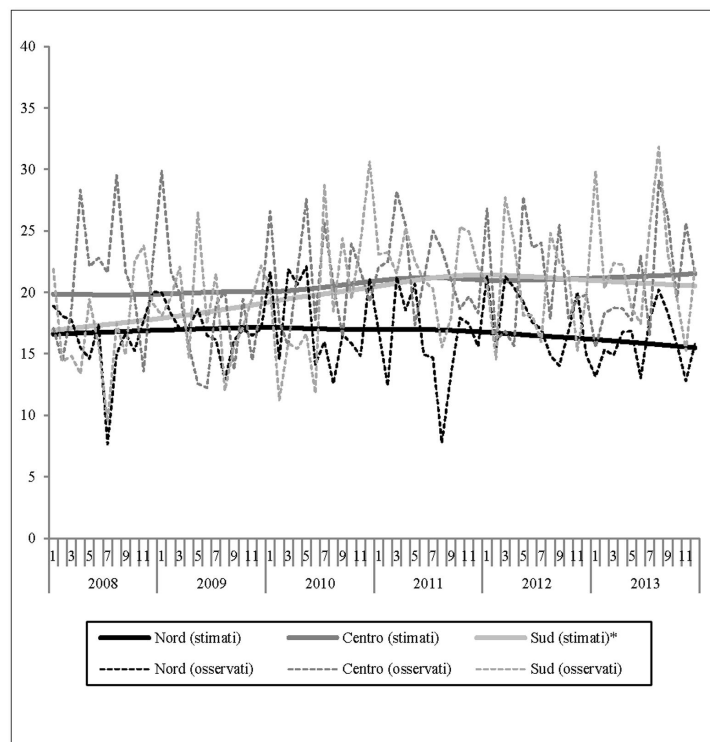


Fonte dei dati: PASSI. Anni 2010-2013.

Quota media (per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2010-2013



Grafico 2 - Quota media mensile (per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2013



*p< 0.01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2010-2013 la maggior parte delle donne di 50-69 anni (92%) intervistate da PASSI è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico.

Anche le donne che effettuano la mammografia a scopo preventivo, su iniziativa spontanea, sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening (consiglio del medico, campagna informativa o lettera di invito della ASL) e l'intervento più efficace dai dati PASSI sembra essere la combinazione fra la campa-

gna informativa e il consiglio del medico operatore sanitario; il 39% delle donne che ha ricevuto entrambi decide di sottoporsi allo screening contro l'11% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

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

Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

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

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

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In questo contesto vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2010-2013, stimati su un campione complessivo di 62.468 donne di età 25-64 anni.

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

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

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

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

Nelle realtà dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di

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

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2010-2013 il 40% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota analoga, pari al 37%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (47% *versus* 38% nel Nord e 45% *versus* 35% nel Centro); accade il contrario nel Meridione (30% *versus* 35%) dove la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (Grafico 1).

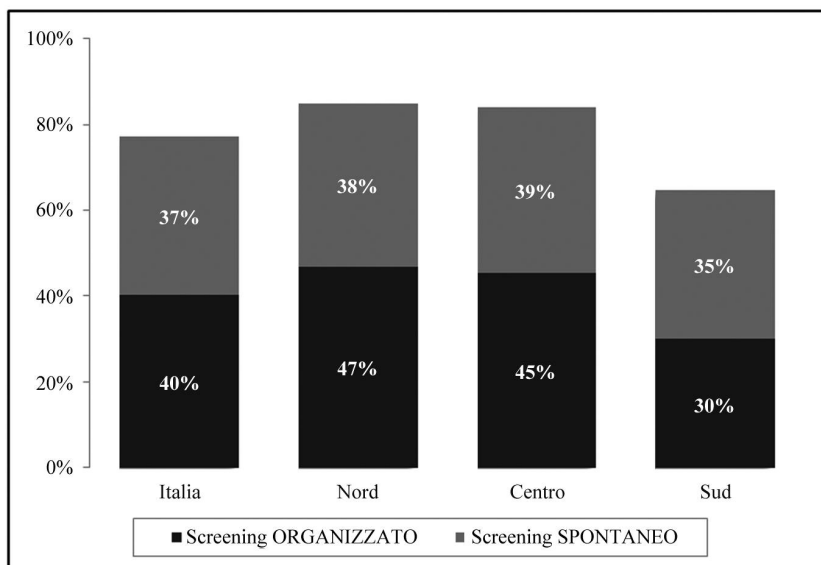
Dal 2008 al 2013, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice

uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-4,6%).

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

maggiore tra le 35-49enni (49%) e tra le più istruite (45%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 41% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 29% fra quelle con molte difficoltà economiche.

Grafico 1 - Quota media (per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2013



Fonte dei dati: PASSI. Anni 2010-2013.

Quota media (per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2010-2013

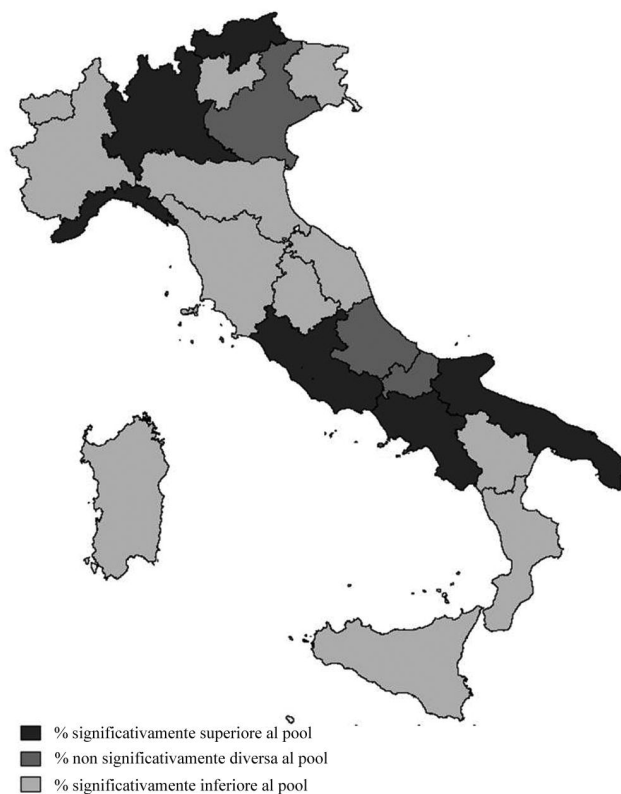
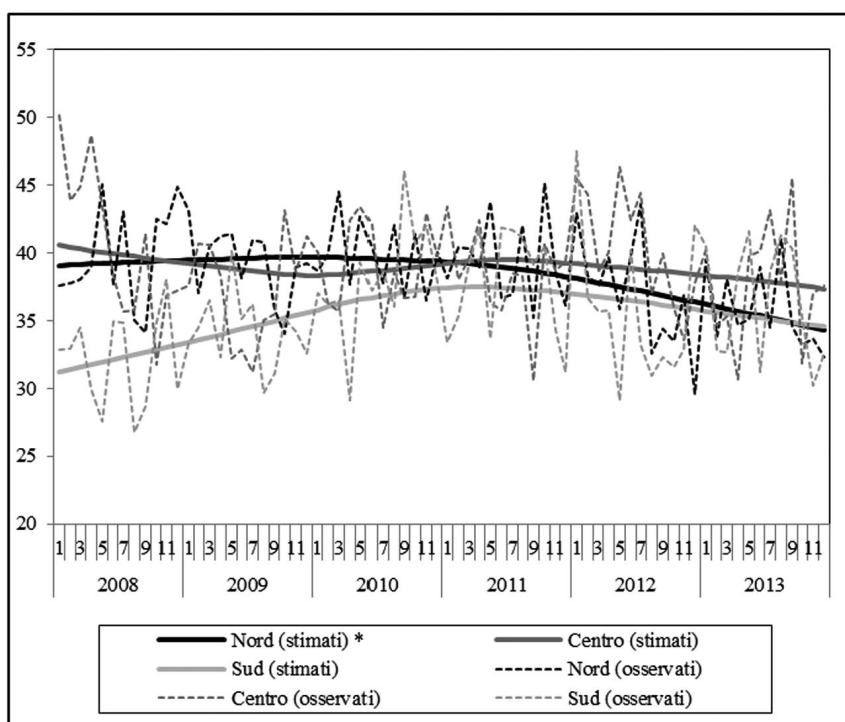


Grafico 2 - Quota media mensile (per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2013



*p< 0.01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2010-2013, nove donne su dieci di 25-64 anni di età dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina.

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

co/operatore sanitario sembra essere quello più efficace: il 69% delle donne che ha ricevuto il consiglio da parte di un medico effettua il test, contro il 28% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

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

Screening per il tumore del colon-retto

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

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

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

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

In questo contesto vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2010-2013, stimati su un campione complessivo di 51.213 persone di età 50-69 anni.

I dati delle ASL piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

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

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

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

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

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

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

l'interpretazione di questo dato.

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

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

Descrizione dei risultati

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2010-2013 solo il 39% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia, negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorrettali.

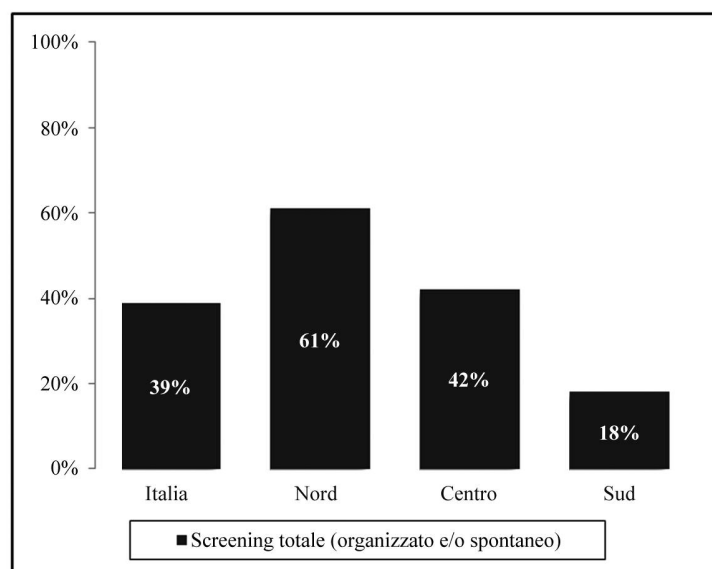
Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (61%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (42%) ed del Sud e Isole (18%). Il dato più elevato di copertura si registra in Emilia-Romagna con il 70%, quello più basso in Puglia con il 13%.

Nel tempo si registra una crescita lenta, ma significativa in tutto il Paese: dal 2010 al 2013 la quota di persone che si sottopone a screening per il tumore del

colon-retto a scopo preventivo, secondo le Linee Guida, è cresciuta mediamente del 7,4%, maggiormente al Nord (+12,2%) e al Centro (+10,4%), meno al Sud ed Isole (+3,5%).

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (43%), negli uomini rispetto alle donne (40% *versus* 38%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (49% *versus* 28%), tra gli italiani rispetto agli stranieri (39% *versus* 33%).

Grafico 1 - Quota media (per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2013



Nota: I dati delle ASL Piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL, poiché offrono programmi di screening colorettrali ad una fascia di popolazione diversa e con cadenza diversa.

Fonte dei dati: PASSI. Anni 2010-2013.

Quota media (per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2010-2013

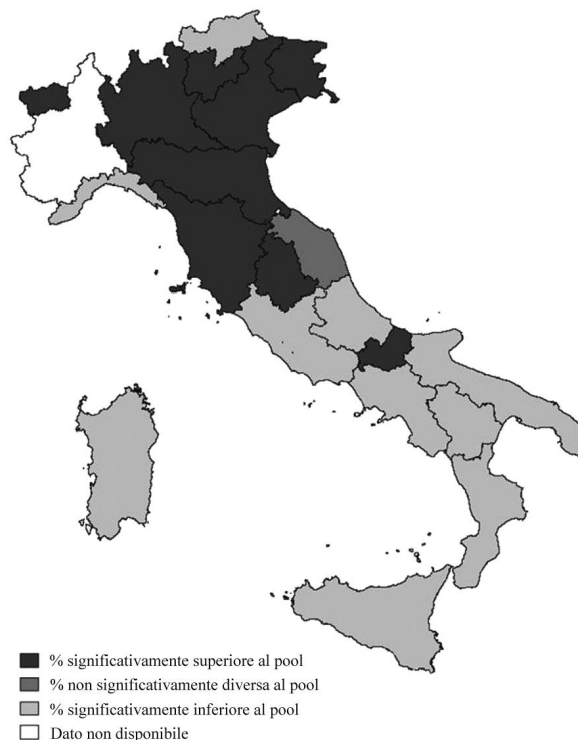
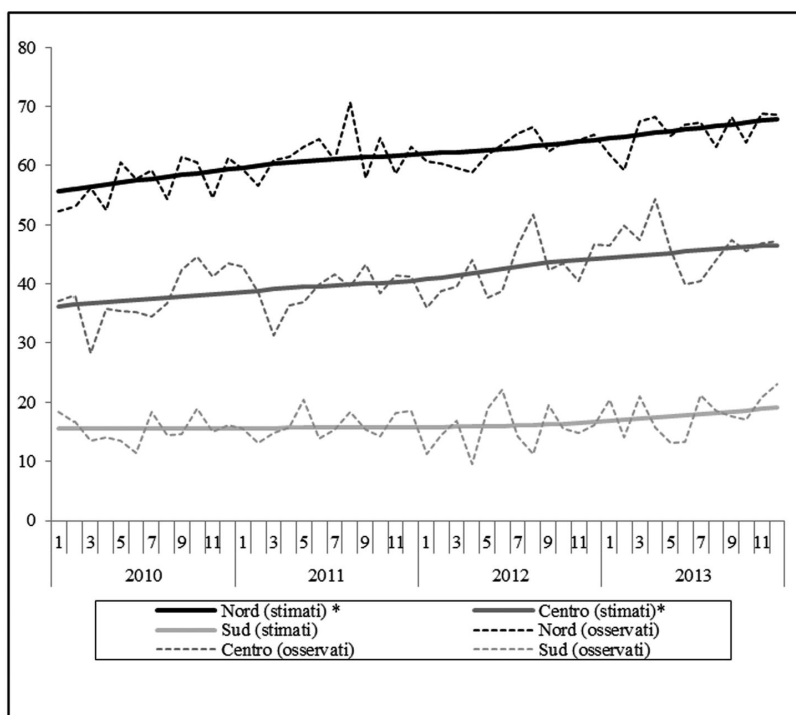


Grafico 2 - Quota media mensile (per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macrarea - Anni 2010-2013



*p< 0.01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2010-2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2010-2013 oltre la metà delle persone fra i 50-69 anni (59%) è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della ASL, consiglio del medico e campagna informativa). Infatti, il 77% degli intervistati, tra 50-69 anni, che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario si è sottoposta a screening per il tumore del colon-retto

contro il 9% di quelli non raggiunti da alcun intervento. Le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, consiglio del medico e campagna informativa) eseguono il test di screening nell'80% dei casi.

La lettera di invito potrebbe non essere sufficiente a garantire l'adesione ai programmi di screening organizzati; promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione, aumenta l'adesione allo screening.

Screening organizzato per ridurre le disuguaglianze di accesso alla prevenzione: il caso dello screening della cervice uterina

Dott.ssa Valentina Minardi, Dott. Gianluigi Ferrante, Dott.ssa Maria Masocco, Dott.ssa Valentina Possenti, Dott.ssa Elisa Quarchioni, Dott.ssa Stefania Salmaso

In Italia, la neoplasia del collo dell'utero è uno dei tumori più frequenti nelle donne dopo il tumore della mammella e del colon-retto. Negli ultimi 30 anni, l'incidenza e la mortalità per tumore della cervice sono andate notevolmente riducendosi, ma ancora oggi in Italia si stimano circa 1.600 nuovi casi e 700 decessi l'anno (1). Esiste la possibilità di una diagnosi precoce e le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione di programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) alle donne fra i 25-64 anni e l'offerta di un percorso assistenziale e terapeutico definito e gratuito. L'esecuzione dello screening cervicale, mediante test di Papanicolaou (Pap test) e/o *Human Papilloma Virus* test (HPV test), è raccomandata ogni 3 anni.

Il sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) stima la quota di donne fra i 25-64 anni di età che si sottopone a screening cervicale (Pap-test e/o HPV test) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati, aderendo a programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea (determinata a partire dall'informazione sul costo sostenuto per sottoporsi all'esame).

Dai dati PASSI 2010-2013, il 77% delle donne 25-64enni riferiscono di essersi sottoposte a screening cervicale a scopo preventivo nel corso dei 3 anni precedenti l'intervista: il 40% ha aderito ai programmi offerti dalle ASL e il 37% lo ha fatto su iniziativa spontanea. La copertura dello screening non è, tuttavia, omogenea sul territorio nazionale: è pari all'85% al Nord, all'84% al Centro e solo al 65% nel Sud ed Isole (2).

Le donne che si sottopongono a screening cervicale a scopo preventivo (fuori o dentro i programmi organizzati) sono più frequentemente donne con un livello di istruzione più elevato (81%), senza difficoltà economiche (82%) e italiane (78% *versus* 72% delle straniere). Tuttavia, esistono importanti differenze fra chi aderisce ai programmi di screening organizzati e chi fa prevenzione su iniziativa spontanea.

Lo screening spontaneo resta prerogativa delle donne più giovani di 35-49 anni (43%), più istruite (45% fra le laureate *versus* 21% fra chi ha al più la licenza elementare), senza difficoltà economiche (41% *versus* 29% fra chi riferisce di averne molte) e delle cittadine italiane (38% *versus* 24% fra le straniere). L'adesione ai programmi di screening organizzati, invece, è più frequente fra le donne più anziane di 50-64 anni (46%), fra quelle meno istruite (41% fra chi ha al più la licenza elementare *versus* 36% fra le laureate) e fra le straniere (47% *versus* 40% delle italiane). Nell'ambito dello screening organizzato si riducono i *gap* di accesso per istruzione, condizioni economiche e cittadinanza (Grafico 1 e 2).

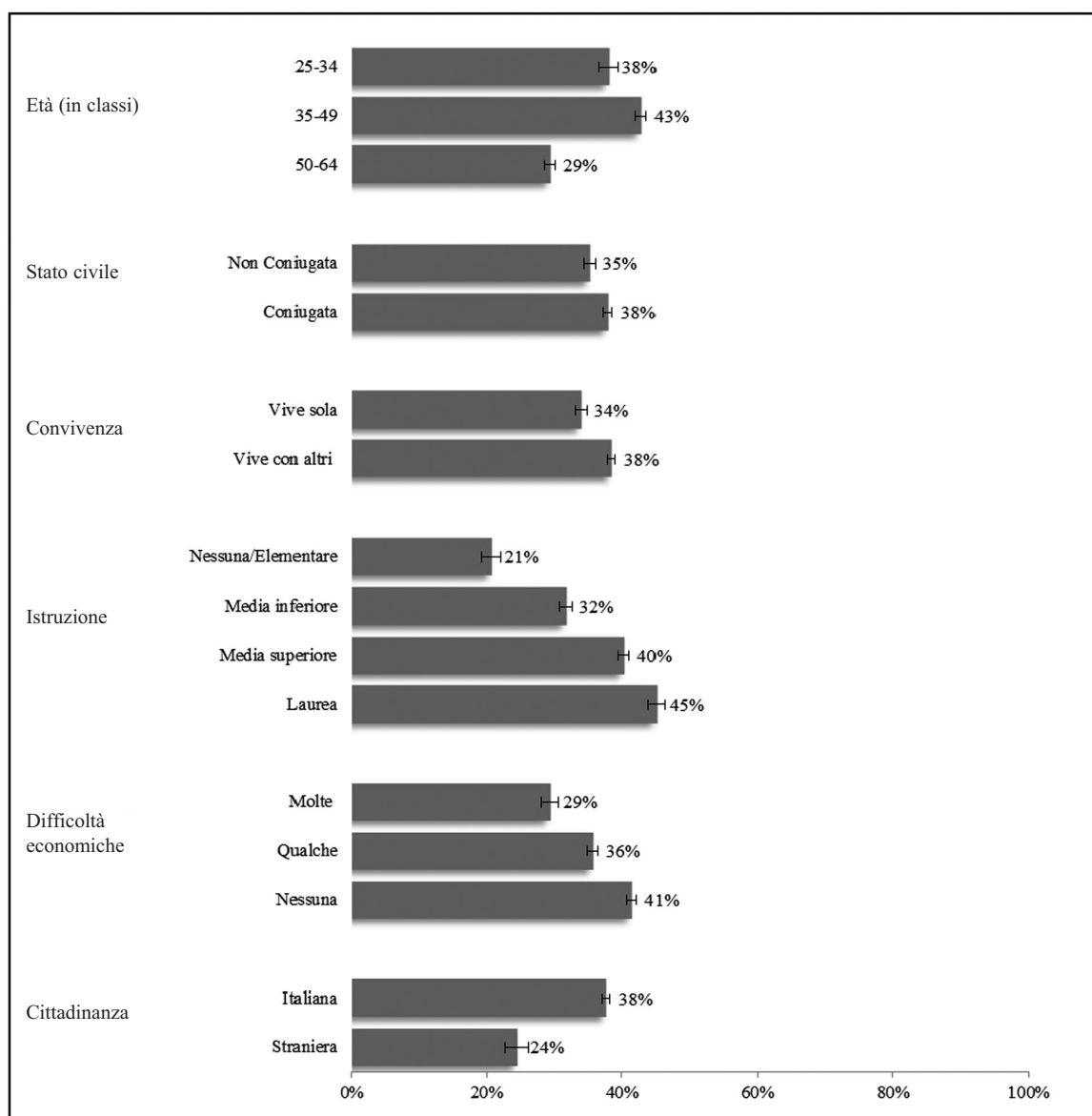
Tra il 2008-2013 cresce, in tutto il Paese, la copertura dello screening cervicale dal 75% all'80% per effetto, soprattutto, dell'aumento di offerta e/o adesione dei programmi di screening organizzati: aumenta significativamente la quota di donne che fa prevenzione aderendo a programmi organizzati (dal 37% al 45%), mentre si riduce (anche se non in modo statisticamente significativo) la quota di donne che si sottopone a screening su iniziativa spontanea (dal 37% al 35%).

Le analisi dei trend temporali stratificati per condizioni economiche confermano che le differenze sociali di accesso allo screening a svantaggio delle classi meno abbienti si mantengono nel tempo, ma mettono anche in evidenza come nell'ambito dello screening organizzato tali differenze siano più contenute (Grafico 3).

I dati PASSI relativi al periodo 2010-2013 mostrano che le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione sono significative, mostrando anche che lo screening organizzato riduce notevolmente tali disuguaglianze fin quasi ad annullarle. Tuttavia, è ancora insufficiente l'offerta dei programmi organizzati, in particolar modo nelle regioni meridionali, e sebbene la copertura complessiva dello screening cervicale sia piuttosto alta solo la metà delle donne che si sottopone a screening lo fa nell'ambito di programmi organizzati.

Grafico 1 - Quota media (per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per caratteristiche socio-anagrafiche - Anni 2010-2013

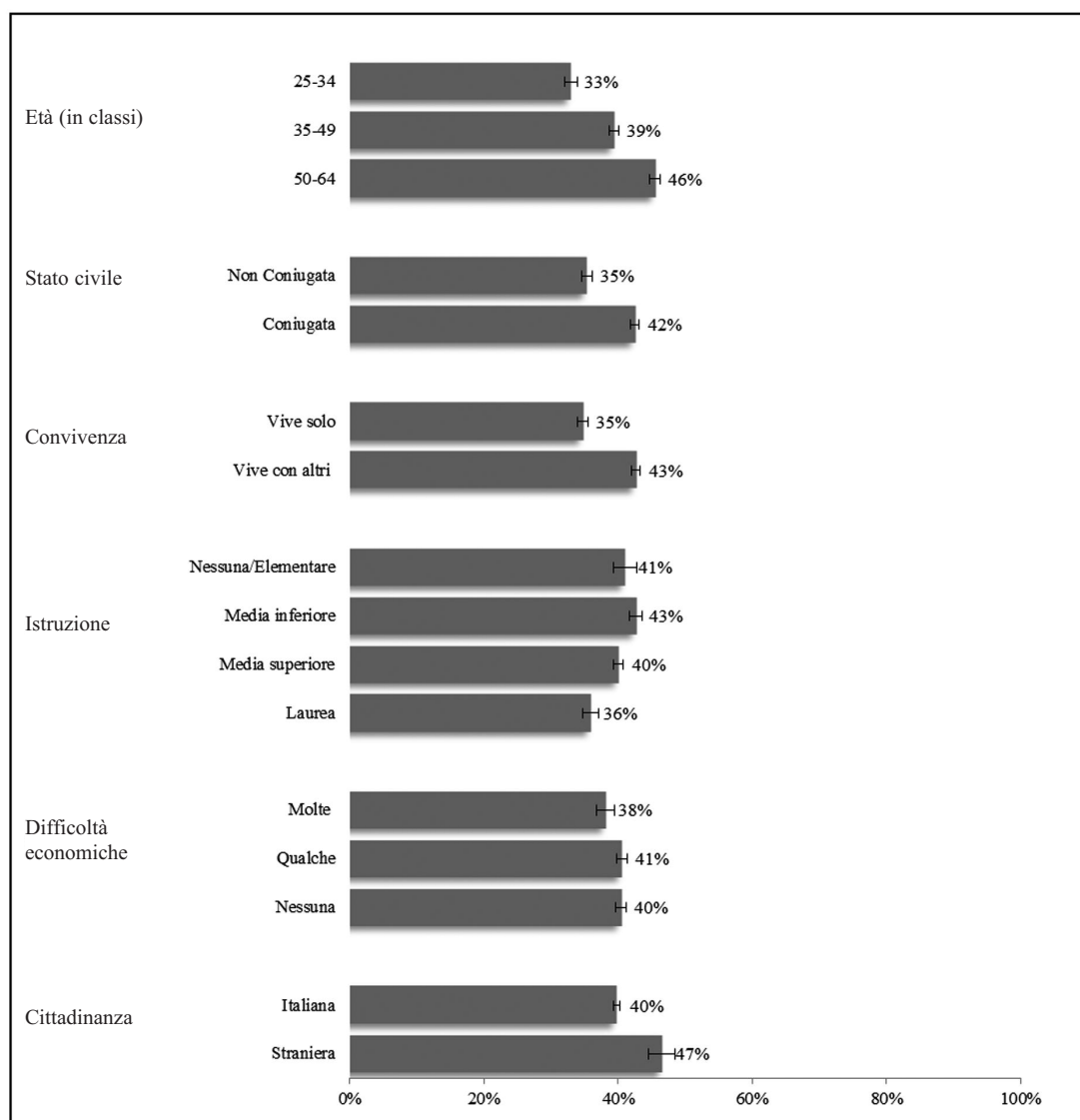
Screening spontaneo



Fonte dei dati: PASSI. Anni 2010-2013

Grafico 2 - Quota media (per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di programmi di screening organizzati, per caratteristiche socio-anagrafiche - Anni 2010-2013

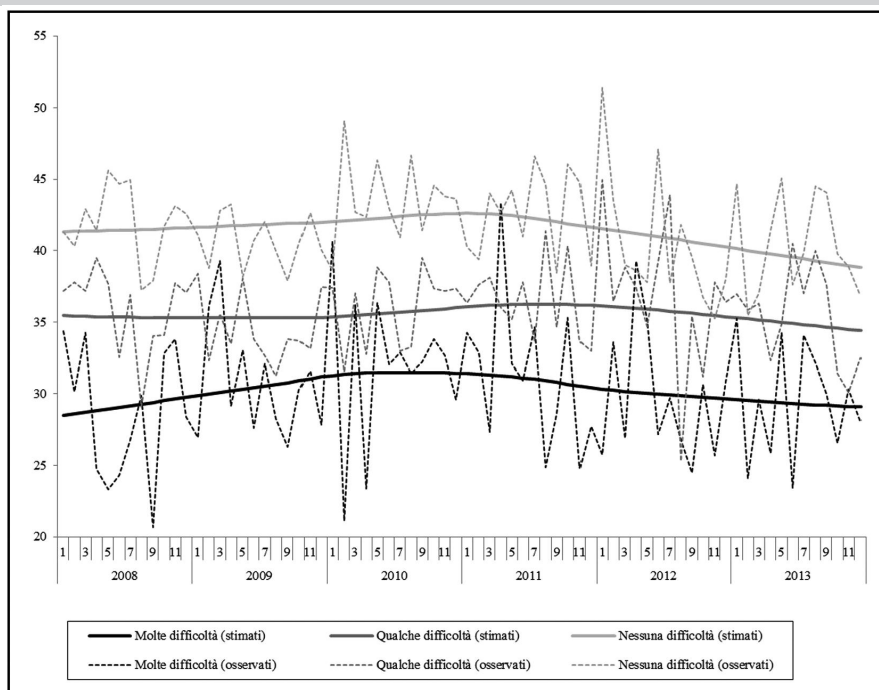
Screening organizzato



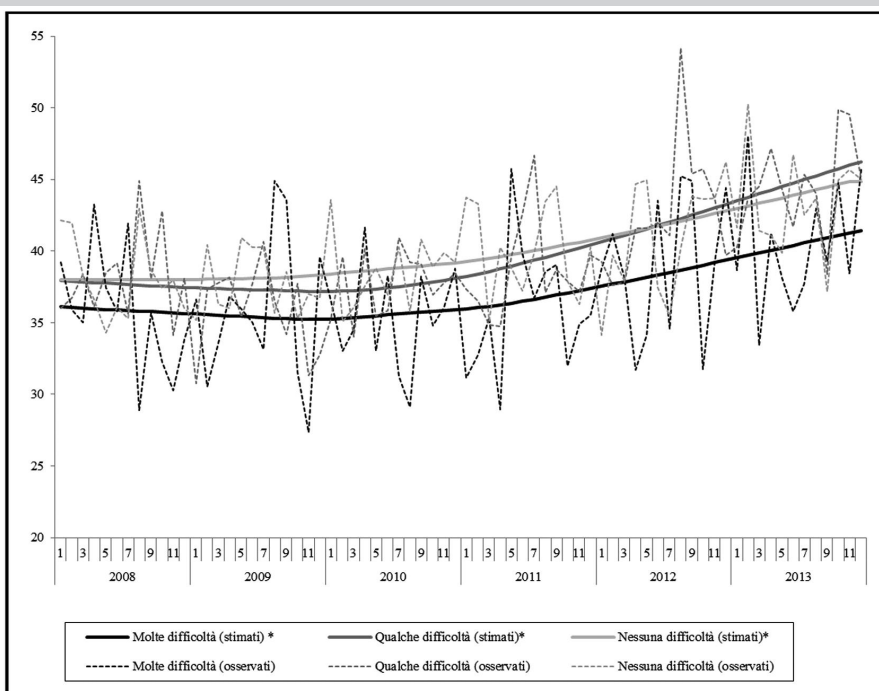
Fonte dei dati: PASSI. Anni 2010-2013.

Grafico 3 - Quota media mensile (per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2008-2013

Screening spontaneo



Screening organizzato



*p<0.01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) su i dati prevalenza mensili. Anni 2008-2013.

Riferimenti bibliografici

(1) Banca Dati disponibile sul sito: www.tumori.net.

(2) Dati PASSI. Disponibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp>.