



Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

Le malattie non trasmissibili (*Noncommunicable Diseases*-NCDs) rappresentano sempre più la principale causa di morte a livello mondiale e comportano un costo enorme che va ben oltre quello pagato in termini di salute. A rendere il *burden* delle NCDs ancor più gravoso, concorrono le disuguaglianze e la povertà che pregiudicano l'accesso adeguato e dignitoso ad un sistema di cura, influenzando sulla produttività della forza lavoro e minacciando la prosperità economica e lo sviluppo sostenibile. Le NCDs creano enormi disparità di opportunità di salute specie per le popolazioni con basso reddito in quanto, in tutte le realtà sociali, le popolazioni più povere e più vulnerabili risultano quelle più a rischio e con minore probabilità di avere accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Per questo motivo, durante la terza riunione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCDs che ha avuto luogo il 27 settembre 2018 a New York, Presidenti e Primi Ministri degli Stati membri si sono impegnati a "rafforzare il loro impegno, come capi di Stato e di Governo, per fornire una leadership strategica per la prevenzione e il trattamento delle NCDs" nella piena consapevolezza che la responsabilità dell'Agenda sulle NCDs non può più essere delegata esclusivamente ai Ministeri della Salute. Molti settori, tra cui finanza, commercio, agricoltura, istruzione e ambiente, hanno un impatto sostanziale sui fattori di rischio per le NCDs richiedendo ai Governi e alle comunità uno sforzo comune per affrontare congiuntamente azioni efficaci e necessariamente coordinate che producano scelte politiche tese a garantire la copertura sanitaria nazionale universale supportata da *leadership* politica e da responsabilità a tutti i livelli.

La più recente pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018" sottolinea che è giunto il momento per i Governi di porre in essere tutte le iniziative, le strategie e i Piani di azione ispirati dalla Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2011 tesa ad impegnare gli Stati membri alla riduzione entro il 2030 di un terzo della mortalità prematura dovuta alle NCDs, attraverso la prevenzione, il trattamento e la promozione della salute e del benessere. Senza significativi investimenti ora, 15 milioni di persone continueranno a morire ogni anno a causa delle NCDs, prevalentemente nel periodo più produttivo della vita tra i 30-69 anni.

Quasi 10 milioni sono le morti premature a causa delle NCDs che possono essere evitate entro il 2025 se i Governi decidessero, oggi, di attuare i "best buys" dell'OMS per la prevenzione dei principali fattori di rischio delle NCDs come alcol, fumo, attività fisica e alimentazione. In risposta all'impegno espresso attraverso la dichiarazione politica del 2011 sulle malattie croniche, diversi Governi del mondo hanno sviluppato politiche nazionali, strategie e/o Piani di azione per prevenire e controllare le NCDs intensificando gli sforzi, da rafforzare ulteriormente durante i prossimi 3-5 anni, per mettere ciascuna Nazione nelle condizioni di raggiungere gli Obiettivi di Salute Sostenibili (*Sustainable Development Goals target 3.4*) sulle NCDs evitando, ad esempio, 17 milioni di attacchi di cuore entro il 2030 nei Paesi più poveri generando, così, un risparmio di oltre 350 miliardi di \$ da rendere fruibili per una sana crescita economica.

È stato calcolato che per 1\$ investito negli interventi comprovati per le NCDs è possibile ottenere, entro il 2030, un "guadagno" di 7\$ derivante da migliori condizioni di salute, ridotta morbilità, invalidità e morte prematura, soprattutto per quanto riguarda il carico di malattia relativo attualmente alle malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone-anno, principalmente per infarto e ictus), ai tumori (8,8 milioni di persone-anno), alle malattie respiratorie (3,9 milioni di persone-anno, principalmente asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva) e al diabete (1,6 milioni di persone-anno). Questi quattro gruppi di malattie sono responsabili, in Italia, del 91% delle morti premature dovute alle NCDs. Nella nostra Nazione il carico prevalente è legato, nello specifico, per il 36% alle morti da patologie cardiovascolari, il 27% alle morti per cancro, il 6% a morti per malattie croniche respiratorie, il 3% a decessi per diabete e un ulteriore 18% ad altre condizioni di cronicità.

L'uso di tabacco, l'inattività fisica, il consumo di alcol e una dieta inadeguata contribuiscono, singolarmente o in maniera complessiva, ad aumentare il rischio di mortalità evitabile. Agendo, principalmente, su tassazione, regolamentazione della pubblicità e riduzione dei consumi e della disponibilità economica e fisica dei prodotti specifici di consumo, è possibile stimare il raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione dell'uso dannoso di alcol, dell'inattività fisica, dell'uso incongruo di sale e di zuccheri, di fumo, della pressione elevata, del diabete, dell'obesità e del sovrappeso e dei fattori di inquinamento ambientali e domestici. L'OMS ha, recentemente, reso disponibili nuovi strumenti per favorire una migliore azione sinergica sui determinanti commerciali e per il lancio di comunità di pratica (*Community of Practice*) per la consultazione e le discussioni tra esperti (1) mirando allo sviluppo della conoscenza, della identificazione delle *best practice* e di casi di studio sull'area





tematica mirata alla prevenzione delle NCDs da condividere attraverso la partecipazione attiva al Portale della Conoscenza (*Knowledge Action Portal*) (2).

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

È sempre più evidente che agire su un singolo fattore di rischio può essere insufficiente a contrastare l'incidenza delle NCDs. L'alimentazione scorretta e la mancanza di attività fisica, ad esempio, sono fattori inscindibili influenti sui disturbi del metabolismo e su cui intervenire contestualmente per la prevenzione dell'iperglicemia e dell'iperlipidemia, tutti fattori implicati nell'insorgenza di sovrappeso, ipertensione, obesità, "diabesità" e sindrome metabolica; condizioni a loro volta favorevoli allo sviluppo di numerose patologie cardio e cerebrovascolari. All'eccesso di sale, concausa dell'ipertensione, sono ancora attribuibili 4,1 milioni di decessi annuali, mentre l'uso di alcol, non solo l'eccesso, causa circa 3 milioni di decessi annuali e più di oltre 200 patologie, tra cui numerosi tipi di cancro. All'aumento della pressione arteriosa sono attribuiti circa il 19% di morti globali, cui seguono in termini di impatto il sovrappeso/obesità, l'iperglicemia e l'iperlipidemia.

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

Il "Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle NCDs 2013-2020" comprende nove obiettivi globali che hanno il maggiore impatto sulla mortalità globale da NCDs; obiettivi da raggiungere entro il 2025 e da monitorare periodicamente attraverso una *review* degli indicatori che verificano nel tempo i progressi registrati attraverso una *road map* e un menù di opzioni che partono dalle *policy* ma sviluppano, necessariamente, una azione coordinata e coerente a tutti i livelli, dal locale al globale.

In Italia, come in tutte le Nazioni a livello mondiale, restano fermi e imprescindibili gli impegni richiesti per il raggiungimento dei nove obiettivi delineati dall'OMS, primo tra tutti la riduzione complessiva del 25% della mortalità prematura complessiva da NCDs (prevalentemente dei quattro principali gruppi di patologie: cardiovascolari, oncologiche, respiratorie croniche e diabete) agendo sui quattro fattori di rischio comportamentali maggiormente responsabili di morbilità, disabilità e mortalità. Si mira in tal modo alla riduzione del 10% dell'uso rischioso di alcol, del 10% dell'inattività fisica, del 30% dell'*intake* di sale/sodio, del 30% dell'uso di tabacco e del 25% per l'ipertensione e il non incremento dell'obesità. Di rilievo anche gli obiettivi mirati al raggiungimento del 50% dell'intervento di *counseling* motivazionale, oltre che al raggiungimento dell'80% di copertura, disponibilità e accesso a farmaci e tecnologie essenziali per la gestione delle NCDs.

Anche i progressi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile sono condizionati dall'efficace attività di rinnovati Piani di prevenzione considerando che, in Italia, la riduzione entro il 2030 di un terzo delle morti premature sulla base degli attuali trend è ben lungi dal potersi considerare raggiungibile.

Il medio-lungo periodo 2018-2030 non potrà non richiedere un ulteriore e più convinto impegno nel soddisfare l'esigenza crescente di azioni incisive per la lotta alle disuguaglianze. Le povertà, vecchie e nuove, sono strettamente legate a una maggiore frequenza delle NCDs e determinano un più elevato carico di malattia e di mortalità prematura dei meno abbienti poiché più a rischio di essere esposti a comportamenti e prodotti nocivi come alcol, tabacco, pratiche dietetiche malsane e a limitato accesso ai servizi sanitari o a cure che prevedano un impegno economico.

Allo stato attuale, il rischio di morte prematura in Italia a causa delle NCDs, pari al 9% circa di tutti i decessi, è da abbattere, secondo il monitoraggio periodico attuato dall'OMS (3), attraverso un maggior impegno nell'affrontare i *gap* rilevati nel *policy making* e nell'implementazione per aree di azioni che, ad oggi, non risultano adeguatamente considerate come una più decisa azione di contrasto al fumo favorendo politiche dedicate alla promozione di contesti *smoke free*, all'incremento di misure, regolamentazioni e interventi rivolti a limitare la disponibilità delle bevande alcoliche, ad attuare più rigorose politiche di divieto di pubblicità degli alcolici (in particolare per i minori) e una politica di prezzi che possa contribuire a non rendere conveniente l'acquisto di alcol (*happy hours*, promozioni di bevande alcoliche).

Un approccio di sistema più attento e attivo è sollecitato per l'Italia al fine di rifinire e ridefinire per il prossimo futuro gli obiettivi di salute dei Piani di prevenzione (nazionale e regionali), l'attuazione di *survey* di





popolazione sui principali fattori di rischio, la realizzazione di Linee Guida per la migliore gestione del cancro, delle malattie cardiovascolari e del diabete e tutte le iniziative, comprese la formazione dei professionisti, per l'identificazione precoce dei principali fattori di rischio e di malattia e il necessario intervento.

L'analisi dell'impatto epidemiologico di fattori di rischio, stili di vita e attività di prevenzione come alcol, fumo, attività fisica, alimentazione, sovrappeso e obesità generale e infantile, che il presente Capitolo del Rapporto Osservasalute propone, rappresenta un indispensabile monitoraggio della situazione reale di tipo epidemiologico, formalizzato da Istituzioni anche attraverso il recente nuovo quadro normativo dettato dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) inserendo la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dei nuovi LEA relativamente all'area prevenzione collettiva e Sanità Pubblica. Fondamentale anche il successivo DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze che ha introdotto, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull'alcol fra quelli a rilevanza nazionale. Questi due Decreti trasferiscono all'Istituto Superiore di Sanità molte delle sorveglianze specifiche.

La *road map* italiana per il raggiungimento degli obiettivi nazionali prevede semplici passi che, nel loro insieme, possono fare una enorme differenza. Nel dettaglio, si possono, ad esempio, aumentare le tasse su tabacco e alcolici, ridurre la quantità di sale negli alimenti, migliorare l'accesso ai farmaci e alle cure rendendoli meno costosi e favorire gli screening precoci e la formazione specifica dei medici e degli operatori sanitari.

Salvare vite umane, migliorare la salute e il benessere delle generazioni presenti e future e garantire che l'onere umano, sociale e finanziario delle NCDs non comprometta i guadagni di sviluppo degli anni passati è un percorso difficile ma non impossibile.

Sviluppare strumenti tecnici e di supporto decisionale e informativo per l'attuazione di interventi basati su una valutazione di costo-efficacia e valutare l'impatto potenziale delle scelte politiche sull'equità e sui determinanti sociali della salute monitorando l'efficacia dell'azione multisettoriale per la prevenzione e il controllo delle NCDs, richiede iniziative di risposta pubblica per la gestione dei conflitti di interesse e per la comunicazione, anche attraverso i *social media*, su misura, valida, corretta e di contrasto ad un uso estremamente diffuso delle *fake news* che minano i livelli di adeguata conoscenza e consapevolezza necessari per garantire percorsi di salute sostenibili, inclusivi e premianti.

Riferimenti bibliografici

- (1) Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>.
- (2) GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388 (10053): 1.659-1.724.
- (3) Disponibile sul sito: www.youtube.com/watch?v=4SrZV5GbYow.
- (4) Disponibile sul sito: www.knowledge-action-portal.com.
- (5) Disponibile sul sito www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en.





Fumo di tabacco

Significato. In occasione del “World No Tobacco Day” 2018 promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono stati posti in evidenza i principali obiettivi di quest’anno legati alla necessità di aumentare la consapevolezza del legame tra tabagismo e insorgenza di malattie cardiovascolari (coronariopatie, ictus ed arteriopatie periferiche).

Secondo il *Report on the global tobacco epidemic 2017*, l’uso di tabacco è responsabile di 7 milioni di morti l’anno in tutto il mondo. Le azioni volte ad aumentare la consapevolezza dello stretto legame tra

la salute del cuore ed il consumo di tabacco e l’esposizione al fumo passivo sono supportate dall’evidenza che le malattie cardiache a loro volta sono tra le principali cause di mortalità. In Italia, le prime tre cause di morte sono le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie del cuore (rappresentative del 29,5% di tutti i decessi) (1).

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

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

Validità e limiti. Riguardo l’abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell’Indagine Multiscopo dell’Istituto Nazionale di Statistica “Aspetti della vita quotidiana”.

Per l’indagine relativa al 2017, è stata adottata per la prima volta una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interview (CAWI)/Paper And Pen Interview (PAPI)* sequenziale. L’indagine è stata condotta su un campione di circa 28.000 famiglie. Di queste, 20.000 sono state coinvolte in tecnica mista CAWI/PAPI e 8.000 unicamente in tecnica PAPI.

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

Descrizione dei risultati

Sono circa 10 milioni e 370 mila i fumatori in Italia nel 2017, poco più di 6 milioni e 300 mila uomini e poco più di 4 milioni e 70.000 donne. Si tratta del 19,7% della popolazione di 14 anni ed oltre. Il numero di coloro che fumano è rimasto pressoché costante a partire dal 2014. Il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2001; nello specifico si è passati da una media di 14,7 sigarette nel 2001 a una media di 11,5 sigarette nel 2017. Considerando gli ultimi 3 anni, però, il dato è rimasto stabile: 11,5 sigarette nel 2016 e 11,6 sigarette nel 2015 fumate in media al giorno.

A livello territoriale, la graduatoria in ordine decrescente rispetto alla percentuale di fumatori vede al primo posto l’Umbria (22,3% della popolazione di 14 anni ed oltre), seguita da Liguria (21,5%), Campania (21,1%) e Piemonte (20,7%) (Grafico 1). Nel 2016, invece, la graduatoria era: Campania (22,2%), Liguria (21,4%) e Umbria (21,3%).

La PA di Trento ha la più bassa percentuale di fumatori (15,8%), seguita dalla Calabria (16,4%) e dal Friuli Venezia Giulia (17,1%).

Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali si evidenzia una percentuale superiore di fumatori nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell’area metropolitana (rispettivamente, 21,0% e 20,8%) (Tabella 1).

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia una forte stabilità in quanto, nel 2017, presenta un valore di 22,7% che risulta in linea con quanto rilevato nell’ultimo triennio. La prevalenza maggiore di ex-fumatori, nel 2017, si ha in Emilia-Romagna, capofila tra le regioni con il 28,5% della popolazione di 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore.

In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, sono le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (26,2%), mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa e pari a 18,1%.

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 controllo.

Rimane molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2017, infatti, si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di circa 10 punti percentuali: 14,9% di donne di 14 anni ed oltre dichiara di fumare sigarette rispetto al 24,8% di uomini di pari età. Di contro, è maggiore la percentuale degli ex-fumatori (28,9%) over 14 anni vs la percentuale delle ex-fumatrici (16,9%) (Tabella 2).

Tra i fumatori, le fasce di età con differenze maggiori rispetto al valore nazionale sono per gli uomini quella



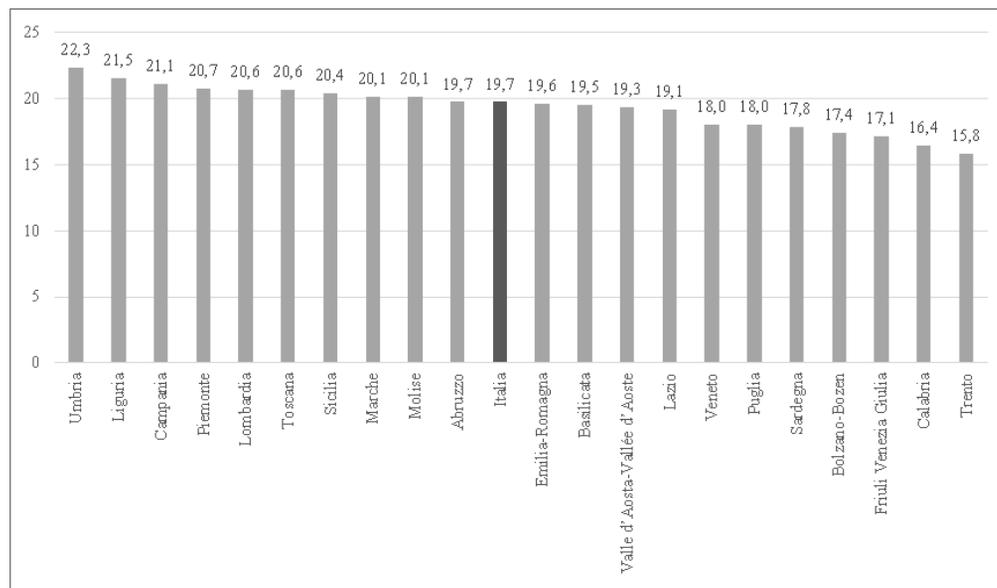


dei giovani adulti di età 25-34 anni e degli adulti di età 35-44 anni in cui, rispettivamente, il 33,2% ed il 35,6% si dichiarano fumatori. Per le donne, invece, sono le classi di età 45-54 anni e 55-59 anni per le quali il 20,4% ed il 19,7%, rispettivamente, si dichiarano fumatrici.

Il numero medio di sigarette fumate al giorno è pari a

11,5. I più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (12,5 vs 10,0 sigarette fumate in media). Gli uomini della classe di età 55-59 rappresentano i fumatori più “forti” (15,2 sigarette in media), mentre per le donne è la classe di età 65-74 anni quella in cui fumano di più (11,6 sigarette in media) (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2017



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2018.





Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2017

Regioni/Macroaree	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,7	24,2	54,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,3	25,2	54,7
Lombardia	20,6	23,7	53,8
Bolzano-Bozen	17,4	23,3	59,1
Trento	15,8	24,2	58,4
Veneto	18,0	24,3	56,5
Friuli Venezia Giulia	17,1	27,5	54,6
Liguria	21,5	23,3	54,1
Emilia-Romagna	19,6	28,5	50,4
Toscana	20,6	23,5	54,8
Umbria	22,3	23,5	53,7
Marche	20,1	25,1	53,2
Lazio	19,1	24,2	55,8
Abruzzo	19,7	22,7	56,9
Molise	20,1	20,9	58,2
Campania	21,1	16,8	61,4
Puglia	18,0	18,8	61,9
Basilicata	19,5	20,1	58,4
Calabria	16,4	16,7	66,0
Sicilia	20,4	19,2	59,0
Sardegna	17,8	26,2	54,0
Italia	19,7	22,7	56,4
<i>Nord-Est</i>	<i>18,4</i>	<i>26,2</i>	<i>54,1</i>
<i>Centro</i>	<i>19,9</i>	<i>24,1</i>	<i>55,0</i>
<i>Sud</i>	<i>19,3</i>	<i>18,1</i>	<i>61,6</i>
<i>Isole</i>	<i>19,7</i>	<i>20,9</i>	<i>57,7</i>
<i>Densità abitative</i>			
Comune centro dell'area metropolitana	21,0	22,9	55,0
Periferia dell'area metropolitana	20,8	22,9	54,6
Fino a 2.000 abitanti	18,9	21,4	58,6
Da 2.001 a 10.000 abitanti	19,4	22,9	56,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,5	22,2	57,1
50.001 abitanti ed oltre	18,6	23,2	57,1

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2017

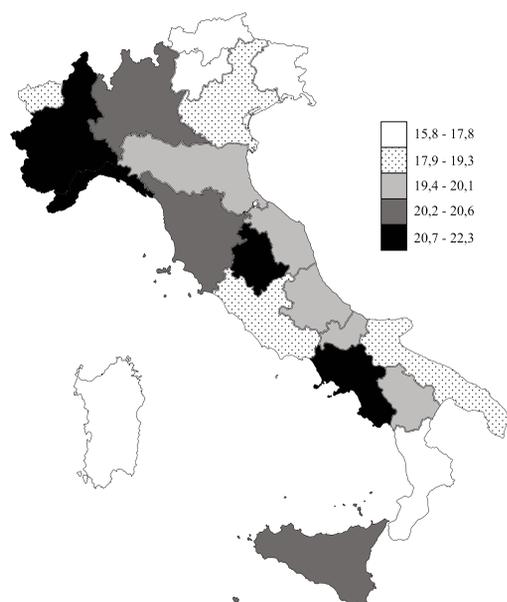




Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2017

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*
14-17	6,5	3,2	7,7	6,0	4,0	6,5	6,3	3,6	7,2
18-19	23,4	11,9	8,9	19,5	4,5	7,5	21,4	8,1	8,2
20-24	27,5	10,6	10,0	16,9	8,7	7,5	22,3	9,7	9,1
25-34	33,2	17,0	11,9	17,8	15,7	8,8	25,6	16,4	10,9
35-44	35,6	23,1	12,0	18,5	17,8	10,1	27,1	20,4	11,3
45-54	30,7	24,3	13,7	20,4	18,7	10,6	25,5	21,5	12,4
55-59	23,8	35,6	15,2	19,7	21,7	11,2	21,6	28,2	13,2
60-64	23,1	41,2	14,1	15,5	25,5	10,5	19,3	33,3	12,6
65-74	15,1	47,5	12,9	10,9	19,4	11,6	12,8	32,5	12,3
75+	7,2	52,0	11,7	3,6	14,1	8,9	5,1	29,6	10,5
Totale	24,8	28,9	12,5	14,9	16,9	10,0	19,7	22,7	11,5

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

La campagna di sensibilizzazione in termini di correlazione tra fumo di tabacco ed insorgenza di malattie cardiache è una priorità considerando anche i dati analizzati. Uomini nelle età centrali e donne di età 55 anni ed oltre sono coloro che in percentuale maggiore fumano, così come i fumatori "forti" si concentrano nelle fasce degli *over 55* per gli uomini e *over 65* per le donne. Inoltre, non bisogna abbassare l'attenzione rispetto ai danni causati dall'esposizione al fumo passivo; secondo l'OMS, quasi 900 mila di queste morti colpiscono non fumatori esposti al fumo passivo (*secondhand smoke*) (2). Necessario il monitoraggio

dell'applicazione dei provvedimenti legislativi sul fumo che già hanno dato risultati importanti (3).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Statistica Report, L'evoluzione della mortalità per causa, Anni 2003-2014, 4 maggio 2017.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Ultimo accesso: 9 marzo 2018.
- (3) Gruppo di Lavoro GARD-Italia anno 2015-2016, La tutela dal fumo passivo negli spazi confinati o aperti non regolamentati dalla Legge n. 3/2003 art. 51 (Legge Sirchia) e successive modificazioni" giugno 2017.
- (4) Indagine Istat Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/91926.



Consumo di alcol

Significato. Nel 2016 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che l'alcol ha causato circa 3 milioni di morti (5,3% di tutti i decessi) in tutto il mondo e 132,6 milioni di anni di vita con disabilità (*Disability Adjusted Life Year-DALY*), cioè 5,1% di tutti i DALY in quell'anno (1).

L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre 200 condizioni patologiche (2) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali e immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro (3) come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer* (4). Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di comportamenti di consumo a rischio che comportano rischi per la salute del singolo bevitore e della comunità, l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcologia e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di

Nutrienti, ha costruito un indicatore di sintesi per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana tenendo conto delle seguenti indicazioni: sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e per gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA¹=12 grammi di alcol puro); per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata.

Allo stesso tempo, è sempre sconsigliato il *binge drinking*, ossia il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora). Gli indicatori proposti, elaborati dall'ONA-ISS sulla base di quelli della statistica ufficiale (2, 5), identificano come consumatori a rischio gli individui che praticano almeno una delle due componenti del rischio: il consumo abituale eccedentario non rispettoso delle Linee Guida e il *binge drinking*.

Prevalenza di consumatori giovani a rischio

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

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio

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

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio

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

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio

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

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



Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio

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

Validità e limiti. Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana" (6). Attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui e delle occasioni di consumo a maggior rischio, è possibile identificare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai membri delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati. Le analisi, ove non espressamente indicato, sono state condotte utilizzando il livello di significatività del 95%.

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

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): totale 18,4%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 19,7%, donne 8,4%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 36,4%, donne 8,3%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2017, la prevalenza italiana dei non consumatori, ossia di coloro che non hanno consumato alcol sia l'anno precedente che nel corso della vita (astinenti degli ultimi 12 mesi ed astemi) di età 11 anni ed oltre, è stata del 33,9% ed è rimasta pressoché uguale rispetto al 2016 sia a livello nazionale che regionale.

Riguardo al dato Italia si registra, rispetto al 2016, una diminuzione degli astinenti, pari a 0,8 punti percentuali, che risulta significativa anche in alcune regioni quali Piemonte, PA di Trento, Toscana e Sicilia.

L'unica regione, invece, in cui si rileva una importante diminuzione degli astemi rispetto all'anno precedente è l'Umbria (29,1% vs 25,0%).

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2017, è pari al 23,6% per gli uomini e all'8,8% per le donne. Il dato è rimasto pressoché stabile rispetto al 2016 sia a livello nazionale

che regionale, ad eccezione della PA di Bolzano dove i valori dei consumatori a rischio sono diminuiti per entrambi i generi (M=-8,6 punti percentuali; F=-8,1 punti percentuali) e delle Marche per le sole donne, dove si registra un aumento del 4,5 punti percentuali. In tutte le realtà territoriali la prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne. Nel 2017, le regioni con valori di prevalenza di consumatori a rischio superiori al dato nazionale, sono state tra gli uomini la PA di Trento (34,3%), il Molise (34,0%), la Valle d'Aosta (32,7%), il Friuli Venezia Giulia (30,8%), la PA di Bolzano (30,0%) e la Sardegna (27,8%), mentre i valori più bassi si sono osservati in Sicilia (16,4%) e Campania (17,1%).

Nello stesso anno tra le donne si rilevano valori elevati di consumatrici a rischio in Liguria (13,5%), Marche (12,7%), Toscana e Valle d'Aosta (entrambe 11,4%), mentre valori inferiori al dato italiano si registrano, come per gli uomini, in Campania e Sicilia (5,6% e 4,5%, rispettivamente) oltre a Calabria (3,4%), Basilicata (5,6%) e Molise (6,2%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di età 11-17 anni, nel 2017, è pari a 18,4% (M=21,7%; F=14,6%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2016, ad eccezione della PA di Bolzano dove i consumatori a rischio (maschi+femmine) sono notevolmente diminuiti. La Valle d'Aosta, le Marche e la Puglia sono le regioni con i valori statisticamente superiori al dato nazionale. La Sardegna è l'unica regione in cui si registra una prevalenza di consumatori a rischio di genere maschile statisticamente superiore a quella delle coetanee.

Adulti (Tabella 3). Nel 2017, la prevalenza dei consumatori a rischio di età 18-64 anni è rimasta pressoché invariata rispetto al 2016 sia tra gli uomini (19,7% vs 19,2%) che tra le donne (8,4% vs 8,5%).

A livello territoriale per entrambi i generi, a fronte dell'aumento rilevato nella precedente pubblicazione, si osserva rispetto al 2016 una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori a rischio nella PA di Bolzano (10,8 punti percentuali tra gli uomini e 8,4 punti percentuali tra le donne); per i soli uomini si registra anche una diminuzione significativa in Sardegna (-6,9 punti percentuali). In tutte le regioni le prevalenze risultano più elevate tra gli uomini rispetto alle donne.



Le regioni che presentano una prevalenza di consumatori a rischio di genere maschile statisticamente superiore al dato nazionale sono la PA di Trento (32,2%), il Molise (31,1%) la Valle d'Aosta (29,8%), la PA di Bolzano (29,6%), il Friuli Venezia Giulia (26,7%), la Sardegna (25,6%) e la Lombardia (23,3%); tra le coetanee, invece, si registra una minore variabilità regionale e l'unica realtà territoriale che mostra valori elevati è la Liguria (12,7%).

Per il terzo anno consecutivo in Campania (M=13,2%; F=4,7%) e in Sicilia (M=13,7%; F=4,1%) si rilevano prevalenze di consumatori a rischio inferiori al dato nazionale per entrambi i generi a cui si aggiunge la Puglia per i soli uomini.

Comportamenti a rischio (Tabella 4). La tabella consente di analizzare, separatamente, le due diverse componenti che determinano il consumo a rischio negli individui: il consumo in modalità *binge drinking* ed il consumo abituale eccedentario. Nel 2017, a livello nazionale, tra gli uomini la prevalenza di *binge drinkers* è più elevata di quella dei consumatori abituali eccedentari, sebbene in alcune regioni, come Liguria, Toscana, Umbria e Puglia, le differenze non risultano statisticamente significative. Tra le donne la

differenza tra i due comportamenti a rischio a livello nazionale non risulta statisticamente significativa, mentre a livello regionale la prevalenza di *binge drinkers* è molto superiore a quella delle consumatrici eccedentarie nella PA di Bolzano ed in Sardegna.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2017, è pari al 36,4% tra gli uomini e all'8,3% tra le donne ed a livello nazionale non si rilevano differenze statisticamente significative rispetto al 2016. A livello territoriale si rileva un incremento dei consumatori a rischio nelle Marche, più consistente tra gli uomini (+11,7 punti percentuali). Per entrambi i generi la regione con valori di prevalenza massimi è le Marche (M=44,9%; F=15,0%) alla quale si affiancano per i soli anziani di genere maschile la PA di Trento (48,2%), il Molise (45,5%) ed il Veneto (43,6%) e per il solo genere femminile la Toscana e la Liguria (12,9% entrambe). Presentano, infine, valori minimi le prevalenze di consumatori a rischio della Sicilia (M=24,6%; F=3,5%) e della Calabria (M=24,9%; F=3,3%) per entrambi i generi oltre a quelle rilevate in Basilicata e Sardegna per le sole donne.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2016-2017*

Regioni	2016				2017			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	5,1	27,7	32,8	66,0	3,6	27,8	31,4	68,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,7	23,1	26,8	72,1	3,2	22,1	25,3	74,1
Lombardia	4,8	28,7	33,5	65,3	4,8	27,5	32,4	66,7
Bolzano-Bozen	6,1	19,4	25,5	73,3	5,5	23,1	28,6	71,3
Trento	6,5	27,2	33,7	66,0	3,4	26,5	29,9	68,9
Veneto	4,7	26,3	31,1	68,1	4,1	26,3	30,4	68,9
Friuli Venezia Giulia	3,5	24,3	27,9	71,2	4,2	24,6	28,8	70,8
Liguria	4,7	27,6	32,3	67,0	4,3	26,2	30,6	68,9
Emilia-Romagna	4,7	25,0	29,8	69,5	4,0	24,3	28,3	70,6
Toscana	5,9	26,0	31,9	67,1	4,2	28,5	32,6	67,0
Umbria	4,6	29,1	33,7	65,0	5,4	25,0	30,4	69,3
Marche	5,1	25,6	30,7	68,5	4,1	24,5	28,6	70,4
Lazio	4,6	31,3	35,9	63,5	4,3	31,8	36,1	63,3
Abruzzo	3,7	31,4	35,2	64,0	4,3	31,3	35,6	63,9
Molise	4,2	32,8	37,0	62,2	3,9	34,4	38,3	61,6
Campania	4,1	36,1	40,3	59,1	3,7	35,9	39,6	60,1
Puglia	4,5	27,7	32,2	66,7	3,3	29,5	32,9	66,3
Basilicata	4,0	35,2	39,2	60,7	3,9	37,6	41,4	57,5
Calabria	3,2	36,6	39,8	58,9	2,6	36,7	39,2	60,2
Sicilia	5,5	34,6	40,1	58,5	3,3	37,5	40,8	58,3
Sardegna	5,7	32,0	37,7	61,1	3,7	34,6	38,3	60,4
Italia	4,8	29,6	34,4	64,7	4,0	29,9	33,9	65,4

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

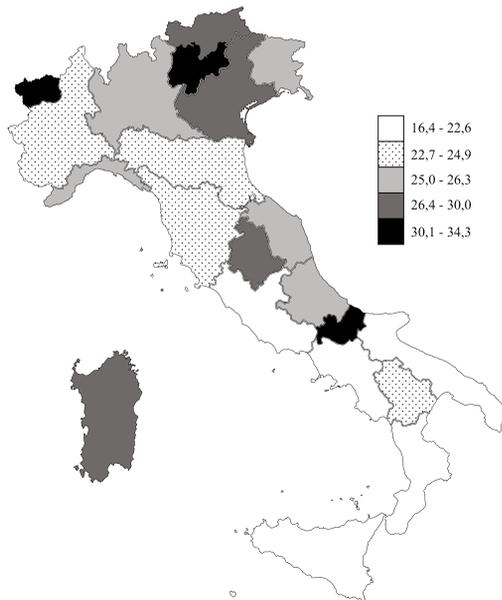
Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

33

Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2017



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2017

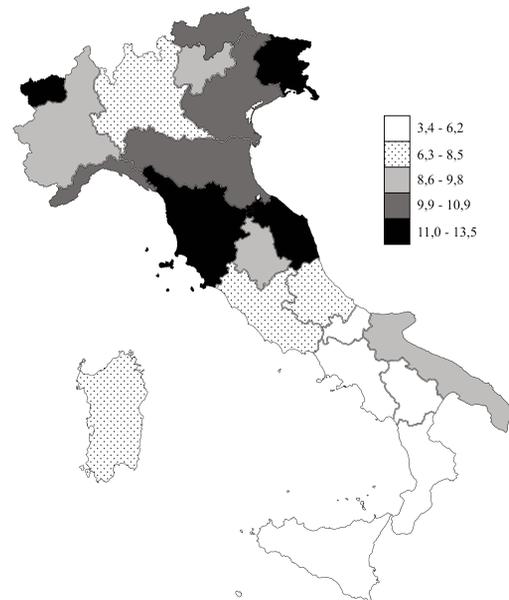


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11-17 anni per genere e per regione - Anno 2017

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	23,3	10,3	16,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,3	24,4	30,0
Lombardia	14,8	17,3	16,0
Bolzano-Bozen	13,8	16,2	15,1
Trento	13,8	12,2	13,0
Veneto	22,9	10,8	17,6
Friuli Venezia Giulia	28,8	21,3	25,9
Liguria	18,3	22,6	20,5
Emilia-Romagna	23,6	18,0	21,0
Toscana	25,6	16,3	20,8
Umbria	32,6	6,8	21,7
Marche	35,9	19,3	28,2
Lazio	20,5	9,8	16,0
Abruzzo	17,4	14,5	15,9
Molise	25,3	6,2	17,3
Campania	19,3	12,1	16,0
Puglia	30,2	21,2	26,0
Basilicata	20,0	13,4	16,2
Calabria	19,1	10,0	15,0
Sicilia	18,8	12,9	16,2
Sardegna	38,1	14,1	24,7
Italia	21,7	14,6	18,4

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.



Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2017

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	19,4	9,6	14,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,8	10,4	20,0
Lombardia	23,3	10,2	16,8
Bolzano-Bozen	29,6	8,9	19,5
Trento	32,2	10,7	21,4
Veneto	22,9	9,7	16,3
Friuli Venezia Giulia	26,7	10,8	18,6
Liguria	21,0	12,7	16,8
Emilia-Romagna	20,5	10,9	15,7
Toscana	17,3	10,2	13,7
Umbria	22,9	9,9	16,2
Marche	18,9	11,1	15,0
Lazio	18,7	7,4	12,9
Abruzzo	21,4	7,9	14,6
Molise	31,1	4,9	18,1
Campania	13,2	4,7	8,9
Puglia	15,8	8,3	12,0
Basilicata	20,5	5,7	13,3
Calabria	22,4	2,9	12,5
Sicilia	13,7	4,1	8,8
Sardegna	25,6	8,7	17,3
Italia	19,7	8,4	14,0

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol-ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Tabella 4 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per tipologia di comportamento a rischio nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2017

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol-ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.



Tabella 5 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 65 anni ed oltre per genere e per regione - Anno 2017

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	38,6	9,9	22,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40,7	10,8	24,0
Lombardia	38,6	9,2	21,9
Bolzano-Bozen	39,2	4,2	19,7
Trento	48,2	8,2	25,8
Veneto	43,6	9,6	24,5
Friuli Venezia Giulia	42,4	8,2	23,0
Liguria	38,9	12,9	23,9
Emilia-Romagna	36,7	9,4	21,3
Toscana	41,1	12,9	25,1
Umbria	35,7	6,3	19,1
Marche	44,9	15,0	28,0
Lazio	30,9	6,7	17,1
Abruzzo	40,2	5,2	20,6
Molise	45,5	9,3	25,2
Campania	31,8	6,5	17,5
Puglia	36,9	8,7	21,1
Basilicata	40,3	2,9	19,4
Calabria	24,9	3,3	13,0
Sicilia	24,6	3,5	12,7
Sardegna	31,9	3,3	15,9
Italia	36,4	8,3	20,5

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol-ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo rischioso e dannoso di alcol continua a connotarsi per un impatto sanitario e sociale sempre più preoccupante per milioni di individui di tutte le fasce di età. Si manifesta attraverso un ricorso ai servizi e alle prestazioni sanitarie che rappresenta solo una parte dei 25 miliardi di € l'anno che in Italia la società paga anche a fronte di problematiche sociali legate ad assenteismo, perdita di lavoro e produttività, atti di violenza e di maltrattamenti che sfuggono alla stigmatizzazione sociale.

Vi è, inoltre, scarsa consapevolezza dei rischi per la salute dati dalla lunga serie di conseguenze a breve, medio e lungo termine. I consumi in aumento accompagnati dalla tendenza in crescita dei consumatori a rischio, dei *binge drinkers*, dei consumatori fuori pasto e di quelli che eccedono quotidianamente, sottolineano una cultura che non incontra la prevenzione e che è sbilanciata verso il rischio che per molti appare legato ad una sempre più pervasiva cultura dell'intossicazione più che del "bere" inteso come momento conviviale. Il *marketing*, la pubblicità, le *fake news*, gli investimenti milionari nel proporre l'alcol come valore, che sia vino, birra, amaro, aperitivo o superalcolico, rappresentano elementi di forte persuasione non controbilanciata da pari investimenti in prevenzione. La prevenzione, in Italia, non riceve dai ricavi delle vendite una percentuale prestabilita dedicata alla copertura dei costi generati dal bere come avviene in numerose realtà europee ed internazionali. I cosiddetti "best buys" dell'OMS che, attraverso la riduzione del *marketing*,

l'adeguamento delle politiche di tassazione e dei prezzi e la riduzione della disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche, dovrebbero consentire di favorire il raggiungimento entro il 2020 della riduzione del 10% dei consumi medi oltre che la riduzione dei consumatori rischiosi e dannosi, sono sostanzialmente disapplicati in omaggio ad una mera logica di convenienza economica che produce, tuttavia, costi che rasentano la diseconomia.

Manca da qualche anno la risposta di salute pubblica per carenza o inadeguatezza di intervento pur garantito dal Piano Nazionale di Prevenzione e connessi Piani Regionali che evidentemente non hanno ancora sviluppato il loro potenziale. I giovani, insieme agli anziani e alle donne, rappresentano un *target* di popolazione estremamente vulnerabile all'uso di alcol che indirettamente risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità (provocando incidenti stradali, tumori, cirrosi epatiche e malattie cardiovascolari). A testimonianza di questo fenomeno, vi è la stima dei trend di mortalità parzialmente e totalmente alcol-attribuibile pubblicata per tutti gli Stati membri dell'Unione Europea (1-5, 7) e che vede il tasso di mortalità specifico delle prime tre condizioni avviarsi ad una risalita, evitabile se venisse favorito l'incremento di attività mirate a far aumentare per i soggetti a rischio la consapevolezza degli effetti dell'uso di alcol che è una sostanza psicotropa, tossica, cancerogena e che induce dipendenza. Inoltre, trattandosi di una sostanza tra le più caloriche assunte attraverso l'alimentazione (7 kcal/g, circa 90 kcal in 1 UA), una corretta informazione, quale quella dell'apposizio-



ne in etichetta delle bevande alcoliche delle kcal/g di alcol contenuti in una *standard unit*, che in tutta Europa si attesta in media sugli 11g di alcol (secondo quanto riportato dalla *European Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*) (8), gioverebbe non poco alla lotta all'obesità oltre che alla continua crescita del tasso di alcol-dipendenza. Condizione grave, quest'ultima, non adeguatamente intercettata, come dimostrato dalle valutazioni dell'ONA-ISS acquisite nella Relazione al Parlamento del Ministro della Salute, considerato che, dei 710 mila consumatori dannosi di alcol "in need for treatment", richiedenti ovvero una qualunque forma di intervento, solo 72.000 risultano in carico ai servizi di alcologia del Servizio Sanitario Nazionale con un *gap* da colmare di oltre il 90% tra attesi e osservati.

L'evidenza di consumatori a rischio tra i minori, continua a testimoniare la disapplicazione delle leggi nazionali in omaggio ad una diffusa logica delle convenienze e di non rispetto della legalità (leggi che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni) e richiederebbe urgenti interventi di natura collaterale a quelli che il settore di salute pubblica si sforza di adottare attraverso iniziative di prevenzione, informazione e sensibilizzazione. Tali interventi, però, non risultano prevalenti o, comunque, controbilanciati quelli di tutela del prodotto e del *marketing* anche perchè devono confrontarsi con scarse risorse, soprattutto se paragonate alle massicce campagne di promozione dei prodotti alcolici, supportate finanziariamente anche dalle stesse Istituzioni; queste ultime, invece, dovrebbero sostenere con pari risorse la prevenzione a tutela e riabilitazione dal danno derivante dall'uso di alcol nella popolazione.

Le problematiche descritte sono acuite daall'incontrastata pressione mediatica; la pubblicità, senza limiti o tetti da rispettare in termini di volume e frequenza di *spot* e di diffusione, anche nei luoghi e nei contesti di aggregazione giovanile reale e virtuale, come i *social network*, veicola messaggi, stili, standard di consumo, mode e tendenze *appealing*, che esercitano il loro fascino proprio sui giovani.

Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario e interventi incisivi sono da attivare relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolte a creare forme di regolamentazione, lì dove non controbilanciate da un approccio supportato dal concetto europeo di "salute nelle altre politiche" e di pieno rispetto delle leggi nazionali e delle Direttive europee a tutela dei minori. Ad esempio, il divieto di utilizzo di argomentazioni salutiste o di messaggi diretti o indiretti di successo sessuale e sociale per la pubblicità e il *marketing* delle bevande alcoliche potrebbero contrastare l'inganno, specialmente per i più giovani che l'alcol favorisca la "lubrificazione" sociale e facilitazione delle relazioni personali connesse alla disinibizione causata dalla psicotro-

picità dell'alcol. Sempre più frequente, infatti, risulta essere il ricorso al *binge drinking* (inteso come consumo eccessivo episodico), causa del 13% circa di tutti i ricoveri in Pronto Soccorso di minori al di sotto dei 14 anni di età.

L'assenza degli adulti è drammatica e riflette il fallimento sociale dell'educazione che, in parte, ha travolto numerose realtà e troppi giovani, come testimoniato dal ricorso ai servizi sanitari per gli effetti e le conseguenze del bere e dai dati di mortalità alcol-correlata che vedono, ovviamente, l'alcol come prima causa di decesso prematuro ed evitabile tra i giovani. L'*Action Plan* europeo sul bere dei giovani e sul *binge drinking* (9), non lascia spazio ad interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire e come farlo attraverso azioni *evidence-based*. Inoltre, sottolinea, precisa e ribadisce che l'alcol è nocivo per lo sviluppo cerebrale fino ai 25 anni di età, mettendo in guardia e rimarcando che più a lungo si ritarda l'inizio del consumo di alcol, meno probabile sarà l'insorgenza di problemi e dipendenza dall'alcol nella vita adulta.

La necessità di invertire la tendenza all'aumento del consumo pro capite e con esso i consumatori a rischio, i *binge-drinkers* e i consumatori dannosi di alcol richiede politiche di prevenzione e programmazione più incisive e dedicate, azioni ed investimenti in grado di poter sostenere e garantire il raggiungimento degli obiettivi da conseguire mirando all'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in cui l'Italia ha necessità di esprimere, oggi, il massimo impegno se vorrà vedere realizzati nei prossimi anni gli obiettivi di salute e di benessere condivisi.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health, 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.
- (2) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2016, Roma: Ministero della Salute; 2018.
- (3) International Agency for Research on Cancer (IARC), (2015), IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Disponibile sul sito: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classification.php.
- (4) 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.



(5) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R, e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni, Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, Rapporto 2018, Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018 (Rapporti ISTISAN 18/2).

(6) Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana anno 2018. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/91926.

(7) Shield KD, Rylett M, Rehm J. World Health Organization, Public health successes and missed opportu-

nities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014, 2016.

(8) Montonen M, Mäkelä P, Scafato E, Gandin C, on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Editors), Good practice principles for low risk drinking guidelines, Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016.

(9) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020, Pubblicato in inglese dall'Ufficio Regionale del WHO nel 2012 con il titolo "Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 © World Health Organization 2012".





Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2016 e 2017 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dalle persone di 3 anni ed oltre. La classe di frequenza di assunzione degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale e della quantità di porzione ritenuto auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e varia (2). Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta

(VOF) spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano.

In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) ed oggetto di sorveglianza (6).

Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

Numeratore	Persone di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di uno specifico gruppo alimentare	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre	

Indicatore obiettivo per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta

Numeratore	Persone di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare almeno 1 porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	

Indicatore di aderenza alla dieta mediterranea

Numeratore	Persone di età 14 anni ed oltre per grado di aderenza alla dieta mediterranea (bassa, media e alta)	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre	

Validità e limiti. Il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo di alimenti secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (1).

La fonte di dati permette di valutare la distribuzione delle diverse tipologie di alimenti e di bevande in merito ai valori mediani osservati, al fine di confrontare come si differenziano le regioni rispetto alla distribuzione generale.

Inoltre, la tipologia di dati permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di VOF considerate come porzioni medie. Tuttavia, la valutazione quantitativa completa richiederebbe la stima degli alimenti assunti come ingredienti. Il denominatore dell'indicatore obiettivo è costituito da una parte della popolazione, ossia le persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno 1 porzione di VOF. Il dato risultante è leggermente superiore al valore che risulterebbe dal calcolo effettuato utilizzando l'intera popolazione di riferimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Le distribuzioni sono tutte presentate a livello regionale: la distribuzione della frequenza di consumo giornaliera di "verdure", "ortaggi" e "frutta" separatamente e la frequenza di assunzione per numero di porzioni giornaliere di "VOF" nel loro complesso; le frequenze di consumo delle altre categorie alimentari (giornaliere o settimanali a seconda della tipologia) e di altri indicatori della qualità della dieta (uso di olio di oliva, uso di sale e uso di sale iodato). Sui gruppi alimentari viene costruito un indicatore di aderenza alla dieta mediterranea per classificare le regioni anche in base ad un profilo complessivo (7) confrontando i risultati con l'indicatore obiettivo.

Descrizione dei risultati

Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2017, circa tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta (74,9%); meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco più della metà della popula-





zione (53,1%), e di ortaggi, che risulta pari al 46,4%. Nel complesso, l'83,3% della popolazione di età 3 anni ed oltre assume almeno una porzione di VOF al giorno. I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione e al Centro si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta.

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente si osserva come, in tutte le regioni, il consumo sia diffusamente al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesti, principalmente, tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (PA di Bolzano, Calabria, Campania, Sicilia e Molise) circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo. Il benchmark delle 5 porzioni di VOF è più diffuso nella PA di Trento, dove riguarda il 10,7% dei consumatori giornalieri di VOF, seguito con una distanza di circa 2,5 punti percentuali da Sardegna (8,2%) e PA di Bolzano (7,9%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Calabria, Puglia, Campania e Basilicata).

Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione legate molto probabilmente alle tradizioni gastronomiche locali (Tabella 1).

L'andamento nel tempo dell'indicatore "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (5+ VOF), per 100 persone che consumano quotidianamente VOF, è riportato nella Tabella 2. In essa sono evidenziati i valori percentuali dell'indicatore per la modalità "5+ VOF al dì" (espressa come percentuale su consumatori quotidiani di almeno 1 porzione al giorno di VOF-"1+ VOF al dì") per ciascuna regione e PA negli anni 2007-2017, nonché il trend dell'indicatore e del denominatore, mediante il Tasso Medio periodale Annuo (TMA) percentuale. Nel quadro generale si osserva una sostanziale stabilità dell'indicatore obiettivo sia pure con una leggera riduzione (dal 5,6% del 2007 al 5,3% del 2017).

Analizzando gli andamenti per regione e PA (Tabella 2), a fronte di una sostanziale stabilità del denominatore (solo nella PA di Bolzano, Veneto, Molise, Puglia e Basilicata il TMA del denominatore risulta diminuire di circa l'1% nel periodo considerato), la percentuale di "5+ VOF" risulta in diminuzione in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Calabria (range da -0,15% a -5,00%).

Nell'analisi territoriale della frequenza di consumo di

alcune tipologie di alimenti si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 3).

Tra gli alimenti consumati giornalmente troviamo al 1° posto pane, pasta e riso, che sono più diffusi in molte regioni del Centro e del Meridione, ma anche in Emilia-Romagna. Il consumo giornaliero di latte è anche esso più diffuso al Centro, ma anche nella PA di Bolzano e in Puglia.

Se passiamo ad analizzare il consumo almeno settimanale di carne, si osserva un maggiore consumo di carni bianche in alcune regioni del Centro, del Sud e nelle Isole (con l'Umbria al 1° posto della graduatoria con l'85,4%), stessa cosa si registra per il consumo di pesce, di carni bovine e di maiale. Al Nord, invece, si osserva una maggiore diffusione del consumo giornaliero di formaggi. Considerando il consumo almeno settimanale di legumi e uova, si osserva una maggiore diffusione di queste tipologie di alimenti nelle regioni del Meridione e meno nelle altre zone del Paese. Al Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa anche l'abitudine di usare l'olio di oliva ed altri olii vegetali come condimento e nella preparazione di cibi cotti.

Analizzando il consumo almeno settimanale di dolci e *snack* salati, si osserva un maggiore consumo dei primi in alcune regioni del Centro e del Nord, mentre i secondi sono consumati maggiormente al Meridione, ma anche in Lombardia e Veneto. Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, con un suo uso più esteso nelle regioni del Nord, ma anche in Umbria.

Nel 2016, Benedetti et al. (7) hanno sviluppato un indicatore di aderenza alla dieta mediterranea, che abbiamo qui utilizzato per valutare l'alimentazione nel suo complesso sia pure in termini di profilo regionale.

Il Grafico 1 mostra la distribuzione delle regioni in base alla percentuale di aderenza che vede in vantaggio le regioni del Centro (Lazio, Umbria, Toscana, Marche), insieme ad Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia (Nord-Est), Sardegna (Isole) e Campania (Sud), Puglia e Calabria tutte al di sopra del valore nazionale.

Analizzando la relazione tra l'indicatore e il consumo di VOF si osserva una correlazione positiva con la percentuale di consumo di almeno una porzione al dì ($r=0,53$), mentre così non è se osserviamo la relazione con l'indicatore obiettivo che in assoluto non differisce da 0, ma guardando al segno risulta negativa ($r=-0,26$). Questo vuol dire che l'aderenza è dovuta ad una maggiore diffusione del consumo di VOF, ma che quantitativamente l'obiettivo quantitativo dei 400g al giorno tra VOF e legumi (3) difficilmente viene raggiunto. L'aderenza viene assicurata da altre componenti vegetali, soprattutto i cereali, con un apporto energetico sicuramente più elevato.



Tabella 1 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2017

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	58,8	52,9	78,9	86,8	17,2	77,0	5,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	53,9	49,0	67,2	78,2	17,9	78,5	3,6
Lombardia	55,9	48,4	71,7	82,5	17,7	76,2	6,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>55,1</i>	<i>42,9</i>	<i>63,3</i>	<i>76,2</i>	<i>24,8</i>	<i>67,4</i>	<i>7,9</i>
<i>Trento</i>	<i>64,9</i>	<i>51,4</i>	<i>70,8</i>	<i>83,6</i>	<i>15,2</i>	<i>74,1</i>	<i>10,7</i>
Veneto	56,8	51,0	68,2	80,8	19,9	74,7	5,4
Friuli Venezia Giulia	64,3	54,0	71,6	83,3	14,9	77,8	7,3
Liguria	49,7	46,5	75,6	82,6	18,1	76,3	5,6
Emilia-Romagna	61,3	53,5	77,6	85,2	16,5	77,6	5,9
Toscana	55,3	51,5	76,7	83,5	16,7	77,3	6,1
Umbria	55,7	51,1	80,7	87,8	13,9	78,5	7,6
Marche	56,9	49,5	76,9	85,7	19,1	74,4	6,5
Lazio	60,7	49,4	73,5	86,0	18,3	76,5	5,2
Abruzzo	46,6	43,3	78,6	85,2	21,4	73,5	5,2
Molise	44,3	39,1	72,2	78,6	22,9	72,1	5,1
Campania	45,7	38,6	72,6	79,4	23,8	73,4	2,8
Puglia	39,8	36,9	76,1	80,8	20,2	77,0	2,7
Basilicata	36,6	32,2	74,7	78,3	20,3	76,8	2,9
Calabria	45,0	35,4	73,6	81,1	24,8	72,6	2,6
Sicilia	43,9	38,5	82,2	85,5	23,1	71,7	5,2
Sardegna	52,1	49,5	81,1	86,4	17,1	74,7	8,2
Italia	53,1	46,4	74,9	83,3	19,2	75,5	5,3

*Almeno 1 porzione al giorno.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.**Tabella 2** - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di 5 porzioni e più di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+ VOF al di)* e Tasso Medio Annuo (valori per 100) di variazione dell'indicatore e del denominatore (1+ VOF al di) per regione - Anni 2007-2017

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TMA	TMA
												5+ VOF al di	1+ VOF al di
Piemonte	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	7,0	6,0	8,1	5,9	5,8	-1,21	-0,13
Valle d'Aosta	3,8	6,6	6,5	6,1	6,4	4,8	3,6	4,6	4,6	4,4	3,6	-0,53	-0,50
Lombardia	6,9	5,5	5,9	5,8	6,0	5,8	4,3	4,9	5,4	5,8	6,1	-1,16	-0,05
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,3</i>	<i>4,8</i>	<i>5,3</i>	<i>5,6</i>	<i>4,4</i>	<i>3,3</i>	<i>4,8</i>	<i>5,0</i>	<i>5,7</i>	<i>6,7</i>	<i>7,9</i>	<i>0,82</i>	<i>-0,56</i>
<i>Trento</i>	<i>10,0</i>	<i>8,1</i>	<i>10,1</i>	<i>7,8</i>	<i>7,4</i>	<i>8,1</i>	<i>6,6</i>	<i>5,8</i>	<i>7,8</i>	<i>8,9</i>	<i>10,7</i>	<i>0,70</i>	<i>0,37</i>
Veneto	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,5	4,7	5,1	5,4	6,7	5,4	-1,56	-0,56
Friuli Venezia Giulia	4,7	7,4	4,8	5,9	7,0	5,5	5,5	5,3	6,3	6,3	7,3	5,53	-0,20
Liguria	5,3	5,9	4,9	5,1	5,3	4,2	4,8	4,9	4,9	4,8	5,6	0,57	-0,12
Emilia-Romagna	5,3	5,5	7,0	5,5	5,2	5,4	4,6	4,4	7,3	6,7	5,9	1,13	0,00
Toscana	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,6	5,5	5,2	5,9	6,9	6,1	1,96	-0,28
Umbria	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	4,9	6,4	3,1	7,4	7,6	2,46	0,05
Marche	6,6	4,5	4,5	5,7	5,5	3,4	3,8	5,6	7,0	4,4	6,5	-0,15	-0,23
Lazio	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	6,3	9,0	6,1	7,3	5,2	-0,55	0,13
Abruzzo	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	3,1	6,3	3,5	3,9	5,2	-0,88	-0,04
Molise	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,6	3,9	6,8	1,7	4,9	5,1	-2,61	-0,94
Campania	5,6	6,6	5,4	5,9	3,8	3,7	5,6	4,4	4,9	4,4	2,8	-5,00	-0,46
Puglia	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1,8	1,3	3,3	3,1	2,7	-4,91	-0,92
Basilicata	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	2,5	1,9	2,1	4,3	2,9	2,61	-0,82
Calabria	2,7	4,1	2,9	4,2	2,5	2,1	1,8	2,1	3,8	3,1	2,6	-0,37	-0,16
Sicilia	3,5	4,7	3,7	4,5	3,7	4,3	5,2	3,1	2,9	3,9	5,2	4,86	0,05
Sardegna	6,8	5,9	4,7	6,6	8,1	6,0	4,5	5,6	5,6	6,8	8,2	2,06	0,19
Italia	5,6	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7	4,8	4,9	5,4	5,6	5,3	-0,54	-0,20

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

41

Tabella 3 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2017

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi*Salumi**	Carni bianche**	Carni bovine**	Carni di maiale**	Uova**	Legumi in scatola**	Pesce**	Snack**	Dolci**	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di iodio di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	77,6	50,6	28,0	57,6	82,3	63,4	63,4	46,3	54,2	25,8	54,2	94,7	97,5	74,8	46,2
Valle d'Aosta	78,7	43,4	33,2	59,9	81,6	37,7	62,9	41,2	58,6	21,4	50,9	89,4	94,2	72,5	66,9
Lombardia	75,4	46,9	25,3	59,4	81,7	37,5	54,5	46,8	60,3	32,8	57,3	93,1	96,2	71,2	49,2
Bolzano-Bozen	61,8	55,5	33,8	63,1	58,7	33,6	59,6	35,1	39,2	23,3	51,8	90,8	92,9	61,1	69,9
Trento	77,0	47,4	33,6	62,0	71,1	49,8	53,4	53,6	50,2	23,4	50,5	92,5	97,3	72,9	60,9
Veneto	75,9	47,2	24,8	55,5	78,3	41,2	54,4	40,8	53,1	29,9	57,5	96,0	97,6	75,7	56,3
Friuli Venezia Giulia	73,5	52,0	27,9	59,0	82,0	61,1	55,1	45,8	54,2	27,2	55,3	94,5	97,6	72,1	53,7
Liguria	78,1	50,3	22,3	55,8	79,5	36,0	62,3	44,7	57,8	22,9	54,2	96,4	97,7	71,5	44,3
Emilia-Romagna	80,6	44,2	18,1	60,8	79,8	46,2	56,8	48,0	54,5	26,2	58,4	95,9	97,7	74,5	53,4
Toscana	81,3	57,7	21,9	56,8	84,1	62,3	56,6	55,5	59,4	23,5	50,0	97,9	98,2	68,9	49,0
Umbria	85,3	58,3	18,8	64,3	85,4	68,1	59,9	59,7	61,6	24,3	60,0	98,6	98,6	70,9	57,4
Marche	83,0	47,5	15,1	62,6	83,7	67,6	55,0	54,5	67,6	24,2	54,4	97,9	98,4	76,5	49,2
Lazio	78,0	58,8	16,6	51,6	79,8	43,5	60,4	54,0	65,5	27,4	46,2	97,8	98,2	67,3	42,8
Abruzzo	84,8	49,1	13,7	63,5	80,2	47,4	64,5	60,3	58,6	27,7	57,7	97,9	98,5	73,0	38,8
Molise	82,4	53,7	12,3	64,3	81,0	55,7	68,1	67,1	59,0	29,7	51,4	99,2	99,4	71,2	49,2
Campania	79,6	50,3	9,4	57,8	79,3	49,4	60,3	76,5	68,8	31,3	40,6	98,6	98,6	68,6	40,1
Puglia	82,4	59,8	13,0	57,0	77,5	40,8	53,1	65,6	56,6	26,9	44,5	98,2	98,2	69,7	44,5
Basilicata	85,3	48,8	14,6	62,4	79,7	47,0	65,2	76,1	61,7	30,5	43,1	98,4	98,6	76,5	59,6
Calabria	83,1	51,1	18,1	63,7	83,7	68,9	63,8	73,3	65,3	31,9	46,0	98,4	98,4	72,0	50,9
Sicilia	87,8	47,9	22,0	59,8	82,7	47,4	66,6	57,6	60,1	31,0	47,4	97,8	98,5	67,5	37,5
Sardegna	74,9	54,2	25,8	54,2	78,9	54,1	55,4	45,5	53,1	23,5	51,2	97,3	96,8	71,9	32,9
Italia	79,4	51,0	20,4	58,1	80,6	43,9	58,6	54,4	59,5	28,4	51,4	96,4	97,7	71,1	46,9

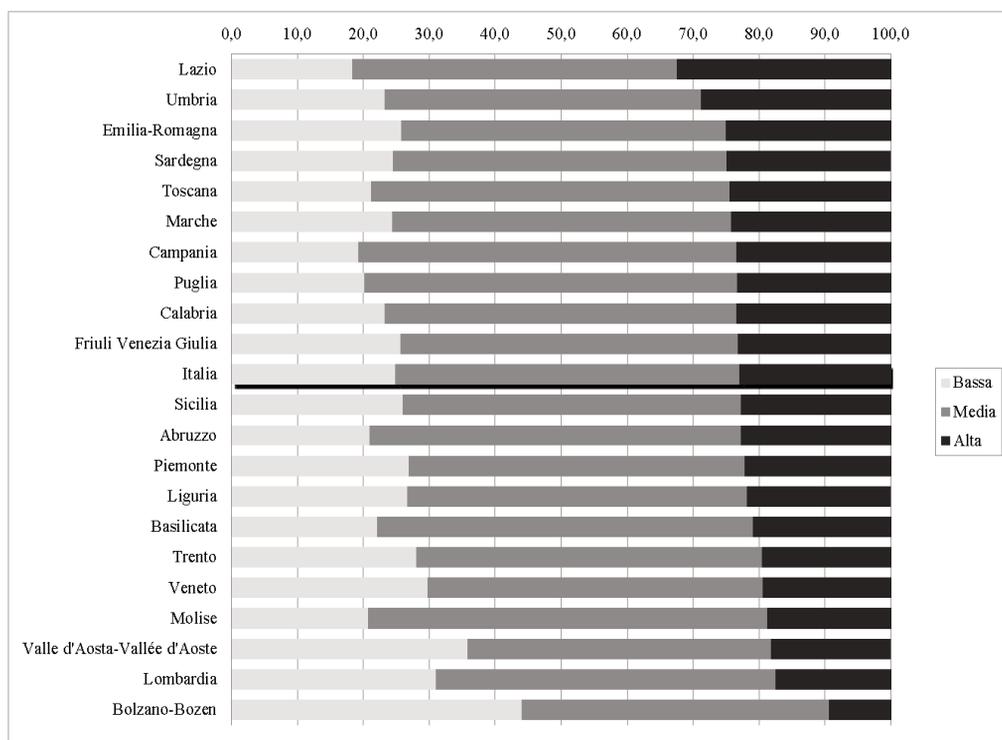
*Almeno 1 porzione al giorno.

**Almeno qualche porzione alla settimana.

°Per le uova il dato si riferisce al 2016 in quanto nel 2017 questa informazione non è stata rilasciata.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Grafico 1 - Grado di aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice Benedetti et al. per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: Elaborazione su dati "Frequenze di consumo di alimenti nella popolazione di 14+ anni" Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018 (1).

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di VOF quotidiano ancora non raggiunge il 100% della popolazione, rimanendo all'83,3% e tra questi ultimi solo il 5,3% raggiunge le 5 porzioni al giorno.

Le raccomandazioni indicate negli anni passati (8) restano perciò valide, poiché sembra proseguire la riduzione della percentuale di popolazione che consuma quotidianamente VOF, passando dall'83,8% del 2016 all'83,3% del 2017.

Anche alla luce dei risultati dell'analisi di sintesi sull'aderenza alla dieta mediterranea, restano di attualità, dunque, i programmi come "Frutta nelle scuole" (9) promosso dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (10).

Più in generale, è importante promuovere l'adozione di modelli di dieta salutari e sostenibili di cui il consumo di VOF sia parte integrante (11), con l'ausilio dei produttori (12) e dei ristoratori (13).

Fondamentale, quindi, è continuare il monitoraggio dei consumi alimentari e delle variabili dello stile di vita, tra cui centrale è l'attività fisica, per verificare se le politiche di sensibilizzazione verso una alimentazione equilibrata e corretta riescano a produrre cambiamenti desiderabili, come l'aumento del consumo di VOF, raggiungendo almeno le 5 porzioni giornaliere.

Nel nostro Paese il numero di porzioni di VOF è rilevato, ad esempio, anche nel programma "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (14). Tuttavia, esiste una necessità di stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (15). La complessità di questi studi è determinata dalla metodologia di misurazione che varia in relazione al periodo (alimentazione attuale/alimentazione abituale) e, nel primo caso, l'uso di un modello di rilevazione aperto (diario o intervista) che richieda la codifica degli alimenti ad un livello dettagliato (16). La questione è da lungo tempo dibattuta e, grazie al programma *European Union-Menu*, attivato dall'*European Food Safety Authority*, gli Stati membri dell'Unione Europea stanno realizzando le indagini alimentari individuali che rilevano le abitudini a tavola seguendo una metodologia armonizzata (17) per comporre una banca dati europea dei consumi alimentari individuali (18). In Italia, è stata appena avviata la fase di raccolta dei dati per la fascia di età 10-74 anni ed è in fase di completamento la raccolta dei dati per la fascia di età 3 mesi-9 anni. La formazione dei rilevatori è realizzata in collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (19).



Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” - 2016 e 2017. Istat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (2) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition*: 7 (1A), 245-250.
- (4) National Obesity Observatory (2010). Review of dietary assessment methods in public health. Solutions for Public Health, UK.
- (5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza PASSI - Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
- (7) Benedetti I, Biggeri L, Laureti T, Secondi L (2016). Exploring the Italians' Food Habits and Tendency towards a Sustainable Diet: The Mediterranean Eating Pattern. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8 (2016), 433-440. Disponibile sul sito: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407.
- (8) Turrini A, Bologna E. Consumo di alimenti per tipologia. In “Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione” Capitolo del “Rapporto Osservasalute 2017”, (2018) 40-45.
- (9) Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (10) Piano d’Azione 2015-2020 European Food and Nutrition Action Plan. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64d14e_FoodNutAP_140426.pdf (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (11) Donini LM, Dernini S, Lairon D, Serra-Majem L, Amiot M-J, del Balzo V, Giusti A-M, Burlingame B, Belahsen R, Maiani G, Polito A, Turrini A, Intorre F, Trichopoulou A, Berry EM. A consensus proposal for nutritional indicators to assess the sustainability of a healthy diet: the Mediterranean diet as a case study. *Frontiers*, 2016. Disponibile sui siti: <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2016.00037>; <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnut.2016.00037/full> (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (12) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d’intesa. I protocolli d’intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1400&area=stiliVita&menu=protocolli (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (13) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (14) Istituto Superiore di Sanità. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (15) Turrini A (a cura di). 2013. Indagini armonizzate sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana. Monografia del progetto “PALINGENIO Indagini armonizzate permanenti sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana” ISBN 978-88-97081-40-1. Disponibile sul sito: <http://sito.ente-cra.it/portale/public/documenti/monografia-palingenio.pdf> (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (16) EFSA - European Food Safety Authority (2015). The food classification and description system FoodEx 2 (revision 2), EFSA supporting publication 2015: EN-804. 90 pp. European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy. Disponibile sul sito: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2903/sp.efsa.2015.EN-804> (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (17) EFSA - European Food Safety Authority (2014). Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, 12(12). Disponibile sul sito: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2014.3944> (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (18) EFSA - European Food Safety Authority (2014). EFSA - European Food Safety Authority (2011c) Use of the EFSA Comprehensive European Food Consumption Database in Exposure Assessment. *EFSA Journal*, 9 (3), 2097. Disponibile sul sito: www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/doc/2097.pdf (ultimo accesso 20 dicembre 2018).
- (19) Corsi di Formazione a Distanza (FAD) conclusi e in corso. Disponibili sul sito: www.eduiss.it (ultimo accesso 20 dicembre 2018).





Sovrappeso e obesità

Significato. Nei Paesi dell'Unione Europea circa un adulto su sei è considerato obeso (1). Questo è uno dei risultati dell'Indagine Europea sulla Salute che identifica tra i fattori di rischio l'aumento dell'età ed i bassi livelli sociali. Anche se l'Italia, insieme alla Romania, è il Paese con la più bassa percentuale di obesi si tratta, comunque, di uno dei grandi temi di salute pubblica. Nell'analisi delle cause che determinano l'eccesso di peso entrano in gioco anche molti fattori tra cui la predisposizione ereditaria, fattori ambientali e comportamentali, invecchiamento e gravidanze (2). Il sovrappeso e l'obesità sono tra i principali fattori di rischio per le patologie non trasmissibili, quali le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti ed alcuni tipi

di cancro. La loro diffusione, sempre più in crescendo, ha un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali. Inoltre, la prevalenza di persone in sovrappeso e obese è in costante e preoccupante aumento non solo nei Paesi occidentali, ma anche in quelli a basso-medio reddito.

In Italia, nel 2017, poco più di 23 milioni di persone di età 18 anni ed oltre (45,9%) sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema in termini di salute pubblica ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo dei sistemi di sorveglianza della popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutarne precocemente le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore	Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-29 e ≥ 30
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre

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

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m^2). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce "sovrappeso" un IMC compreso tra 25-29 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (3). La classificazione dell'OMS distingue, inoltre, l'obesità in tre livelli: primo grado o lieve (IMC 30,0-34,9); secondo grado o moderata (IMC 35,0-39,9); terzo grado o grave (IMC ≥ 40) (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. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di problemi di salute.

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana" relativa al 2017 ed è stata adottata per la prima volta una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interview (CAWI)/Paper And Pen Interview (PAPI)* sequenziale. L'indagine è stata condotta su un campione di circa 28.000 famiglie. Di queste, 20.000 sono state coinvolte in tecnica mista CAWI-PAPI e 8.000 unicamente in tecnica PAPI. 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

In Italia, nel 2017, si conferma che più di un terzo della popolazione di età 18 anni ed oltre (35,4%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,5%); complessivamente, il 45,9% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1, Grafico 1). Questi valori non presentano variazioni significative rispetto al 2016, a conferma che le variazioni di questo fenomeno sono apprezzabili in intervalli temporali più ampi.

Le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli e, nel confronto regionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole. Come per il 2016, le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese (Puglia 13,5%, Molise 12,8%, Sicilia 12,6% e Marche 12,4%); tra le regioni con la prevalenza minore di persone obese vi sono il Lazio (7,6%), la PA di Bolzano (8,4%), la PA di Trento (8,7%) e la Toscana (8,8%). Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti (Basilicata 41,2%, Campania 39,8%, Sicilia 39,1% e Calabria 38,4%), mentre nella parte bassa della graduatoria vi sono la PA di Bolzano (30,4%), la Valle d'Aosta (30,8%), il Piemonte (32,0%) e la Sardegna (32,3%).





Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macroaree (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche e Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria; Isole: Sicilia e Sardegna) (Grafico 2), si osserva che, dal 2001, nella ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso (Nord-Ovest) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale.

Al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale. Anche nel 2017, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 15,9% nella fascia di età 18-24 anni al 46,3% nella classe di età 65-74 anni, fascia di età che si

confirma più critica rispetto alla condizione di obesità. Anche l'obesità è una condizione del 3,7% dei giovani di età 18-24 anni, ma coinvolge principalmente, con il 16,0%, le persone di età 65-74 anni (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere. Risulta in sovrappeso il 43,0% degli uomini vs il 28,4% delle donne ed obeso l'11,8% degli uomini vs il 9,4% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, la fascia di età 65-74 anni, sebbene sia la fascia di età 35-44 anni quella in cui vi è la più elevata differenza tra uomini e donne in sovrappeso e la classe di età 45-54 anni per le persone obese; in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2017

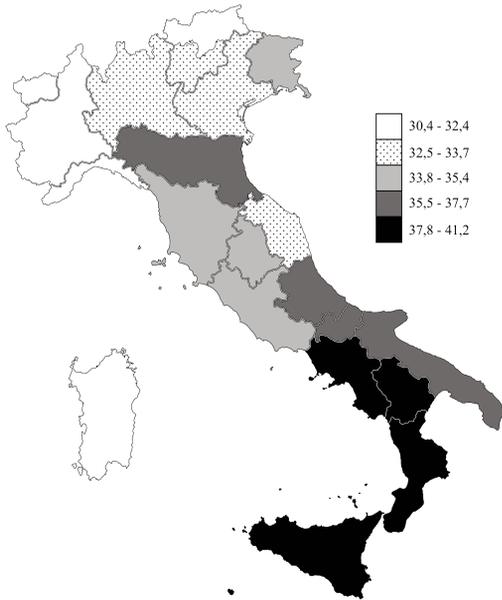
Regioni	Sovrappeso	Obese
Piemonte	32,0	9,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,8	10,7
Lombardia	32,7	10,5
Bolzano-Bozen	30,4	8,4
Trento	33,1	8,7
Veneto	33,7	10,1
Friuli Venezia Giulia	35,2	11,8
Liguria	32,4	9,3
Emilia-Romagna	37,5	11,3
Toscana	34,6	8,8
Umbria	34,2	10,6
Marche	32,9	12,4
Lazio	35,4	7,6
Abruzzo	37,3	12,0
Molise	35,6	12,8
Campania	39,8	11,1
Puglia	37,7	13,5
Basilicata	41,2	12,1
Calabria	38,4	10,0
Sicilia	39,1	12,6
Sardegna	32,3	9,9
Italia	35,4	10,5

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.





Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2017



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2017

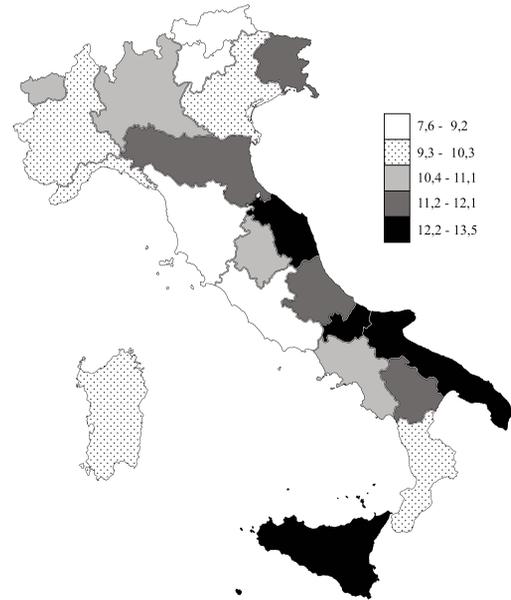
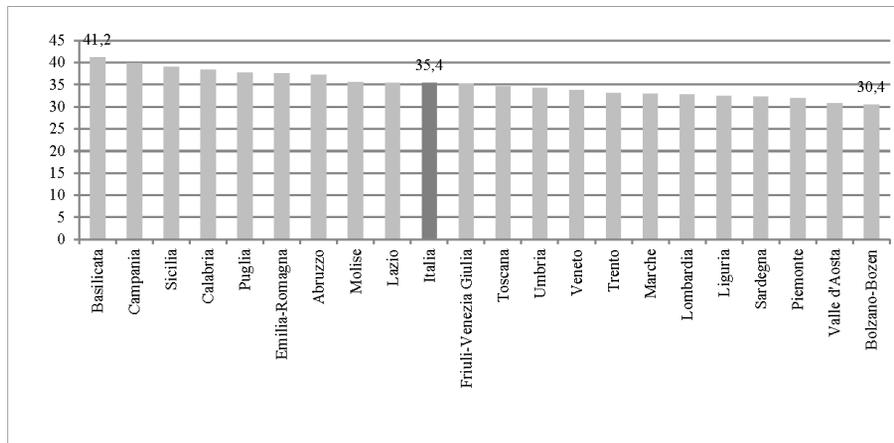
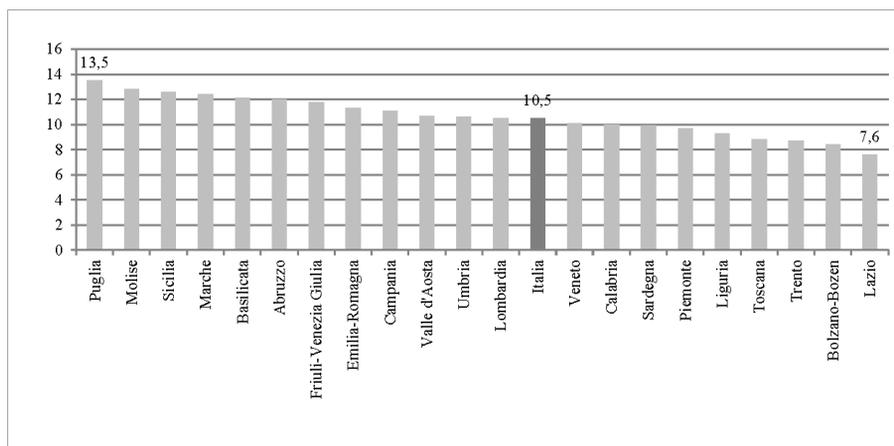


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2017

Sovrappeso



Obese

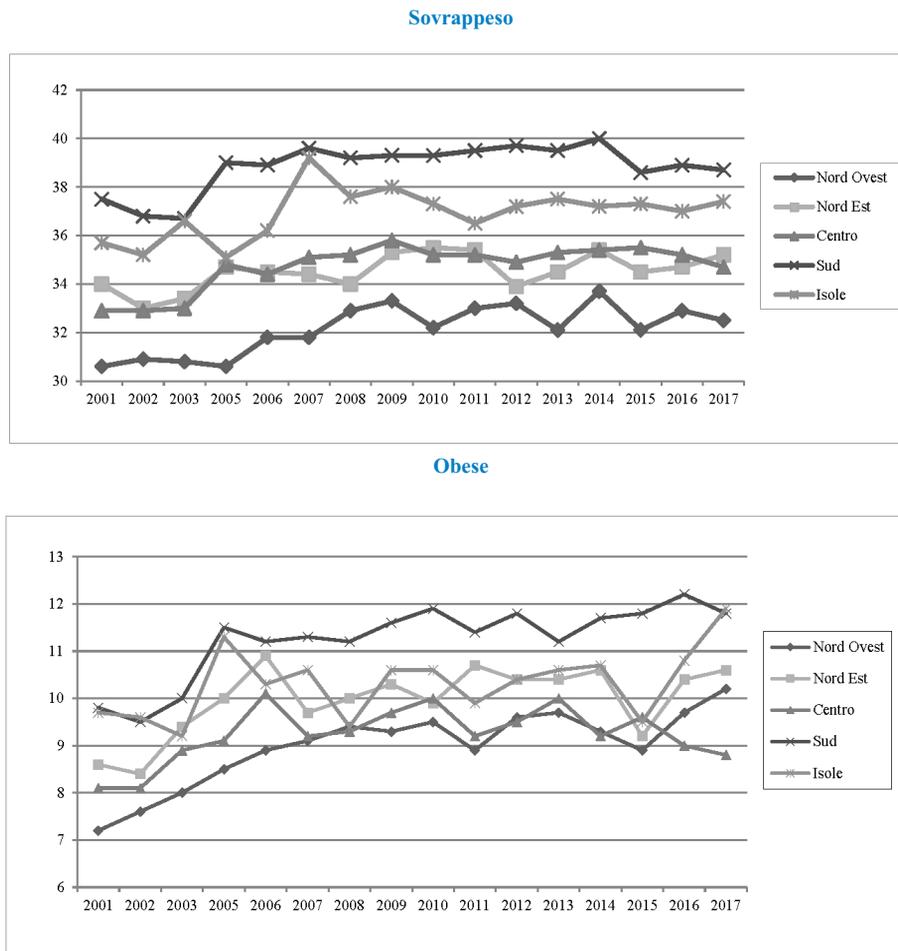


Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.





Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2017



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2017

Classi di età	Sovrappeso			Obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	20,4	11,3	15,9	4,4	3,0	3,7
25-34	31,8	16,9	24,4	5,8	4,8	5,3
35-44	42,9	21,2	32,1	9,6	6,2	7,9
45-54	45,6	27,4	36,4	13,8	8,8	11,3
55-64	49,4	33,9	41,4	16,0	11,8	13,9
65-74	53,4	40,1	46,3	16,5	15,6	16,0
75 +	49,3	40,0	43,8	13,5	12,8	13,1
Totale	43,0	28,4	35,4	11,8	9,4	10,5

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

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 (4). L'obesità viene considerata, universalmente, un importante problema di Sanità Pubblica e non solo come una malattia del singolo individuo. L'obesità, infatti, è

il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita di una intera popolazione. L'Istituto Superiore di Sanità mette in campo, da tempo, vari sistemi di sorveglianza sia della popolazione adulta che di quella anziana che, attraverso indagini campionarie sugli stili di vita e attraverso *health examination*





survey, consentono di raccogliere dati sullo stato di salute della popolazione e i suoi comportamenti. È da questi dati che emerge il ritardo con cui i medici indirizzano le persone in eccesso di peso verso un controllo delle proprie abitudini alimentari (3).

L'evidenza che l'obesità e l'eccesso ponderale siano prevenibili ha messo in moto, ormai da vari anni, azioni sia a livello nazionale che mondiale volte alla promozione di uno stile di vita sano a livello individuale e di promozione della salute da parte delle industrie alimentari (5).

Tra i vari approcci possibili vi è quello derivato dalla teoria economica che identifica i prezzi dei prodotti come uno dei principali fattori che influiscono sulle scelte di acquisto dei consumatori. Sono, quindi, diversi anni che i ricercatori individuano evidenze dimostranti che le politiche sui prezzi relative a prodotti alimentari influenzano il tipo e la quantità di cibo che i consumatori comprano. Un approccio ragionato in tal senso potrebbe, infatti, potenzialmente contribuire a diffondere abitudini alimentari più sane nella

popolazione, spostando i consumi da alimenti ricchi di zuccheri e grassi verso un maggiore consumo di frutta e verdura. Molti Paesi della regione europea dell'OMS hanno introdotto sussidi o tasse su alimenti specifici, proprio con questa intenzione (6).

Riferimenti bibliografici

(1) Eurostat, European Health Interview Survey, 203/2016 - 20 ottobre 2016.

(2) EUFIC European food information council, Fondamenti 06/2006.

(3) Disponibile sul sito:

<http://epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp>.

(4) Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi.

(5) World Health Organisation, Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.

(6) OMS Europa. "Using price policies to promote healthier diets". Anno 2015.

(7) Indagine Istat Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/91926.





Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che sta aumentando e sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, attualmente, più di 30 milioni di bambini in eccesso di peso vivono in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambi-

ni e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età preadolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato, infatti, che, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione da adulti (4). In Italia, a partire dal 2010, l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) dei minori di età 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

$$\text{Prevalenza media di minori in eccesso di peso} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Minori di età 6-17 anni in eccesso di peso
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 6-17 anni

Validità e limiti. I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (5) condotta annualmente su un campione teorico di circa 24.000 famiglie, per un totale di oltre 45.000 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 sub-nazionale.

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

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

con la diffusione del fenomeno a livello internazionale. I dati vengono forniti come stime biennali che costituiscono valori più robusti e che permettono, quindi, un livello di analisi anche sub-nazionale.

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

Per la definizione di sovrappeso ed obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (6) perché rappresentano valori di riferimento ampiamente utilizzati negli ultimi anni in numerosi studi nazionali ed internazionali. Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC ≥ 25 per il sovrappeso e ≥ 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso¹. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella valutazione del fenomeno perché porta ad avere stime differenti tra loro, a volte anche di molto, a seconda dei valori soglia utilizzati.

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



Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso di bambini e ragazzi non è disponibile un benchmark cui riferirsi. Si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (2016-2017). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi di età 6-10 anni residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2016-2017) mostrano che, in Italia, la quota dei bambini e degli adolescenti in eccesso di peso è pari al 24,2%. Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi (27,3% dei maschi vs 20,8% delle femmine). Tali differenze non sussistono tra i bambini di età 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età. L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di età 6-10 anni risultando pari a 32,9%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità diminuiscono, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di età 14-17 anni (Tabella 1).

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud ed Isole. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano, significativamente, dal Settentrione al Meridione (31,9% Sud vs 18,9% Nord-Ovest, 22,1% Nord-Est, 22,0% Centro e 26,1% Isole, dati non presenti in tabella), con percentuali particolar-

mente elevate in Campania (35,2%), Molise (32,0%), Calabria (30,4%) e Puglia (29,5%) (Tabella 2).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini ed i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso, con una influenza maggiore del titolo di studio della madre rispetto a quello del padre. Inoltre, sono soprattutto i bambini ed i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso ad essere, anche loro, in sovrappeso od obesi. Se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di età 6-17 anni in sovrappeso od obesi è pari al 36,2% rispetto alla percentuale del 25,9% quando è solo la madre in eccesso di peso e del 22,6% quando è solo il padre in eccesso di peso. Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 18,4% (Tabella 3).

Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese, anche se si registrano distanze più marcate tra livelli socio-economici più elevati e livelli socio-economici meno elevati al Centro-Nord vs Sud ed Isole. Infatti, se al Centro-Nord del Paese la distanza tra coloro che sono in eccesso di peso e che vivono in famiglie con scarse/insufficienti risorse economiche rispetto a coloro che vivono in famiglie con buone/ottime risorse economiche è pari a circa 5 punti percentuali, tra chi vive nelle regioni del Sud e nelle Isole questa differenza si annulla del tutto.

Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e per classe di età - Anni 2016-2017

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10	33,8	32,0	32,9
11-13	27,9	17,1	22,7
14-17	19,0	9,4	14,4
Totale	27,3	20,8	24,2

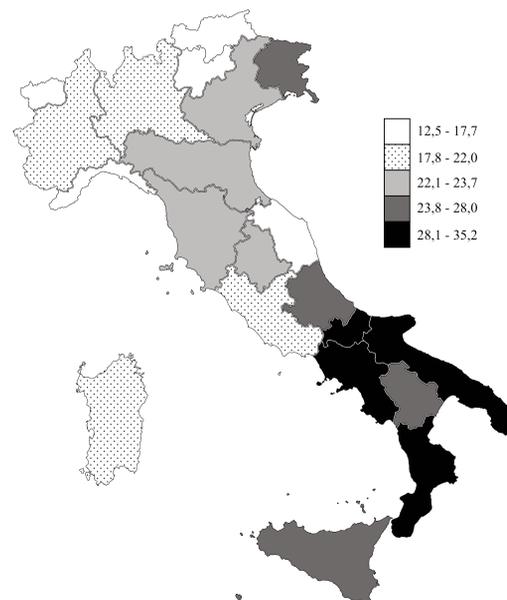
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.



Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2016-2017

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	21,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,7
Lombardia	18,5
Bolzano-Bozen	12,5
Trento	16,1
Veneto	22,5
Friuli Venezia Giulia	24,9
Liguria	14,8
Emilia-Romagna	23,1
Toscana	23,7
Umbria	22,8
Marche	17,3
Lazio	22,0
Abruzzo	28,0
Molise	32,0
Campania	35,2
Puglia	29,5
Basilicata	26,4
Calabria	30,4
Sicilia	27,8
Sardegna	19,9
Italia	24,2

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2016-2017



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere e per alcune caratteristiche dei genitori/famiglia - Anni 2016-2017

Caratteristiche genitori/famiglia	Maschi	Femmine	Totale
<i>Titolo di studio della madre*</i>			
Dottorato di ricerca e Laurea	20,8	16,4	18,7
Diploma scuola superiore	25,1	19,1	22,2
Scuola dell'obbligo	32,1	24,4	28,4
<i>Titolo di studio del padre*</i>			
Dottorato di ricerca e Laurea	18,6	16,0	17,3
Diploma scuola superiore	25,6	18,3	22,2
Scuola dell'obbligo	30,9	24,6	27,9
<i>Risorse economiche della famiglia</i>			
Risorse economiche ottime-adequate	25,3	19,1	22,3
Risorse economiche scarse-insufficienti	29,4	23,3	26,4
<i>Eccesso di peso dei genitori*</i>			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	20,6	15,9	18,4
Solo la madre in eccesso di peso	27,8	23,9	25,9
Solo il padre in eccesso di peso	26,5	18,5	22,6
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	39,9	32,1	36,2
Totale	27,3	20,8	24,1

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.



Raccomandazioni di Osservasalute

La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che sta aumentando in Italia, ma anche in tutti i Paesi del resto del mondo e che merita una particolare attenzione.

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

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

Un ruolo fondamentale lo gioca la famiglia che risulta centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi rappresentando il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivando l'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N. 311, June 2016.
- (2) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. *Arch. Dis. Children* 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula M.K., Ivery D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine* 1993, 22: 167-77.
- (4) Rolland-Cachera M. F., Deheeger M., Bellisle F., Guilloud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *The American Journal of clinical Nutrition* 39, pp 129-135. 1984.
- (5) Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana. disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/91926.
- (6) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.
- (7) Spinelli A., Nardone P., Buoncristiano M., Lauria L., Andreozzi A., Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
- (8) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003)* 2006; 17 (3): 27-42.
- (9) 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.
- (10) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*; 2006. 1: 11 /25.
- (11) Cole T. J., Bellizzi M.C, Flegal K.M., Dietz W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1.240.
- (12) 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.
- (13) Iannucci L., Pugliese A., Qualiano V., Bologna E. Fattori di rischio per la salute tra i bambini e adolescenti: eccesso di peso e sedentarietà in "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute" (a cura di) Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. Rapporti ISTISAN 16|26. Anno 2016.



Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. L'obesità rappresenta un importante problema di salute per le sue conseguenze a medio e lungo termine. Negli anni si è osservato un aumento dell'eccesso ponderale, in particolare tra i giovani (1).

L'Italia, grazie al sistema di sorveglianza nazionale "OKkio alla SALUTE" (2), è in grado di confrontarsi a livello europeo circa la prevalenza dello stato ponderale dei bambini di 8-9 anni; questa sorveglianza, ormai giunta nel 2016 alla sua quinta rilevazione dati (3), è parte dell'iniziativa della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) denominata "Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI" (4).

"OKkio alla SALUTE", promosso e finanziato dal

Ministero della Salute, coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dal 2008-2009 raccoglie importanti informazioni sugli stili di vita dei bambini con una particolare attenzione al contesto di vita familiare e scolastico. Inoltre, contribuisce alle indicazioni delle azioni da svolgere e al monitoraggio del Piano Nazionale della Prevenzione e delle sue declinazioni a livello regionale.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Prevalenza di bambini obesi

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

Validità e limiti. La rilevazione diretta di peso e statura, con strumenti standardizzati, consente di avere delle misure oggettive e uniformi su tutto il territorio nazionale. Sin dalla prima rilevazione, "OKkio alla SALUTE" utilizza l'Indice di Massa Corporea (IMC) come indicatore indiretto dello stato di adiposità, mentre per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole e Lobstein (5). Inoltre, questa sorveglianza, poiché parte della COSI dell'OMS Europa, utilizza anche i *cut-off* dell'OMS per i confronti sull'eccesso ponderale nei bambini tra i vari Paesi partecipanti (6).

Il metodo di campionamento è a grappolo, con il vantaggio di concentrare il lavoro su un numero limitato di classi anche se i bambini all'interno dei grappoli tendono ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione è una sottostima della reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente è compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, al fine di raggiungere i livelli di precisione desiderati: 3% a livello regionale e 5% per le aziende.

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

Descrizione dei risultati

Dai dati della COSI relativi alla raccolta del 2012-2013 (7) avvenuta in 19 Paesi (Albania, Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Malta, Macedonia, Moldavia, Norvegia, Portogallo, Romania, Repubblica di San Marino, Slovenia, Spagna, Turchia e Italia) con la stessa metodologia, utilizzando i *cut-off* dell'OMS e con un *range* di età che oscilla tra i 6-9 anni, l'Italia è risultata tra i Paesi a più alta prevalenza di sovrappeso e obesità insieme a Grecia e Spagna, mentre i Paesi del Nord Europa presentano prevalenze più basse (Grafico 1). Utilizzando le curve dell'OMS, le percentuali di bambini in sovrappeso ed obesi sono più elevate rispetto all'utilizzo dei *cut-off* dell'IOTF in quanto i valori soglia dell'OMS sono, complessivamente, più bassi di quelli dell'IOTF (Grafico 2). Differenze maggiori si osservano applicando separatamente a maschi e femmine i due *cut-off*, IOTF e OMS, che si discostano significativamente per quanto riguarda la classificazione degli obesi in entrambi i generi e più marcatamente nei maschi obesi (Grafico 3). Al di là dei diversi *cut-off* utilizzati, quel che emerge è l'eccesso di peso registrato tra i bambini italiani con prevalenze elevate.

"OKkio alla SALUTE" permette anche di rilevare la percezione dello stato ponderale dei bambini da parte dei loro genitori; in particolare, la raccolta dati 2016,

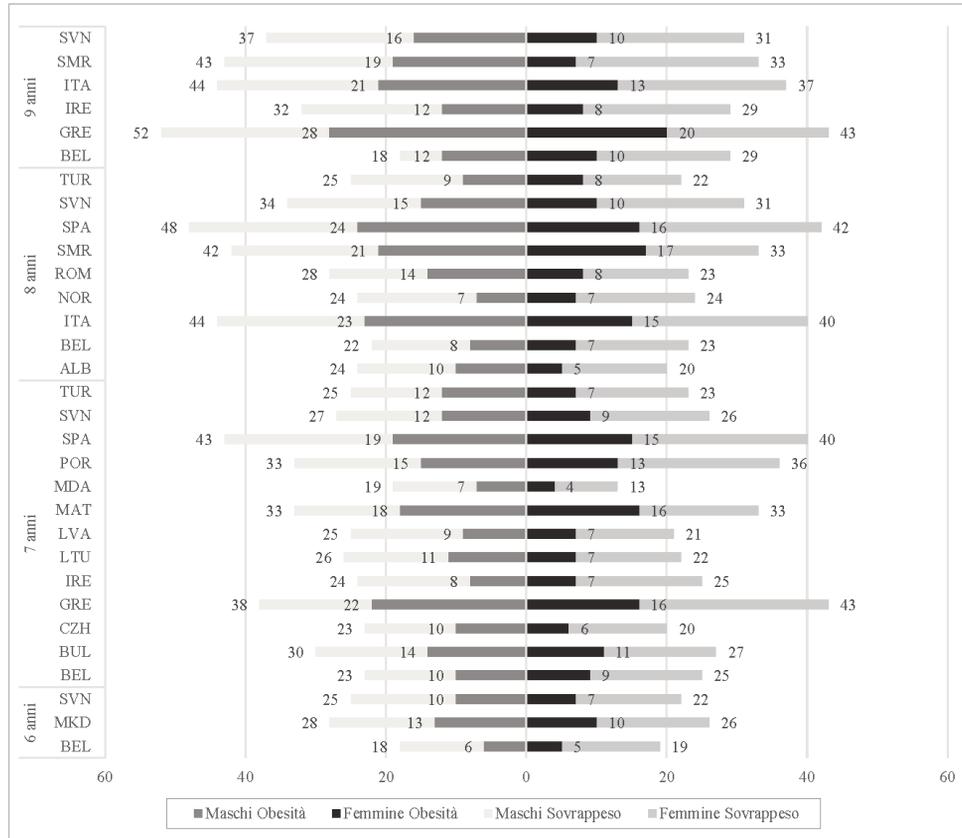




a conferma di quanto già emerso in passato, evidenzia che il 50,3% delle madri di bambini in sovrappeso e il 12,2% delle madri di bambini obesi considerano il proprio figlio normopeso (3). La reale percezione del-

lo stato ponderale dei propri figli è meno accurata nelle madri con basso livello di istruzione e in quelle che risiedono nel Meridione (Cartogramma).

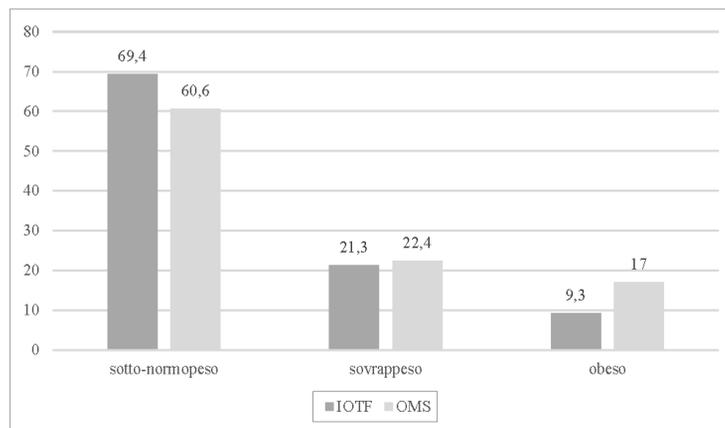
Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 6-9 anni in sovrappeso ed obesi (cut-off dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) per alcuni Paesi europei - Anni 2012-2013



Legenda: ALB Albania - BEL Belgio - BUL Bulgaria - CZH Repubblica Ceca - GRE Grecia - IRE Irlanda - LVA Lettonia - LTU Lituania - MAT Malta - MKD Macedonia - MDA Moldavia - NOR Norvegia - POR Portogallo - ROM Romania - SMR Repubblica di San Marino - SVN Slovenia - SPA Spagna - TUR Turchia - ITA Italia.

Fonte dei dati: OMS/Regione Europea - Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), 2012-2013. Anno 2018.

Grafico 2 - Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni sotto-normopeso, in sovrappeso ed obesi secondo le definizioni dell'International Obesity Task Force-IOTF e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS in Italia - Anno 2016

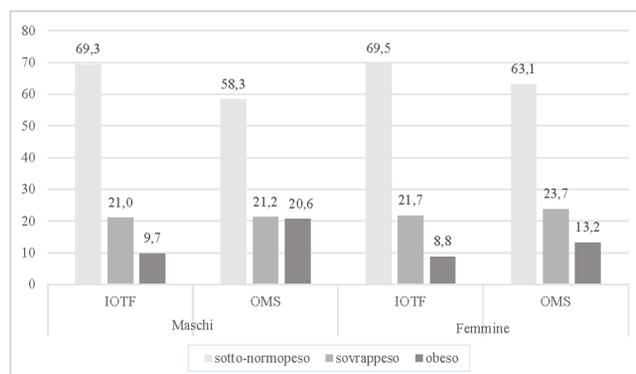


Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2018.



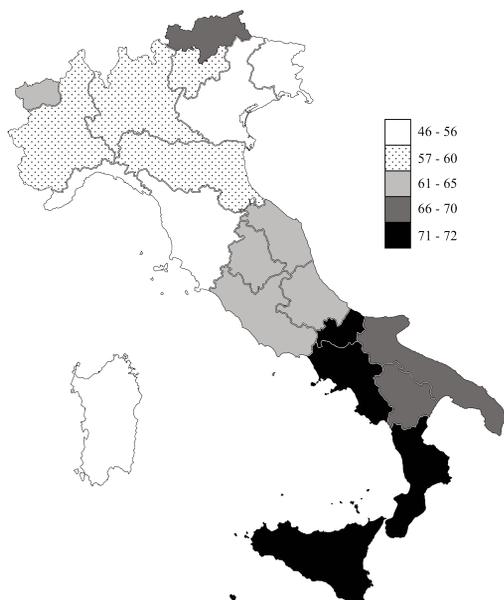


Grafico 3 - Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi secondo le definizioni dell'International Obesity Task Force-IOTF e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS per genere in Italia - Anno 2016



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2018.

Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni in sovrappeso o obesi il cui stato ponderale è percepito non correttamente dalla madre per regione. Anno 2016



Raccomandazioni di Osservasalute

I dati italiani raccolti con "OKkio alla SALUTE" permettono di monitorare l'eccesso ponderale ed i comportamenti a rischio nei bambini, nonché di effettuare i confronti a livello internazionale.

Inoltre, gli indicatori prodotti nell'ambito di questa sorveglianza possono essere utilizzati per orientare le politiche sanitarie in termini di prevenzione delle malattie non trasmissibili e promozione dei corretti stili di vita sin dalla giovane età.

Riferimenti bibliografici

- (1) NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 241 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390 (10113): 2627-42.
- (2) Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/okkioallasalute.

- (3) P. Nardone, A. Spinelli, M. Buoncristiano, L. Lauria, D. Pierannunzio e D. Galeone. Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. Supplemento 1, al vol. 31 n. 7-8 (Luglio-Agosto 2018) del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1827-6296 (on line).

- (4) Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi.

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

- (6) De Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for schoolaged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 660-7.

- (7) World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6-9-year-old children. Report of the third round of data collection 2012-2013. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf?ua=1.





Attività fisica

Significato. L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico, per circa 30 minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici per la persona.

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

anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1).

È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (2). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta. A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

$$\text{Numeratore} = \text{Persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica}$$

$$\text{Denominatore} = \frac{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (3) dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) condotta tra gennaio e marzo 2017 su un campione di 20.954 famiglie per un totale di 48.875 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di età 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano 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 partecipanti di età 14 anni ed oltre, mentre per i bambini ed i 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 2017, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 33,9% della popolazione, pari a circa 20 milioni. Tra questi, il 24,8% si dedica allo sport in

modo continuativo, mentre il 9,1% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono una attività fisica sono il 27,6% della popolazione, mentre i sedentari sono oltre 22,4 milioni, pari al 38,1%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 24,8% del 2017). Rispetto al 2016 è abbastanza stabile la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo o saltuario; si osserva, invece, un aumento significativo delle persone che praticano almeno qualche attività fisica (+1,9 punti percentuali) ed una riduzione della popolazione sedentaria (-1,1 punti percentuali). Tali andamenti riguardano sia gli uomini che le donne e si osservano, seppure in maniera differenziata, in tutte le classi di età (Tabella 1, Tabella 3).

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, verosimilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate (Tabella 2). 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 e l'Abruzzo dove, rispettivamente, il 33,2% e il 33,3% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono tutte collocate nel Meridione e sono, in ordine, la Campania (23,0%), la Sicilia (23,1%) e la Calabria (23,5%), mentre le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano, la PA di Trento e la Valle d'Aosta, rappresentano le





zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport. Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente Nord-Sud ed Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, circa o poco più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica. In particolare, in Sicilia si osserva la quota più elevata di sedentari con il 56,6%, seguita da Campania (54,2%) e Calabria (51,4%).

L'analisi territoriale mette in luce, inoltre, una maggiore tendenza alla pratica sportiva nei Comuni centro e periferie delle aree metropolitane (rispettivamente, 36,6% e 36,8%) e nei medi e grandi Comuni superiori ai 2.000 abitanti. Quote meno elevate si registrano, invece, nei piccoli Comuni fino a 2.000 abitanti (28,2%) (dati non presenti in tabella).

L'analisi temporale mostra una elevata stabilità nei comportamenti sportivi che caratterizzano le diverse regioni e, a distanza di un decennio, le mappe che li rap-

presentano risultano sostanzialmente sovrapponibili.

Lo sport è una attività del tempo libero fortemente legata all'età. La passione per lo sport è un tratto distintivo dei più giovani e raggiunge le quote più elevate tra i ragazzi di età 11-14 anni (70,0%, di cui il 60,9% in modo continuativo e il 9,1% in modo saltuario). A partire dai 15 anni di età l'interesse per la pratica sportiva inizia a diminuire anche se la quota di praticanti rimane comunque elevata fino ai 24 anni. Dai 25 anni ed oltre le quote diminuiscono progressivamente fino a raggiungere il 6,1% 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 la quota di praticanti è più elevata tra le bambine che tra i coetanei maschi. I livelli di pratica sportiva sono molto più alti, complessivamente, nel genere maschile: il 28,9% pratica sport con continuità e l'11,1% lo pratica saltuariamente, mentre per il genere femminile la percentuale è, rispettivamente, del 21,0% e del 7,2% (Tabella 3).



Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2017

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
2017	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
2015	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
2016	20,8	8,3	27,2	43,4	0,3
2017	21,0	7,2	28,9	42,5	0,4
Totale					
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
2016	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3
2017	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

59

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2017

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	25,8	10,7	29,1	34,0	0,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,9	17,1	24,7	32,1	0,2
Lombardia	28,8	11,0	30,6	29,3	0,3
Bolzano-Bozen	42,2	14,8	27,4	15,6	n.d.
Trento	30,1	16,4	37,4	15,9	0,1
Veneto	28,7	11,9	33,4	25,8	0,3
Friuli Venezia Giulia	27,0	11,7	34,7	26,5	0,1
Liguria	28,8	6,3	29,5	34,7	0,7
Emilia-Romagna	28,6	9,6	30,3	31,0	0,5
Toscana	26,1	8,9	32,9	31,7	0,4
Umbria	26,7	8,9	27,7	36,4	0,3
Marche	25,4	9,5	33,7	31,2	0,2
Lazio	28,5	8,0	22,1	40,8	0,6
Abruzzo	23,9	9,4	27,7	38,5	0,5
Molise	21,2	6,9	24,1	47,4	0,3
Campania	16,5	6,5	22,4	54,2	0,4
Puglia	20,3	7,4	23,3	48,5	0,4
Basilicata	19,6	7,4	26,4	46,4	0,1
Calabria	15,9	7,6	24,9	51,4	0,2
Sicilia	17,1	6,0	19,9	56,6	0,5
Sardegna	23,0	10,2	31,1	35,4	0,3
Italia	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2017

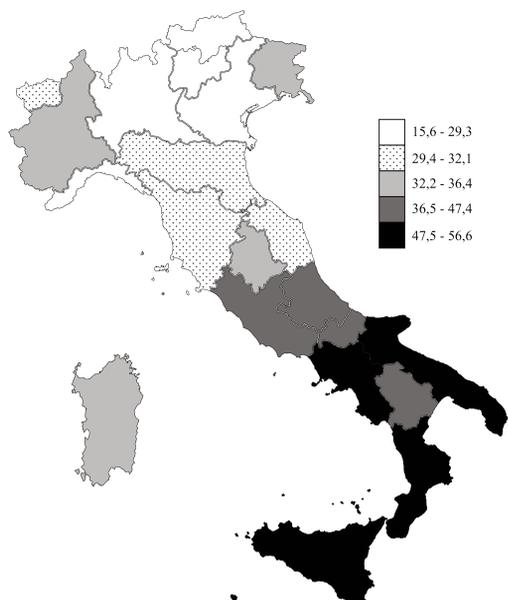


Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e per classe di età - Anno 2017

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	21,0	4,2	25,2	48,0	1,6
6-10	62,2	4,2	14,4	18,4	0,8
11-14	64,5	8,3	12,2	14,3	0,7
15-17	58,3	14,4	14,8	12,3	0,2
18-19	50,7	16,3	16,1	16,6	0,3
20-24	45,1	16,1	17,7	20,1	1,0
25-34	39,1	15,0	21,5	24,1	0,4
35-44	29,1	14,8	25,9	29,9	0,4
45-54	23,0	13,3	28,8	34,7	0,2
55-59	17,8	11,3	32,6	38,1	0,2
60-64	18,8	10,6	34,1	36,3	0,1
65-74	11,9	8,0	39,5	40,6	0,1
75+	5,5	2,7	27,2	64,1	0,5
Totale	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
Femmine					
3-5	28,2	2,5	17,7	49,7	1,9
6-10	58,7	4,8	16,3	19,3	0,8
11-14	56,8	10,0	15,9	16,8	0,5
15-17	44,6	8,5	24,4	21,6	0,8
18-19	37,2	10,1	27,6	24,8	0,3
20-24	32,3	11,4	30,5	25,2	0,7
25-34	25,8	10,7	32,1	30,9	0,4
35-44	19,2	9,4	35,4	35,9	0,1
45-54	19,1	8,4	35,3	36,9	0,3
55-59	14,9	8,9	34,1	41,7	0,4
60-64	13,5	6,9	35,5	43,8	0,3
65-74	9,0	4,0	31,0	55,8	0,2
75+	3,1	1,6	14,8	80,2	0,3
Totale	21,0	7,2	28,9	42,5	0,4
Totale					
3-5	24,6	3,4	21,5	48,8	1,7
6-10	60,5	4,5	15,3	18,8	0,8
11-14	60,9	9,1	13,9	15,5	0,6
15-17	51,9	11,6	19,3	16,6	0,5
18-19	43,8	13,1	22,0	20,8	0,3
20-24	38,8	13,8	23,9	22,6	0,8
25-34	32,5	12,9	26,8	27,4	0,4
35-44	24,1	12,1	30,7	32,9	0,2
45-54	21,0	10,8	32,1	35,8	0,2
55-59	16,3	10,0	33,4	40,0	0,3
60-64	16,2	8,7	34,8	40,1	0,2
65-74	10,3	5,9	34,9	48,7	0,2
75+	4,1	2,0	19,9	73,6	0,4
Totale	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

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 2017 non sono del tutto soddisfacenti. Dall'analisi descritta emerge che, ad oggi, il rischio di quattro persone su dieci di essere sedentarie cresce con l'aumentare dell'età ed è

più elevato tra le donne. Questi sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

La strategia europea "Guadagnare salute" (7), ad esempio, sostenuta anche dal Piano Nazionale di Prevenzione, è stata avviata in Italia da circa un decennio, per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e



dell'obesità e la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro inter-istituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Inoltre, una tra le più recenti ma antiche strategie volte ad aumentare l'attività motoria è l'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani). Ciò è vero sia per la potenzialità d'impatto sull'intera popolazione che per la molteplicità dei benefici: miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), riduzione dell'inquinamento atmosferico ed acustico e minore consumo di risorse con un risparmio economico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad esempio, nella predisposizione del Piano per l'incentivazione dell'attività fisica, per il decennio 2016-2025 (8), ha messo tra le priorità anche la promozione dell'attività fisica come parte della vita quotidiana, sia nelle modalità di trasporto che nei luoghi di lavoro.

Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello locale e, spesso, risulta difficile aderire a certe raccomandazioni a livello individuale vivendo e lavorando in un contesto che rende complicata la scelta di salute.

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

Riferimenti bibliografici

- (1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
- (2) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet* 2011; 378: 1.244-1.253.
- (3) Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/91926.
- (4) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. *Can J Public Health* 2007; 98: S109-S121.
- (5) World Health Organization (WHO). Global recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO; 2010.
- (6) World Health Organization (WHO). Physical activity, Fact sheet N° 385, February 2017.
- (7) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007 - Supplemento ordinario n. 119*.
- (8) World Health Organization (WHO). "Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025": 2015.
- (9) Iannucci L., Pugliese A., Qualiano V., Bologna E. Fattori di rischio per la salute tra i bambini e adolescenti: eccesso di peso e sedentarietà in "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute" (a cura di) Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. *Rapporti ISTISAN 16/26*. Anno 2016.





Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il tumore della mammella rappresenta, in Italia come in molti Paesi occidentali, la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di incidenza che di mortalità. Nel 2018, si stimano nel nostro Paese 52.800 nuove diagnosi di carcinomi della mammella femminile. Il rischio di ammalare aumenta con il progredire dell'età e, in particolare, dopo i 50 anni. La prognosi è buona, la sopravvivenza è pari circa all'87% a 5 anni dalla diagnosi e circa all'80% a 10 anni. Malgrado l'alta sopravvivenza e la continua tendenza alla riduzione della mortalità per questa neoplasia, nel 2015 il carcinoma mammario resta, comunque, la prima causa di morte per tumore fra le donne ed è stato responsabile di 12.274 decessi (1).

Una quota rilevante di donne vengono diagnosticate in una fase relativamente precoce, grazie anche alla disponibilità dei programmi di screening mammografico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza. Il Ministero della Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma

organizzato che offre sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni.

Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di esse si sottopone a mammografia, a scopo preventivo, 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, sia all'interno dei programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) che 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 in Italia di età 18-69 anni (2)

In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2014-2017, stimati su un campione complessivo di 27.857 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo su iniziativa spontanea

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

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioural 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, inoltre, 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 età 50-69 anni, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening mammografico spontaneo sopperisce in parte la mancanza di offerta attiva dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile che sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening mammografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare in parte l'adesione a questi ultimi.





Descrizione dei risultati

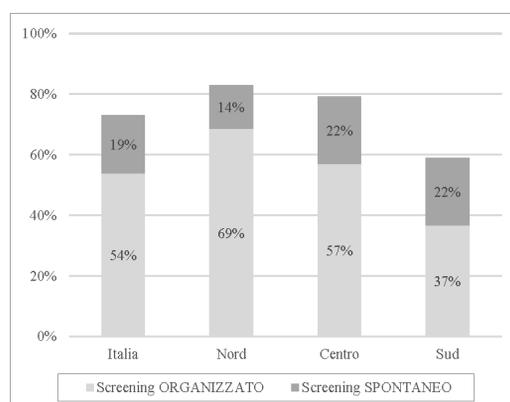
La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL. A livello nazionale, nel periodo 2014-2017, il 54% della popolazione *target* femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati).

Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono essenzialmente determinate dalle differenze nelle coperture dello screening organizzato che sono più elevate al Nord (69%), meno al Centro (57%) e ancor più basse al Sud e nelle Isole (37%). Al contrario, la geografia dello screening mammografico spontaneo è più bassa al Nord (14%) e maggiore al Centro (22%), al Sud e nelle Isole (22%) senza, tuttavia, riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato.

Nel periodo 2008-2017 è aumentata, significativamente, la copertura totale dello screening mammografico in tutto il Paese sostenuta, principalmente, dall'aumento dell'offerta dei programmi organizzati. Tuttavia, mentre nelle regioni del Meridione, dove l'offerta dei programmi organizzati è ancora bassa, continua ad aumentare anche la copertura dello screening spontaneo, nelle regioni del Nord, che hanno raggiunto una buona copertura dello screening organizzato, inizia a ridursi significativamente la quota di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea.

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore nella classe di età 50-59 anni (24%), tra le più istruite (28%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (20%) (dati non presenti nei grafici).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2014-2017



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2018.

Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2014-2017

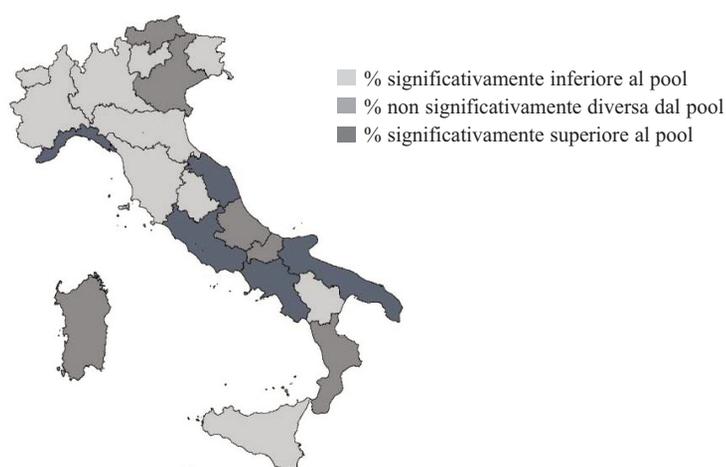
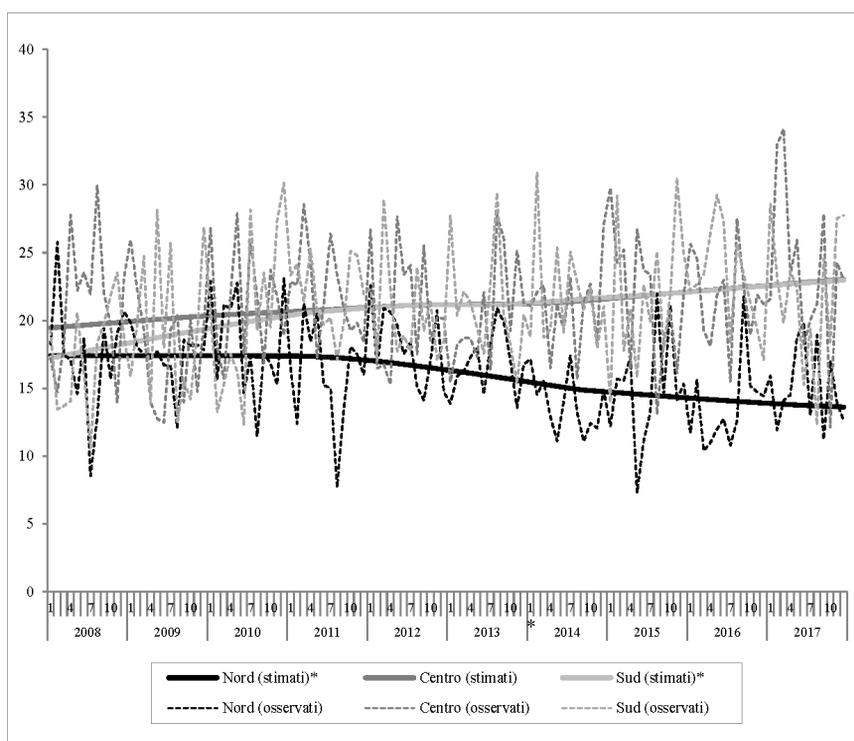


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2017



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (LOWESS, locally weighted scannerplot smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2014-2017, quasi nove donne su dieci di età 50-69 anni dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della mammella fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening mammografico con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito dei programmi organizzati che su iniziativa spontanea. Infatti, il 35% delle donne di età 50-69 anni si sottopone a screening mammografico nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo state raggiunte da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale al 64% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a mammografia preventiva, al 76% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL e raggiunge

l'84% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, può certamente contribuire ad aumentare la quota di donne che si sottopone a test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella.

Riferimenti bibliografici

- (1) I numeri del cancro in Italia, 2018. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/10/2018_Numeri-Cancro-operatori.pdf. Ultimo accesso 23 novembre 2018.
- (2) La sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi (ultimo accesso 28 gennaio 2019).



Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. In Italia, nel 2018, si stimano 2.400 nuovi casi di tumore della cervice uterina (pari all'1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne). Questa neoplasia è più frequente nella fascia giovanile (4% dei casi, quinta neoplasia più frequente), mentre dopo i 50 anni rappresenta, complessivamente, l'1% dei tumori femmili.

La sopravvivenza è pari al 68% a 5 anni dalla diagnosi e al 61% a 10 anni. Nonostante la mortalità per carcinoma del collo dell'utero si sia notevolmente ridotta negli ultimi decenni, in concomitanza con la diffusione del test di Papanicolaou (Pap test) e, più recentemente, anche del test per l'*Human Papilloma Virus* (HPV), si registrano ancora oggi alcune centinaia di decessi evitabili ogni anno. Nel 2015, dei 2.951 decessi per tumore dell'utero, 435 sono stati determinati da tumore della cervice uterina (1).

L'esecuzione dello screening è raccomandata ogni 3 anni alle donne di età 25-64 anni. Le Linee Guida euro-

pee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Aziende Sanitarie Locali (ASL), e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone ai test di screening raccomandato su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) (2) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, sia all'interno dei programmi organizzati dalle ASL che su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2014-2017, stimati su un campione complessivo di 55.086 donne di età 25-64 anni.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo su iniziativa spontanea

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

Validità e limiti. In contesti diversi da quelli italiani, i dati riferiti sono stati più volte confrontati 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, inoltre, che in Italia i registri dei programmi organizzati non forniscono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi. Tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

Nelle realtà dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di età 25-64 anni, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molti contesti, invece, lo screening spontaneo per il tumore della cervice uterina sopperisce la mancanza di offerta attiva dei 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 disincantare, in parte, l'adesione a quest'ultimi.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2014-2017 il 45% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV) aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 33%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati su iniziativa spontanea.





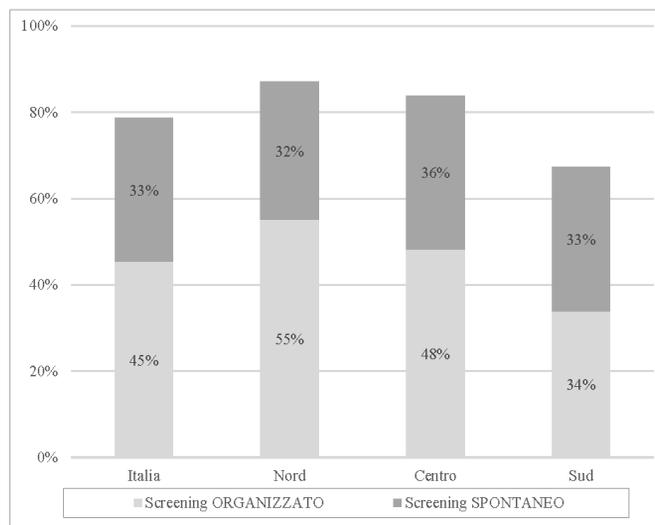
Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito dei programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (55% vs 32% nel Nord e 48% vs 36% nel Centro). Nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito dei programmi organizzati è fra le più basse ed è sovrapponibile a quella delle donne che lo fa su iniziativa spontanea (34% vs 33%) (Grafico 1).

Dal 2008 al 2017, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice

uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile nelle regioni del Sud e nelle Isole e diminuisce, significativamente, nelle regioni del Nord e del Centro.

La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore nella fascia di età 35-49 anni (38%) e tra le più istruite (42%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 36% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 27% fra quelle con molte difficoltà economiche (dati non presenti nei grafici).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2014-2017



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2018.

Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2014-2017

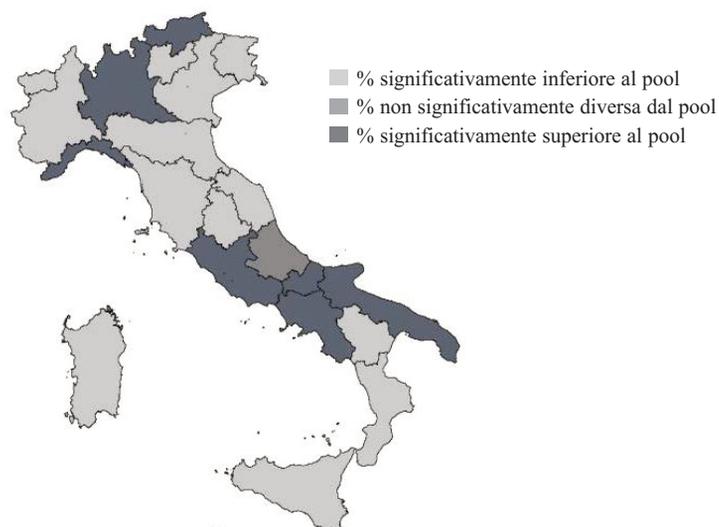
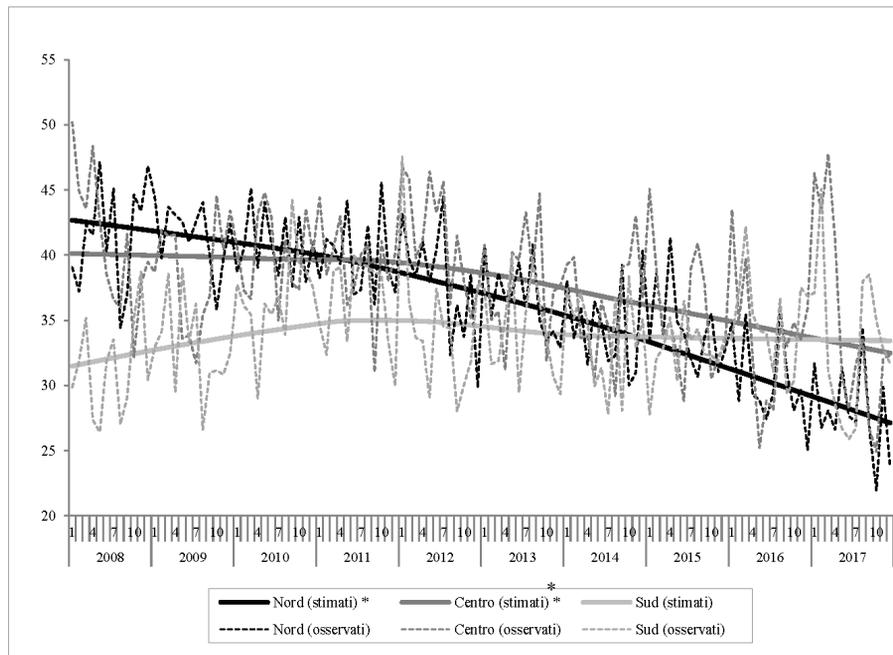


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2017



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (LOWESS, locally weighted scatterplot smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2014-2017, otto donne su dieci di età 25-64 anni dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening cervicale con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati che su iniziativa spontanea. Infatti, il 45% delle donne di età 25-64 anni si sottopone a screening cervicale nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo state raggiunte da alcuna iniziativa di promozione. Questa quota sale oltre l'80% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL, all'83% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico e

sfiora il 90% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, può certamente contribuire ad aumentare la quota di donne che si sottopone a test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina.

Riferimenti bibliografici

- (1) I numeri del cancro in Italia, 2018. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/10/2018_Numeri-Cancro-operatori.pdf. Ultimo accesso: 23 novembre 2018.
- (2) La sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi (ultimo accesso 28 gennaio 2019).



Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto è uno dei tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana, secondo solo al tumore della prostata negli uomini e al tumore della mammella nelle donne.

In Italia, nel 2018, si stimano 51.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (pari al 15% di tutti i tumori incidenti fra gli uomini e al 13% nelle donne).

La sopravvivenza per il tumore del colon è pari al 66% a 5 anni dalla diagnosi (64% a 10 anni), mentre per il tumore del retto è del 62% a 5 anni dalla diagnosi (58% a 10 anni); per entrambe le sedi la sopravvivenza è omogenea fra uomini e donne, ma non per area geografica. Infatti, nelle regioni meridionali si osservano tassi di sopravvivenza più bassi.

La mortalità per questa neoplasia è in riduzione nel tempo e nel 2015 si sono osservati 18.935 decessi per carcinoma del colon-retto. (1)

La ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) e l'endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) sono i principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici. Lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità.

Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione in età 50-69 anni, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale o l'esecuzione della retto-sigmoidoscopia o colonscopia (la cui cadenza non è stata definita in modo univoco). La maggior parte delle ASL offre alle persone di età 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni (con colonscopia, come test di secondo livello, nei casi positivi al SOF), mentre altre offrono la colonscopia o retto-sigmoidoscopia mediamente ogni 5 anni. Infine, poche ASL, fra cui tutte quelle del Piemonte, offrono la retto-sigmoidoscopia una sola volta nella fascia di età 58-60 anni.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) (2) rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, sia all'interno dei programmi organizzati dalle ASL che su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2014-2017, stimati su un campione complessivo di 48.714 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

Percentuale di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa spontanea

Numeratore	<p>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) a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati o su iniziativa spontanea</p>	
		x 100
Denominatore	<p>Persone di età 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 nell'interpretazione di questo dato.

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività 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.

Descrizione dei risultati

La copertura nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso. Dai dati PASSI del periodo 2014-2017 risulta che solo il 45% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorettali.

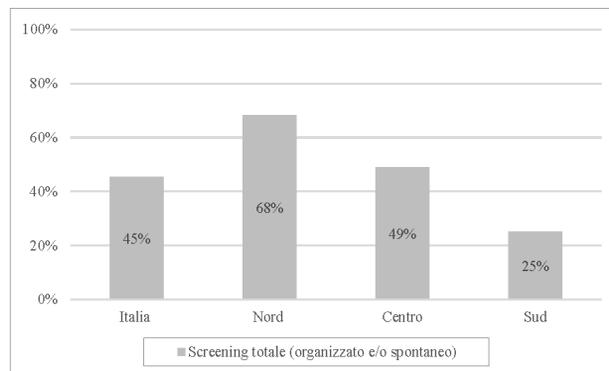
Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (68%), ma è significativamente più basso fra i residenti del

Centro (49%) e del Sud ed Isole (25%). Il dato più elevato di copertura si registra nella PA di Trento con il 74%, quello più basso in Puglia con il 12% (dati standardizzati per genere ed età).

Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese.

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente nella classe di età 60-69 anni (50% vs 42% nella fascia di età 50-59 anni), nelle persone più istruite (50% laureati vs 40% senza titolo di studio o con licenza elementare) e tra le persone senza difficoltà economiche (56% vs 32% fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche), tra gli italiani rispetto agli stranieri (46% vs 39%) e fra gli uomini rispetto alle donne (47% vs 44%) (dati non presenti nei grafici).

Grafico 1 - Quota media (valori 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) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2014-2017



Nota: i dati delle ASL Piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL in quanto offrono programmi di screening colorettali ad una fascia di popolazione diversa e con cadenza diversa.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2018.

Quota media (valori 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) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2014-2017

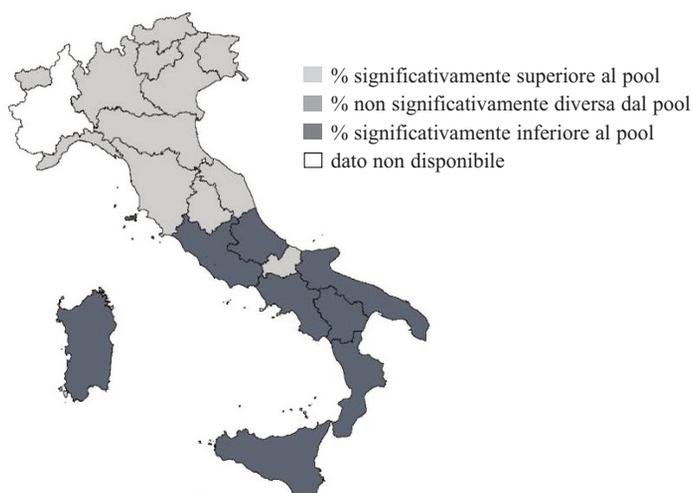
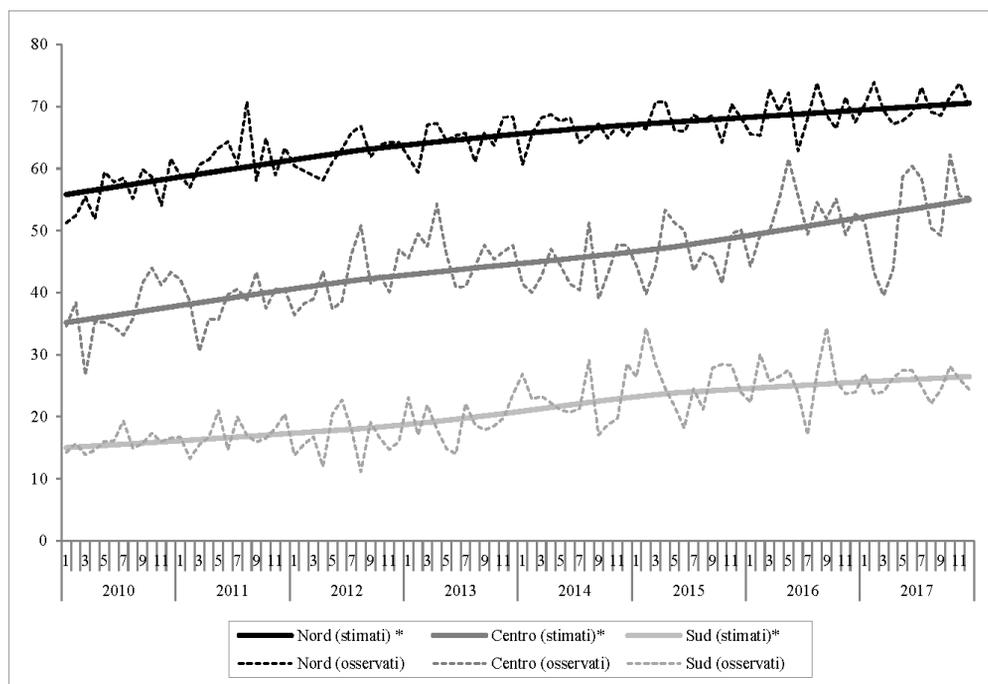


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2017



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (LOWESS, locally weighted scannerplot smoothing) sui dati osservati mensili. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2014-2017, oltre la metà delle persone di età 50-69 anni (67%) è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto, in particolare della ricerca del SOF. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della ASL, consiglio del medico curante e campagna informativa). Tra coloro che non sono stati raggiunti da alcun intervento di promozione, solo il 3% si sottopone a SOF, ma tale quota sale al 56% fra coloro che hanno ricevuto la lettera della ASL e al 72% fra coloro che hanno ricevuto sia la lettera che il consiglio del medico. La lettera di invito da parte della ASL

potrebbe non essere sufficiente a garantire l'adesione ai programmi di screening organizzati, mentre la promozione di campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione, aumenterebbe l'adesione dei pazienti allo screening.

Riferimenti bibliografici

- (1) I numeri del cancro in Italia, 2018. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/10/2018_NumeriCancro-operatori.pdf. Ultimo accesso: 23 novembre 2018.
- (2) La sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi (ultimo accesso 28 gennaio 2019).