

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che ogni anno le malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*-NCDs) uccidono 41 milioni di persone, pari al 71% di tutti i decessi a livello globale.

Nella classe di età 30-69 anni muoiono ogni anno 15 milioni di persone per una malattia non trasmissibile e oltre l'85% di questi decessi si verifica in Paesi a basso e medio reddito. 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, influendo 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. È stato calcolato che le NCDs colpiscono in modo sproporzionato le persone nei Paesi a basso e medio reddito in cui si verificano circa 32 milioni dei decessi globali per NCDs, pari a più di tre quarti del totale. La povertà, dunque, è strettamente legata alle NCDs. Le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate si ammalano e muoiono prima delle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché sono maggiormente a rischio di essere esposte a prodotti nocivi, come il tabacco o pratiche alimentari non salutari, e hanno un accesso limitato ai servizi sanitari.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte dei decessi per NCDs, ovvero 17,9 milioni di persone all'anno, seguite da tumori (9,0 milioni), malattie respiratorie (3,9 milioni) e diabete (1,6 milioni). Questi 4 gruppi di malattie rappresentano oltre l'80% di tutte le morti premature dovute a NCDs.

L'uso di tabacco, l'inattività fisica, il consumo di alcol, una dieta inadeguata e l'eccesso di peso rappresentano fattori di rischio in grado di aumentare il rischio di mortalità per NCDs, sia singolarmente che in maniera complessiva. Tali fattori di rischio rappresentano fattori comportamentali nella maggior parte modificabili per i quali è fondamentale il rilevamento, lo screening e il contrasto.

Il tabacco, anche a causa degli effetti dell'esposizione al fumo passivo, causa circa 7 milioni di decessi ogni anno e si prevede che il suo impatto aumenterà notevolmente nei prossimi anni. Inoltre, 4,1 milioni di decessi annuali sono stati attribuiti all'assunzione eccessiva di sale, concausa dell'ipertensione. Più della metà dei 3,3 milioni di decessi annuali attribuibili all'uso di alcol sono riferibili a NCDs, incluso il cancro. Infine, 1,6 milioni di decessi all'anno possono essere attribuiti a una insufficiente attività fisica.

Tali fattori di rischio contribuiscono a determinare quattro principali cambiamenti metabolici che, a loro volta, aumentano il rischio di NCDs: ipertensione, sovrappeso/obesità, iperglicemia e iperlipidemia. L'aumento della pressione arteriosa, a cui sono attribuiti il 19% dei decessi globali, rappresenta il principale fattore di rischio metabolico a livello globale, seguita da sovrappeso/obesità, iperglicemia e iperlipidemia.

Per ridurre l'impatto delle NCDs sugli individui e sulla società, è necessario un approccio globale che richieda a tutti i settori, inclusi sanità, finanza, trasporti, istruzione, agricoltura, pianificazione e altri, di collaborare in maniera organica per promuovere interventi per la loro prevenzione e contrasto. Il Piano Nazionale di Prevenzione (sia quello vigente, 2014-2019, sia quello in corso di elaborazione 2020-2025, coerentemente con quanto esplicitato dal DPCM del 12 gennaio 2017) ha messo in evidenza tra i suoi macrobiettivi proprio la "riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle NCDs".

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile riconosce le NCDs come una grande sfida globale. Nell'ambito dell'Agenda, i capi di Stato e di Governo si sono impegnati a sviluppare risposte nazionali ambiziose, entro il 2030, per ridurre di un terzo la mortalità prematura dovuta alle NCDs, attraverso la prevenzione, il trattamento e la promozione della salute e del benessere (Obiettivi di Sviluppo Sostenibile corrispondenti: *Sustainable Development Goals Target* 3,4). Questo obiettivo proviene dalle riunioni ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCDs del 2011 e 2014, che hanno ribadito il ruolo di *leadership* e coordinamento dell'OMS nella promozione e nel monitoraggio dell'azione globale contro queste patologie.

In Italia, l'adozione di obiettivi specifici, quali quelli definiti dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2020, risponde all'esigenza di garantire un sistema di monitoraggio che, coerentemente con la necessità di analizzare e valutare le dimensioni previste dagli Obiettivi, giunge a fornire un quadro completo sugli stili di vita attraverso l'analisi dei principali fattori di rischio oggetto di attività di prevenzione, promozione della salute, intervento sanitario, riabilitazione e, non ultimo, reinserimento sociale. Un monitoraggio epidemiologico formalizzato

E. BOLOGNA

26

attraverso il recente nuovo quadro normativo, dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (che inserisce 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) che dal DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (che inserisce, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull'alcol fra quelli a rilevanza nazionale).

L'obiettivo della riduzione del 25% della mortalità prematura da NCDs entro il 2025, in Italia, rappresenta lo scopo finale di una azione complessa mirata a fornire le basi comuni di intervento e gli elementi utili per la sensibilizzazione, rafforzando l'impegno nelle *policy* nazionali e regionali dedicate e la promozione di una azione globale per affrontare queste malattie invalidanti e mortali.

Per mettere in evidenza i trend in atto sui diversi fenomeni analizzati, è necessario considerare da una parte l'impatto epidemiologico di fattori di rischio come il consumo di alcol, l'abitudine al fumo, la carenza di attività fisica e il sovrappeso/obesità generale e infantile, e dall'altra il monitoraggio delle attività di prevenzione tramite screening (mammografico, cervice uterina e colon-retto), come proposto in questo Capitolo.

L'importanza di tutto ciò dipende dalla consapevolezza che per avviare i cambiamenti richiesti è necessario partire da un elevato livello di conoscenza individuale e collettiva sia dei danni e dei rischi legati ai comportamenti non salutari sia di quanto questi siano diffusi sul territorio in maniera differenziata e tra i diversi *target* di popolazione.

I risultati degli studi condotti evidenziano alcuni segnali positivi e testimoniano l'importanza e l'efficacia delle strategie preventive se adottate adeguatamente.

Tuttavia, in molti ambiti si avverte ancora la necessità di proseguire ed ampliare gli interventi di educazione alla salute in atto o di intraprendere nuove misure di provata efficacia per controllare la diffusione di comportamenti a rischio e promuovere l'offerta dei servizi di prevenzione. Questo in maniera personalizzata nei diversi *target* di popolazione, con particolare attenzione verso i gruppi più vulnerabili.

Fumo di tabacco

Significato. Secondo il Report on the global tobacco epidemic 2019 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 6 milioni di morti causate dal tabacco sono il risultato del consumo diretto, mentre circa 890 mila sono il risultato del fumo passivo. Inoltre, quasi 1'80% degli 1,1 miliardi di fumatori del mondo vive in Paesi a basso e medio reddito.

Le azioni volte ad aumentare la consapevolezza dello stretto legame tra la salute del cuore, 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) (2).

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

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

Numeratore Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo

x 100

Denominatore Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre

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

Per l'indagine relativa al 2018, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interview/Paper And Pen Interview sequenziale*.

L'indagine è stata condotta su un campione di circa 28.000 famiglie.

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

Descrizione dei risultati

I dati più recenti a disposizione indicano che in Italia, nel 2018, tra le persone di età 14 anni ed oltre i fumatori sono circa 10 milioni, pari al 19,0% della popolazione in questa fascia di età. L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne (23,3% *vs* 15,0%). Gli uomini, inoltre, registrano una prevalenza maggiore di ex-fumatori (30,1% *vs* 17,2%).

A livello territoriale, la graduatoria in ordine decrescente rispetto alla percentuale di fumatori vede al 1° posto il Lazio (23,4%), seguito da Umbria (20,5%) e Marche (20,4%). La Calabria ha la più bassa percentuale di fumatori (16,2%), seguita da Friuli Venezia Giulia (16,4%) e Veneto (16,7%) (Grafico 1).

Anche nel 2003 il Lazio deteneva il primato in termini di quota di fumatori, sebbene il valore raggiungesse il 27,0% della popolazione di età 14 anni ed oltre. Negli ultimi 15 anni, Campania, Emilia-Romagna e PA di Bolzano, hanno fatto i progressi maggiori in termini di riduzione della quota di fumatori.

Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali si evidenzia una percentuale superiore di

fumatori nei Comuni grandi rispetto a quelli con meno di 2.000 abitanti (rispettivamente, 20,4% e 18,3%), sia nel centro che nella periferia dell'area metropolitana. Va segnalato, comunque, che nel 2003 si registrava una distanza maggiore nelle abitudini al fumo tra Comuni di grandi e piccole dimensioni (26,0% vs 21,4%).

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, evidenzia forte stabilità in quanto, nel 2018, presenta un valore di 23,4% che risulta in linea con quanto rilevato nell'ultimo quadriennio (il valore del 2017 era 22,7%).

La prevalenza maggiore di ex-fumatori, nel 2018, si ha in Sardegna, capofila tra le regioni con il 27,7% della popolazione di età 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore.

In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, sono le regioni del Centro quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (25,6%), mentre le regioni meridionali quelle in cui la prevalenza è più bassa e pari a 19,8% (Tabella 1).

Tra i fumatori, le fasce di età con differenze maggiori rispetto al valore nazionale sono per gli uomini quella dei giovani di età 20-24 anni e dei giovani adulti di età 25-34 anni in cui si arriva, rispettivamente, al 32,4% e al 32,0%. Anche tra le donne è la fascia di età 20-24 anni quella con la quota più elevata di fumatrici (22,2%), seguita dalle classi 55-59 (20,6%) e 45-54 anni (19,1%).

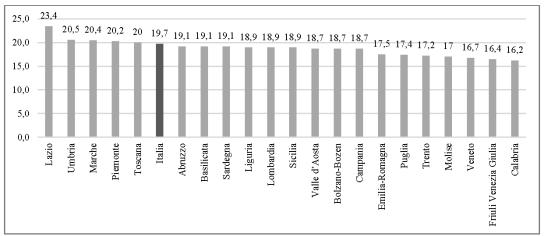
Il numero medio di sigarette fumate al giorno, nel 2018, è pari a 11,1, in diminuzione rispetto al 2003 (13,8 sigarette in media), ma sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni. I più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (12,3 vs 9,5 sigarette fumate in media). Gli uomini nella classe di età 60-64 anni rappresentano i fumatori più "forti" (14,7 sigaret-

te in media), mentre per le donne è la classe di età 55-59 anni quella in cui fumano di più (11,2 sigarette in media) (Tabella 2).

Imprescindibile appare porre l'attenzione alle fasce di età più giovani. Per i giovani di età 13-15 anni, particolarmente informativi risultano i dati del 2018 dell'Indagine globale sul tabacco e i giovani (*Global Youth Tobacco Survey*), promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dai *Centers for*

Disease Control and Prevention (3). Le aree esplorate sono la prevalenza del fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco e di cinque determinanti dell'abitudine al fumo. I risultati più rilevanti evidenziano che più di uno studente su cinque di età 13-15 anni fuma tabacco e l'analisi di genere mostra che la diffusione è maggiore tra le femmine rispetto ai coetanei maschi (23,6% vs 16,2%). La metà degli intervistati ha, inoltre, riferito di aver respirato fumo passivo in casa.

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2018



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.



-�

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

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 2018

Regioni/Macroaree	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	
Piemonte	20,2	25,3	54,0	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,7	25,5	54,7	
Lombardia	18,9	24,5	55,3	
Bolzano-Bozen	18,7	22,8	58,1	
Trento	17,2	26,5	55,7	
Veneto	16,7	23,3	58,8	
Friuli Venezia Giulia	16,4	26,2	56,9	
Liguria	18,9	24,5	55,8	
Emilia-Romagna	17,5	26,2	55,8	
Toscana	20,0	26,7	52,5	
Umbria	20,5	24,6	54,6	
Marche	20,4	25,4	52,9	
Lazio	23,4	25,1	50,9	
Abruzzo	19,1	24,0	56,0	
Molise	17,0	23,8	58,0	
Campania	18,7	18,5	62,0	
Puglia	17,4	20,2	61,0	
Basilicata	19,1	20,1	58,5	
Calabria	16,2	18,9	63,8	
Sicilia	18,9	19,5	60,3	
Sardegna	19,1	27,7	52,0	
Italia	19,0	23,4	56,6	
Nord-Ovest	19,2	24,8	55,0	
Nord-Est	17,0	24,8	57,3	
Centro	21,7	25,6	52,0	
Sud	18,0	19,8	61,2	
Isole	19,0	21,5	58,2	
Densità abitative				
Comune centro dell'area metropolitana	20,4	23,9	54,9	
Periferia dell'area metropolitana	19,6	25,0	54,3	
Fino a 2.000 abitanti	18,3	23,1	57,6	
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,7	22,2	58,0	
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,0	22,9	57,2	
50.001 abitanti ed oltre	17,8	24,3	57,0	

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 2019.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2018

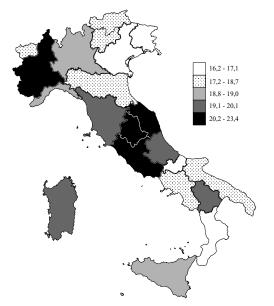




Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2018

		Maschi			Femmine			Totale	
Classi di età	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	7,9	2,7	6,4	4,6	2,8	8,0	6,3	2,7	7,0
18-19	21,8	8,4	8,7	16,4	4,1	6,6	19,0	6,2	7,8
20-24	32,4	11,2	9,4	22,2	9,0	7,0	27,7	10,1	8,5
25-34	32,0	17,1	11,1	17,9	15,3	8,9	25,1	16,2	10,3
35-44	30,3	25,3	12,3	17,8	18,7	9,0	24,0	22,0	11,1
45-54	26,3	27,4	13,7	19,1	18,9	9,6	22,6	23,1	11,9
55-59	24,2	35,4	14,6	20,6	22,5	11,2	22,4	28,8	13,0
60-64	21,1	42,1	14,7	16,6	23,3	10,8	18,8	32,3	12,8
65-74	16,3	48,3	13,2	11,6	22,0	10,4	13,8	34,2	11,9
75+	7,3	52,5	9,9	4,2	13,9	9,7	5,5	29,8	9,8
Totale	23,3	30,1	12,3	15,0	17,2	9,5	19,0	23,4	11,1

^{*}Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS dedica l'Edizione del 2019 della Giornata mondiale senza tabacco al tema "Tabacco e salute dei polmoni", con l'obiettivo di informare la popolazione sull'impatto negativo che il tabacco ha sulla salute dei polmoni, dal cancro alle malattie respiratorie croniche, che sono in forte aumento soprattutto tra le donne (4). La strategia dell'Italia attraverso l'azione del Ministero della Salute si articola su tre fronti: "Proteggere la salute dei non fumatori", "Ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori" e "Sostenere la cessazione degli attuali fumatori". Il primo obiettivo è perseguibile con azioni di sostegno, monitoraggio e ampliamento della legislazione di controllo del tabagismo; il secondo attraverso programmi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; il terzo attraverso la formazione dei professionisti sanitari e non e l'attuazione di programmi di comunità.

La campagna di sensibilizzazione in termini di corre-

lazione tra fumo di tabacco ed insorgenza di malattie cardiache è una priorità, soprattutto alla luce dei dati analizzati che vedono nelle classi di età più giovani quelle con maggiore prevalenza di fumatori in entrambi i generi. Inoltre, non bisogna abbassare l'attenzione rispetto ai danni causati dall'esposizione al fumo passivo: secondo l'OMS, infatti, in Italia sono quasi 900 mila i decessi provocati dal tabacco nei non fumatori esposti al fumo passivo (secondhand smoke) (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito:
- www.who.int/tobacco/global_report/en.
- (2) Istat, Statistica Report, L'evoluzione della mortalità per causa, Anni 2003-2014, 4 maggio 2017.
- (3) Gyts 2018: la raccolta dati in Italia. Disponibile sl sito: www.epicentro.iss.it/gyts/Indagine2018.
- (4) Ministero della Salute, Rapporto 2018 sulla prevenzione e controllo del tabagismo. Anno 2019.
- (5) Disponibile sul sito: www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.

Sigaretta elettronica

Significato. La sigaretta elettronica rappresenta un fenomeno relativamente nuovo e di interesse nell'analisi degli stili di vita.

Di estrema attualità è il tema della sicurezza di questo dispositivo visto da molti come una valida alternativa al fumo tradizionale di sigaretta, con una funzione di prevenzione nei confronti delle patologie oncologiche fumo-correlate (1). Negli ultimi mesi, tuttavia, negli Stati Uniti decine di persone che utilizzano abitual-

mente le sigarette elettroniche sono state ricoverate in ospedale per problemi respiratori, in alcuni casi molto gravi. I *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), tra gli organismi sanitari più importanti degli Stati Uniti, hanno diffuso un comunicato ad agosto 2019 invitando i consumatori a non acquistare prodotti non ufficiali per le sigarette elettroniche sui quali non possono essere esercitati i necessari controlli (2).

Prevalenza di persone per abitudine all'uso della sigaretta elettronica

Numeratore Persone di età 18 anni ed oltre per abitudine all'uso della sigaretta elettronica x 100

Denominatore Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine all'uso della sigaretta elettronica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana".

Per l'indagine relativa al 2018, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interview/Paper And Pen Interview.*

L'indagine è stata condotta su un campione di circa 28.000 famiglie.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza degli utilizzatori di sigaretta elettronica può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2018, il fenomeno riguarda il 2,4% della popolazione di età 18 anni ed oltre. Come accade per il fumo di sigaretta tradizionale, gli uomini mostrano una propensione maggiore, con una prevalenza di utilizzatori del 3,3% rispetto all'1,5% delle donne (Grafico 1). L'abitudine all'utilizzo di *e-cig* risulta cresciuta nel tempo, ma non in modo rilevante se confrontata con i dati del 2004 (prevalenza del 2,1% degli uomini e 1,1% delle donne).

L'analisi territoriale mostra Lazio, Liguria, Marche e Umbria come le regioni con maggiori percentuali di utilizzatori di *e-cig*. Appaiono, invece, non affezionati all'uso di questo dispositivo gli abitanti della Calabria, PA di Trento, Basilicata e Puglia (Grafico 2).

In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, l'uso della sigaretta elettronica risulta più diffuso nel Centro con una prevalenza del 3,1%, seguito dal Nord (2,4%) e dal Mezzogiorno (1,9%). Si nota una inversione rispetto al 2014 tra Nord e Centro. Inoltre, la sigaretta elettronica è più frequentemente utilizzata nei centri abitati più grandi: la usa il 3,2% dei residenti nei Comuni che costituiscono il centro di un'area metropolitana rispetto al 2,0% dei residenti nei Comuni con al massimo 2.000 abitanti.

Nel 2018, il 4,1% dei maggiorenni (rispettivamente, il 5,3% degli uomini e il 3,0% delle donne) dichiara di essere un *ex* utilizzatore di *e-cig*.

Imprescindibile appare porre l'attenzione alle fasce di età più giovani (4).

Per i giovani di età 13-15 anni particolarmente informativi risultano i dati del 2018 dell'Indagine globale sul tabacco e i giovani (*Global Youth Tobacco Survey*)¹, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dai CDC (3).

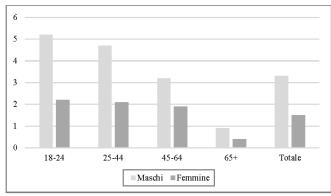
Le aree esplorate sono la prevalenza del fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco e di cinque determinanti dell'abitudine al fumo. A riguardo delle *e-cig* i risultati più rilevanti evidenziano che circa il 18,0% dei ragazzi sono utilizzatori, dato nettamente in aumento rispetto all'8% circa rilevato dalla stessa indagine nel 2014. La differenza di genere mostra una prevalenza maggiore negli uomini (21,9% *vs* 12,8% nelle donne).

¹ La 3ª raccolta dati della sorveglianza Global Youth Tobacco Survey è stata effettuata in Italia nell'anno scolastico 2017-2018. L'indagine ha coinvolto 33 scuole secondarie di 1° grado (28 hanno accettato di partecipare, 2 non hanno risposto e 3 hanno rifiutato) e 33 scuole secondarie di 2° grado (30 hanno accettato di partecipare, 1 non ha risposto e 1 ha rifiutato) per un totale di quasi 1.700 studenti coinvolti.



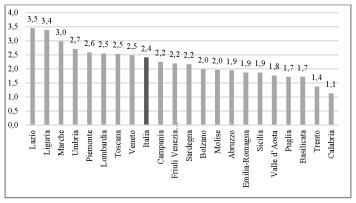


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per genere e classe di età - Anno 2018



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per regione - Anno 2018



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS dedica l'Edizione del 2019 della giornata mondiale senza tabacco al tema "Tabacco e salute dei polmoni". Tra i prodotti studiati, accanto alla sigaretta tradizionale ci sono anche le e-cig. Secondo quanto riportato dall'OMS e dai CDC, le sigarette elettroniche sono meno dannose di quelle tradizionali, ma questo non vuol dire che non lo siano affatto. Anche il vapore delle sigarette elettroniche, infatti, contiene sostanze pericolose per la salute come metalli pesanti, nicotina (in alcune e-cig) e composti organici volatili e cancerogeni (5). Importante è evidenziare che al 31 ottobre 2019 sono stati segnalati ai CDC 1.888 casi di malattia polmonare associata all'uso di e-cig e 37 decessi. Di particolare attualità ed interesse, dunque, appare la divulgazione di messaggi corretti che informino la popolazione sui rischi correlati al fumo sia delle sigarette tradizionali che delle e-cig, per evitare che la percezione errata di una assenza totale di rischio nel vaping esiti in un aumento degli utilizzatori.

Infine, vanno mantenuti i controlli periodici sul territorio per assicurare il rispetto delle normative vigenti secondo le quali le sigarette elettroniche sono per molti aspetti equiparate ai tabacchi, per cui hanno stringenti regole di sicurezza e la loro vendita è vietata ai minori di età 18 anni (6, 7).

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/corretta-informazione/la-sigaretta-elettronica-e-meno-pericolosa-della-sigaretta-di-tabacco.

(2) Severe Pulmonary Disease Associated with Using E-Cigarette Products, 30 agosto 2019. Disponibile sul sito: https://emergency.cdc.gov/han/han00421.asp.

(3) Gyts 2018: la raccolta dati in Italia. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/gyts/Indagine2018.

(4) Disponibile sul sito: www.smo-king.it/unione-europea-contro-lo-svapo-nei-media.

(5) United States Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2016.

(6) D. Lvo 12 gennaio 2016, n. 6. Titolo III: sigarette elettroniche e prodotti da fumo a base di erbe e misure a tutela dei minori. Disponibile sul sito:

www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Italy/Italy%20-%20Legislative%20Decree%20No.%206%20of%20Jan.%2012%2C%202016%20-%20national.pdf.

(7) Codice del consumo D Lgs n. 206/2005 Artt. 128-135. Garanzia legale di conformità e garanzie commerciali per i beni di consumo. Disponibile sul sito: www.conformgest.it/images/pdf/legge.pdf.



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Consumo di alcol

Significato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che, nel 2016, 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, 2).

L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre 200 condizioni patologiche (3) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali e immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro (4), come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer* (5); si stima che l'87% dei decessi attribuibili all'alcol è causato dai seguenti gruppi di patologie: cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e lesioni (98% nelle donne e 83% negli uomini) (2).

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di comportamenti che comportano rischi per la salute del singolo bevitore e della comunità, l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), sulla base anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di

Alcologia e del Ministero della Salute, ha costruito un indicatore di sintesi per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana, tenendo conto delle seguenti indicazioni: all'età <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 (UA = 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	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-17 anni	X 100
Prevalenza di cons	sumatori (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 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 cons	sumatori (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	100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18-64 anni	x 100

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

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

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

_____ x 100

Denominatore Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 65 anni ed oltre

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".

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 19,5%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 20,0%, donne 8,1%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 35,0%, donne 8,6%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2018, la prevalenza 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, è stata del 32,8% ed è diminuita rispetto al 2017 sia a livello nazionale che regionale, ad eccezione di Umbria, Marche, Campania e Puglia.

Complessivamente, la prevalenza dei non consumatori è diminuita di 1,1 punti percentuali, verosimilmente per la riduzione degli astemi (-1,0 punto percentuale). Riguardo agli astinenti degli ultimi 12 mesi, a livello

nazionale si registra una riduzione di 0,2 punti percentuali; tra le regioni con valori superiori di almeno 1 punto percentuale, in controtendenza rispetto al dato Italia, si segnalano la PA di Trento e la Calabria che hanno registrato, rispettivamente, un incremento di astinenti di 1,9 e 1,2 punti percentuali; si segnala, tuttavia, che nella precedente rilevazione nella PA di Trento era stata osservata una diminuzione significativa. La prevalenza dei consumatori risulta aumentata in modo significativo in Basilicata (+6,7 punti percentuali), seguita da Lazio, Calabria e Toscana (rispettivamente, +5,4, +3,9 e +2,8 punti percentuali); tale incremento è verosimilmente da attribuire a una riduzione significativa degli astemi in tutte le regioni sopra menzionate.

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2018, è pari al 23,4% per gli uomini e all'8,9% per le donne e, per entrambi i generi, non si registrano variazioni significative rispetto al 2017.

Per quanto riguarda il genere femminile, a livello regionale la prevalenza è aumentata quasi ovunque, col valore maggiore registrato nella PA di Bolzano (+6,3 punti percentuali), regione in cui risulta importante sottolineare che, nel 2017, era stata rilevata, al contrario, una diminuzione di 8,1 punti percentuali; l'unica regione in cui si registra una diminuzione rispetto alla precedente rilevazione è la Puglia (-2,7 punti percentuali).

Confrontando la prevalenza di consumatori a rischio per genere, in tutte le realtà territoriali risulta più elevata tra gli uomini rispetto alle donne.

Nel 2018, le regioni con valori elevati di prevalenza di consumatori a rischio tra gli uomini sono: PA di Bolzano (34,3%), Valle d'Aosta (33,0%), PA di Trento (32,3%), Molise (29,3%), Veneto (29,2%), Sardegna (27,8%), Friuli Venezia Giulia (27,5%), Toscana (26,5%), Piemonte (25,9%) ed Emilia-Romagna (25,8%); viceversa, valori inferiori si rilevano in Sicilia (13,8%), Campania (17,4%) e Lazio (20,0%). Nello stesso anno





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

tra le donne si rilevano valori elevati di consumatrici a rischio in Valle d'Aosta (16,7%), PA di Bolzano (14,8%), Emilia-Romagna (12,8%) Friuli Venezia Giulia (11,7%), Umbria (11,6%), Toscana (11,5%), Veneto (11,1%) e Piemonte (11,0%), mentre valori inferiori al dato italiano si registrano, come per gli uomini, soprattutto in Sicilia (4,3%) e Campania (5,3%) seguite da Calabria (6,1%), Sardegna (6,2%) e Puglia (6,7%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di età 11-17 anni, nel 2018, è pari a 19,5% (M=21,3%; F=17,8%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2017.

A livello regionale si rileva un nuovo aumento dei consumatori a rischio (uomini+donne) nella PA di Bolzano (29,9% vs 15,1%), dove si è azzerata, quindi, la diminuzione registrata lo scorso anno, e in Calabria (27,2% vs 15,0%); una riduzione complessiva, invece, si osserva soprattutto nelle Marche (15,7% vs 28,2%) e in Valle d'Aosta (15,7% vs 30,0%).

Nonostante i valori in diminuzione rispetto al 2017, la Puglia e la Sardegna continuano a registrare valori superiori alla media nazionale; al contrario, la Lombardia, PA di Trento, Campania e Sicilia riportano valori al di sotto del dato Italia nonostante l'aumento registrato nell'ultimo anno.

Adulti (Tabella 3). Nel 2018, la prevalenza dei consumatori a rischio di età 18-64 anni è rimasta pressoché invariata rispetto al 2017, sia tra gli uomini (20,0% vs 19,7%) che tra le donne (8,1% vs 8,4%).

A livello territoriale per il genere femminile si rileva un incremento di 8,0 punti percentuali in Valle d'Aosta e, a fronte della diminuzione rilevata nel 2017, un nuovo aumento delle consumatrici a rischio nella PA di Bolzano (+7,1 punti percentuali). In tutte le regioni le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne.

Le regioni che presentano una prevalenza di consumatori a rischio superiore alla media italiana per entrambi i generi sono: Valle d'Aosta (M = 31,8%; F = 18,4%) e PA di Bolzano (M = 35,6%; F = 16,0%) a cui si aggiungono per gli uomini la PA di Trento (31,0%) e la Sardegna (26,2%) e per le donne la Toscana, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Liguria ed Emilia-Romagna.

Per il quarto anno consecutivo in Sicilia (M=12,3%; F=3,8%) e Campania (M=14,1%; F=4,3%) si rilevano prevalenze di consumatori a rischio inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, a cui si aggiungono Calabria, Puglia e Sardegna per le donne (5,2%, 6,2% e 6,5%, rispettivamente) e Lazio, Calabria e Puglia (17,4%, 18,4% e 18,5%, rispettivamente) per gli uomini.

Comportamenti a rischio (Tabella 4). I dati consentono 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 2018, 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 Toscana, Molise e Calabria, 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 superiore a quella delle consumatrici eccedentarie in Piemonte e nelle PA di Trento e Bolzano.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2018, è pari al 35,0% tra gli uomini e all'8,6% tra le donne ed a livello nazionale non si rilevano differenze statisticamente significative rispetto al 2017.

A livello regionale si osserva, per il genere femminile, un incremento delle consumatrici a rischio in Emilia-Romagna (+6,1 punti percentuali) e una diminuzione nelle Marche (-7,3 punti percentuali); per il genere maschile, invece, l'unica diminuzione si osserva in Sicilia (-9,1 punti percentuali).

Per entrambi i generi la regione con valori di prevalenza massimi è il Veneto (M=45,3%; F=12,4%) alla quale si affiancano per gli anziani la Toscana (41,5%) e la Lombardia (40,4%) e per le anziane l'Emilia-Romagna (15,5%).

Presentano, infine, valori di prevalenza minimi per entrambi i generi la Sicilia (M = 15,5%; F = 3,5%) e la Campania (M = 28,2%; F = 4,1%).



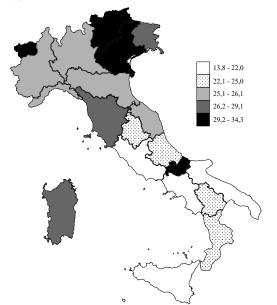
Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2017-2018*

		2	017			2	2018	
Regioni	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumator	. Consumatori i
Piemonte	3,6	27,8	31,4	68,2	3,2	28,0	31,2	68,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	e 3,2	22,1	25,3	74,1	3,8	21,1	25,0	74,5
Lombardia	4,8	27,5	32,4	66,7	4,3	27,9	32,1	67,4
Bolzano-Bozen	5,5	23,1	28,6	71,3	5,0	20,7	25,7	73,9
Trento	3,4	26,5	29,9	68,9	5,3	26,7	32,0	67,6
Veneto	4,1	26,3	30,4	68,9	3,3	25,4	28,7	70,4
Friuli Venezia Giulia	4,2	24,6	28,8	70,8	4,4	23,5	27,9	71,7
Liguria	4,3	26,2	30,6	68,9	3,2	26,3	29,5	70,4
Emilia-Romagna	4,0	24,3	28,3	70,6	3,9	23,5	27,4	72,2
Toscana	4,2	28,5	32,6	67,0	4,3	25,6	29,9	69,8
Umbria	5,4	25,0	30,4	69,3	4,5	28,1	32,6	67,0
Marche	4,1	24,5	28,6	70,4	3,0	27,4	30,4	69,1
Lazio	4,3	31,8	36,1	63,3	3,4	27,6	31,0	68,7
Abruzzo	4,3	31,3	35,6	63,9	3,8	30,8	34,6	64,6
Molise	3,9	34,4	38,3	61,6	3,8	32,3	36,2	63,5
Campania	3,7	35,9	39,6	60,1	4,2	36,8	41,0	58,8
Puglia	3,3	29,5	32,9	66,3	3,6	29,6	33,2	66,1
Basilicata	3,9	37,6	41,4	57,5	4,1	30,8	34,9	64,2
Calabria	2,6	36,7	39,2	60,2	3,8	31,6	35,4	64,1
Sicilia	3,3	37,5	40,8	58,3	3,9	35,5	39,4	60,4
Sardegna	3,7	34,6	38,3	60,4	3,7	32,2	35,9	63,4
Italia	4,0	29,9	33,9	65,4	3,8	28,9	32,8	66,8

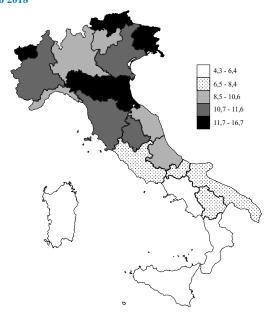
^{*}La somma dei "Consumatori" e dei "Non consumatori" non corrisponde al 100% in quanto la popolazione al denominatore comprende anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

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 2019.

Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2018



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2018





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

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 2018

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	18,8	24,5	21,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,6	16,7	15,7
Lombardia	20,8	16,7	18,8
Bolzano-Bozen	31,3	28,6	29,9
Trento	16,5	18,8	17,8
Veneto	23,6	24,0	23,8
Friuli Venezia Giulia	15,8	19,9	18,0
Liguria	13,0	9,1	11,0
Emilia-Romagna	20,0	19,1	19,5
Toscana	21,4	14,1	18,1
Umbria	21,8	26,0	23,9
Marche	17,0	14,4	15,7
Lazio	17,2	11,5	14,6
Abruzzo	17,4	36,5	24,2
Molise	32,1	14,4	23,2
Campania	21,4	17,0	19,3
Puglia	23,4	18,5	21,0
Basilicata	25,7	16,6	21,4
Calabria	34,2	20,5	27,2
Sicilia	22,9	11,3	16,8
Sardegna	24,5	19,2	21,9
Italia	21,3	17,8	19,5

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 2019.

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 2018

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	22,7	9,6	16,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,8	18,4	25,0
Lombardia	21,2	9,5	15,4
Bolzano-Bozen	35,6	16,0	25,9
Trento	31,0	8,3	19,8
Veneto	24,7	9,0	16,9
Friuli Venezia Giulia	23,5	11,3	17,5
Liguria	19,9	11,1	15,4
Emilia-Romagna	21,9	10,9	16,4
Toscana	21,6	11,6	16,5
Umbria	21,4	11,6	16,4
Marche	22,5	10,0	16,3
Lazio	17,4	6,9	12,1
Abruzzo	20,4	6,6	13,4
Molise	24,7	7,6	16,3
Campania	14,1	4,3	9,1
Puglia	18,5	6,2	12,3
Basilicata	22,4	8,7	15,5
Calabria	18,4	5,2	11,8
Sicilia	12,3	3,8	8,1
Sardegna	26,2	6,5	16,5
Italia	20,0	8,1	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 2019.



Tabella 4 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 18-64 anni per tipologia di comportamento a rischio, genere e per regione - Anno 2018

	Mas	schi	Femi	nine
Regioni	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	8,2	16,7	3,8	6,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,2	26,7	6,9	12,7
Lombardia	7,8	16,1	5,7	4,9
Bolzano-Bozen	6,7	32,0	3,1	14,0
Trento	5,9	28,2	2,2	6,7
Veneto	6,5	20,4	4,5	5,0
Friuli Venezia Giulia	9,7	19,1	5,5	7,7
Liguria	9,1	15,1	4,7	6,9
Emilia-Romagna	8,8	15,8	6,7	6,1
Toscana	10,4	14,1	6,2	6,0
Umbria	8,5	16,8	6,6	5,4
Marche	8,6	16,3	5,0	5,3
Lazio	5,3	13,4	3,1	4,6
Abruzzo	6,9	16,8	3,9	3,3
Molise	11,7	16,3	4,8	3,2
Campania	5,5	10,6	2,5	2,2
Puglia	6,2	13,7	2,6	4,1
Basilicata	10,5	16,2	5,3	4,8
Calabria	8,7	12,9	2,3	3,2
Sicilia	3,6	9,8	1,6	2,3
Sardegna	9,3	20,4	2,5	4,3
Italia	7,2	15,2	4,1	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 2019.

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 2018

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	36,6	10,4	21,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,9	12,8	25,7
Lombardia	40,4	10,0	23,2
Bolzano-Bozen	31,1	5,7	16,9
Trento	42,4	7,3	22,9
Veneto	45,3	12,4	26,9
Friuli Venezia Giulia	41,3	10,5	23,8
Liguria	40,8	9,9	23,0
Emilia-Romagna	38,7	15,5	25,6
Toscana	41,5	10,8	24,1
Umbria	32,1	8,2	18,6
Marche	35,5	7,7	19,9
Lazio	29,7	8,4	17,6
Abruzzo	30,4	8,6	18,2
Molise	42,2	6,4	22,2
Campania	28,2	4,1	14,7
Puglia	30,9	4,8	16,3
Basilicata	32,9	5,4	17,5
Calabria	35,3	3,7	17,9
Sicilia	15,5	3,5	8,7
Sardegna	33,7	2,2	16,1
Italia	35,0	8,6	20,1

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 2019.



Il consumo rischioso e dannoso di alcol, l'incremento del consumo medio pro capite e l'aumento contestuale di numerosi indicatori, non lasciano prevedere in Italia un significativo progresso verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Ciò può essere dovuto, ad esempio, alla mancanza di intervento e di implementazione di azioni in numerosi settori identificati dall'OMS come essenziali per le politiche sull'alcol, tra cui una adeguata risposta di salute pubblica e dei servizi, politiche più incisive sul *marketing*, sui prezzi, sul contrasto all'intossicazione e sulla disponibilità delle bevande alcoliche, in particolare per i minori.

L'alcol ha un impatto che l'OMS ha già stimato negli anni passati per l'Italia come non inferiore ai 25 miliardi di € l'anno: una sottostima che si riferisce solo ai costi tangibili che, anche se non attualizzata in funzione degli incrementi registrati per i principali indicatori di rischio alcol-correlati, identificherebbe comunque una diseconomia che paga la società. Vi è, inoltre, una scarsa consapevolezza dei rischi per la salute dati dalla lunga serie di conseguenze a breve, medio e lungo termine.

L'eccedenza episodica occasionale, il bere per ubriacarsi, il binge drinking e l'eccedenza quotidiana rispetto alle Linee Guida nazionali, insieme ai consumi fuori pasto, connotano una cultura che è influenzata da una prevenzione discontinua, disomogenea e spesso contrastata dalla normalizzazione dello slogan del "bere consapevole" o "bere responsabile", messaggio che non dissuade il consumatore ad indulgere in comportamenti rischiosi e dannosi per la salute. Il perpetrarsi di tale comunicazione ha portato al consolidamento di una sempre più pervasiva cultura dell'intossicazione più che del "bere" inteso come momento conviviale. Parallelamente, marketing, pubblicità, fake news e interventi sui minori ad opera di promotori senza competenze di prevenzione che propongono, quindi, interventi nelle scuole attraverso standard di cui non si conosce efficacia ed efficienza, normalizzano una dimensione del bere che minaccia il rispetto della legalità, sfruttando investimenti milionari ed elementi di forte persuasione che propongono l'alcol come valore, non controbilanciati da pari investimenti nel campo della prevenzione. Inoltre, 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.

Una *road map* italiana per il raggiungimento degli obiettivi nazionali può attuarsi anche attraverso semplici passi: avviando screening precoci nei contesti di assistenza primaria, favorendo la formazione specifica dei medici e degli operatori sanitari e creando una rete alcologica di cui, ad oggi, non vi è traccia. I professionisti della salute dovrebbero essere sempre più

legittimati a favorire informazione e prevenzione nei contesti di vita e di lavoro e nelle scuole. Soprattutto nel contesto scolastico è opportuno che quanti hanno contatti con i minori garantiscano la distanza da interessi diversi da quelli propri di tutela della salute escludendo, ad esempio, la possibilità che, come richiamato di recente dall'OMS, il settore della produzione di alcolici possa qualificarsi con programmi o iniziative in partnership rivolte a favorire una cultura del bere "consapevole". In età scolare, infatti, è noto che le capacità cerebrali di logica e programmazione sono in una fase di maturazione che trova il suo compimento intorno ai 25 anni, età nella quale si registra la massima vulnerabilità cerebrale all'uso di alcol e sostanze. Per i minorenni è importante sostenere azioni per il rispetto della legalità, come dell'età minima di somministrazione e vendita. Fino ai 25 anni, inoltre, va sostenuto l'invito a non consumare alcolici, promosso a livello europeo dall'European Action Plan della Committee on National Alcohol Policy and Action, in quanto un consumo precoce di alcol e sostanze interferirebbe con l'atteso sviluppo e connessa rimodulazione (pruning) cerebrale.

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 1ª causa di mortalità, morbilità e disabilità (provocando incidenti stradali, tumori, cirrosi epatica e malattie cardiovascolari).

L'interpretazione del dato statistico non esaurisce l'analisi globale del fenomeno, che può e deve soffermarsi sulle realtà di fatto, attraverso le considerazioni proprie della comprensione culturale della società e dei modelli e degli stili di vita e di consumo. Questi ultimi seguono dinamiche estremamente rapide, fortemente influenzate dal "mercato" che sollecita al consumo di alcolici, con pressioni dirette e indirette, fasce sempre più ampie di popolazione, non esentando quelle più vulnerabili dei minori, delle donne e degli anziani. Tali dinamiche non consentono spesso di poter assicurare, con pari velocità ed efficienza, la risposta di salute pubblica e di prevenzione adeguata ai tempi e a costumi, e sono lo specchio di una società globalizzata che muta costantemente valori e aumenta quotidianamente le sue complessità.

Le problematiche descritte sono acuite dall'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 della pubblicità e del marketing, 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. Direttive che impongono, ad esempio, il divieto di utilizzo di argomentazioni salutiste per la pubblicità e il marketing delle bevande alcoliche, o messaggi diretti o indiretti di successo sessuale e sociale, che possono trarre in inganno specialmente i più giovani, inducendo ad attribuire all'alcol valori di "lubrificante" sociale e facilitatore delle relazioni personali, grazie alla disinibizione causata dalla psicotropicità dell'alcol stesso.

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 da parte di minori di età >14 anni. La cultura del bere, in Italia, può e deve ritrovare dimensioni più adeguate al mantenimento di livelli di salute e sicurezza nella popolazione, che possano contribuire ad abbattere i costi sociali e sanitari dell'impatto dell'alcol. La necessità di invertire la tendenza all'aumento del consumo pro capite e con esso i consumatori a rischio e i binge drinkers richiede politiche di prevenzione e programmazione più incisive e dedicate, coordinate tra loro, ed azioni e 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, infatti, 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 alco-

hol_report/gsr 2018/en.

(2) World Health Organization Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries, 2019. Disponibile sul sito:

www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention /alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcoholconsumption,-harm-and-policy-responses-in-30-europeancountries-2019

(3) 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 delle Salute; 2018.

(4) 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 clas-

sif,php.

(5) 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.

(6) 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 2019, Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/5).

(7) World Health Organization, Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014. By. Kevin D. Shield, Margaret Rylett and Jürgen

Rehm; 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".



Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2018 (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 variata (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	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare	x 100
Denominatore	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 età 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.

E. BOLOGNA, A. TURRINI

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 2018, circa tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta (75,8%); meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco più della metà della popolazio-



ne (51,7%), e di ortaggi, che risulta pari al 45,2%. Nel complesso, l'81,7% 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 (Puglia, Basilicata, Molise, Calabria, Campania e Sicilia) circa un quinto 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 9,5% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita da Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia (8,4% per entrambe). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Basilicata, Puglia e Calabria) e nelle Marche.

Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno tendenzialmente 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 di" (espressa come percentuale su consumatori quotidiani di almeno 1 porzione al giorno di VOF "1+ VOF al di") per ciascuna regione e PA negli anni 2008-2018, nonché il trend dell'indicatore e del denominatore, mediante il Tasso Medio Annuo percentuale. Nel quadro generale si osserva una certa stabilità dell'indicatore obiettivo (dal 5,7% del 2008 al 6,0% del 2018). Dal 2017 al 2018, si segnala un lieve ma significativo aumento di 0,7 punti percentuali.

Analizzando gli andamenti per regione e PA, per la prima volta l'andamento del denominatore, ossia i consumatori quotidiani di almeno 1 porzione al giorno di VOF, è decrescente in tutto il territorio, ad esclusione della PA di Trento. In Italia, complessivamente, la tendenza media annua del denominatore è di -0,4%: la crescita dell'indicatore, quindi, è in parte dovuta alla riduzione del denominatore. Laddove l'indicatore diminuisce, la situazione è molto negativa e questo si verifica nelle Marche (-0,2%), Veneto (-0,5%), Lazio (-0,8%), Campania (-1,4%), Abruzzo (-1,6%) Puglia (-2,2%) e Basilicata (-3,4%).

Nella 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 il consumo di 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 anch'esso più diffuso al Centro e nel Meridione, ma anche nelle PA di Bolzano e di Trento. Se passiamo ad analizzare il consumo almeno settimanale di carne, si osserva un maggiore consumo di carni bianche prevalentemente in alcune regioni del Centro e del Mezzogiorno, con le Marche e l'Umbria ai primi posti della graduatoria (rispettivamente, con l'84,7% e l'83,5%). Stessi risultati si registrano per il consumo di carni bovine, di carne di maiale e di pesce. Al Nord si osserva una maggiore diffusione del consumo giornaliero di formaggi.

Considerando il consumo almeno settimanale di carni ovine, 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 d'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 Nord, mentre i secondi sono consumati maggiormente nel 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 e in Umbria e Basilicata.

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 e Marche), insieme ad Abruzzo, Basilicata, Sardegna, Sicilia e Liguria, tutte al di sopra o equivalenti al valore medio nazionale.

Analizzando la relazione tra l'indicatore e il consumo di VOF si osserva una correlazione positiva con la percentuale di consumo di almeno 1 porzione al dì (r=0,65), mentre così non è se osserviamo la relazione con l'indicatore obiettivo che in assoluto non differisce da 0, seppur mostrando segno positivo (r=0,11). Questo vuol dire che l'aderenza è dovuta ad una maggiore diffusione del consumo di VOF, ma che l'obiettivo quantitativo dei 400 grammi al giorno tra VOF e legumi (3) difficilmente viene raggiunto. L'aderenza viene assicurata da altre componenti vegetali, sopratutto i cereali, con un apporto energetico sicuramente più elevato.





--

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

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 2018

ъ	¥7 ¥ ±	0 / 11	TD 44 de	NOT#	Porzioni di VOF**		
Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	1	2-4	5+
Piemonte	57,8	51,2	77,0	83,0	13,1	79,3	7,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	54,5	50,3	74,8	81,9	13,4	78,1	8,4
Liguria	50,8	45,1	75,7	80,7	14,3	78,0	7,7
Lombardia	51,7	44,3	75,3	82,2	15,3	78,8	5,9
Bolzano-Bozen	51,7	43,4	67,2	76,6	17,3	77,5	5,2
Trento	67,7	56,0	73,7	84,3	11,9	78,7	9,5
Veneto	57,3	48,7	69,6	79,9	16,8	77,4	5,8
Friuli Venezia Giulia	60,7	50,7	73,7	82,6	13,4	78,2	8,4
Emilia-Romagna	56,3	50,3	75,7	82,5	13,8	79,8	6,4
Toscana	56,5	50,2	78,4	85,5	15,1	77,2	7,7
Umbria	58,4	52,9	80,6	86,0	12,4	80,7	6,9
Marche	57,1	48,6	77,0	84,3	14,4	81,2	4,4
Lazio	59,1	50,6	75,7	82,7	14,2	80,2	5,6
Abruzzo	48,3	46,7	76,7	81,5	15,2	79,5	5,3
Molise	38,4	37,2	73,4	77,1	19,2	74,4	6,4
Campania	45,6	39,8	74,6	77,2	18,0	76,3	5,7
Puglia	34,9	29,9	78,5	81,9	22,1	74,3	3,6
Basilicata	36,7	32,6	77,3	80,6	22,1	75,1	2,9
Calabria	42,6	39,0	74,2	78,3	18,6	77,0	4,3
Sicilia	45,0	41,3	78,8	82,1	18,0	77,0	5,0
Sardegna	52,5	46,5	78,5	82,5	13,2	78,9	7,9
Italia	51,7	45,2	75,8	81,7	15,9	78,1	6,0

^{*}Almeno 1 porzione al giorno.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

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* e Tasso Medio Annuo (valori per 100) di variazione dell'indicatore e del denominatore per regione - Anni 2008-2018

Regioni	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TMA 5+ VOF al dì	TMA 1+ VOF al dì
Piemonte	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	7,0	6,0	8,1	5,9	5,8	7,6	0,9	-0,8
Valle d'Aosta	6,6	6,5	6,1	6,4	4,8	3,6	4,6	4,6	4,4	3,6	8,4	2,7	-0,5
Liguria	5,9	4,9	5,1	5,3	4,2	4,8	4,9	4,9	4,8	5,6	7,7	3,1	-0,5
Lombardia	5,5	5,9	5,8	6,0	5,8	4,3	4,9	5,4	5,8	6,1	5,9	0,7	-0,1
Bolzano-Bozen	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	4,8	5,0	5,7	6,7	7,9	5,2	0,8	-0,7
Trento	8,1	10,1	7,8	7,4	8,1	6,6	5,8	7,8	8,9	10,7	9,5	1,7	0,2
Veneto	6,1	4,1	5,8	6,0	5,5	4,7	5,1	5,4	6,7	5,4	5,8	-0,5	-0,6
Friuli Venezia Giulia	7,4	4,8	5,9	7,0	5,5	5,5	5,3	6,3	6,3	7,3	8,4	1,4	-0,4
Emilia-Romagna	5,5	7,0	5,5	5,2	5,4	4,6	4,4	7,3	6,7	5,9	6,4	1,6	-0,4
Toscana	5,1	4,0	5,8	3,8	4,6	5,5	5,2	5,9	6,9	6,1	7,7	5,1	-0,0
Umbria	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	4,9	6,4	3,1	7,4	7,6	6,9	3,8	-0,3
Marche	4,5	4,5	5,7	5,5	3,4	3,8	5,6	7,0	4,4	6,5	4,4	-0,2	-0,2
Lazio	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	6,3	9,0	6,1	7,3	5,2	5,6	-0,8	-0,3
Abruzzo	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	3,1	6,3	3,5	3,9	5,2	5,3	-1,6	-0,4
Molise	4,9	4,4	3,5	6,1	2,6	3,9	6,8	1,7	4,9	5,1	6,4	3,1	-1,4
Campania	6,6	5,4	5,9	3,8	3,7	5,6	4,4	4,9	4,4	2,8	5,7	-1,4	-0,7
Puglia	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1,8	1,3	3,3	3,1	2,7	3,6	-2,2	-0,7
Basilicata	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	2,5	1,9	2,1	4,3	2,9	2,9	-3,4	-0,3
Calabria	4,1	2,9	4,2	2,5	2,1	1,8	2,1	3,8	3,1	2,6	4,3	0,5	-0,8
Sicilia	4,7	3,7	4,5	3,7	4,3	5,2	3,1	2,9	3,9	5,2	5,0	0,6	-0,1
Sardegna	5,9	4,7	6,6	8,1	6	4,5	5,6	5,6	6,8	8,2	7,9	3,4	-0,3
Italia	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7	4,8	4,9	5,4	5,6	5,3	6,0	0,5	-0,4

VOF = Verdura, Ortaggi e Frutta.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.



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

TMA = Tassso Medio Annuo.

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

 Tabella 3 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2018

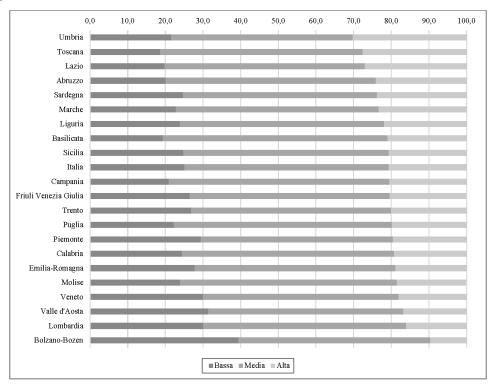
Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Latte* Formaggi*Salumi** bianche*	*Salumi**	, Carni Car bianche** bovin	ni e**	Carni ovine**°	Carni di maiale**	Uova**	Legumi in scatola**	Pesce**	Snack**	Dolci**	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	a crudo al con olio consumo di oliva di sale o grassi e/o di vegetali cibi salati	al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	74,6	45,9	28,3	56,3	82,4	59,6	17,8	37,5	64,3	45,0	54,1	25,8	52,5	95,8	7,86	75,0	47,4
Valle d'Aosta	78,2	48,2	38,9	58,7	9,08	61,4	17,9	35,5	70,0	45,5	55,0	20,7	55,6	88,9	97,1	74,2	64,1
Lombardia	72,7	48,1	25,1	63,7	81,1	58,6	19,9	38,8	59,7	48,2	62,3	34,8	58,1	93,6	8,16	74,8	51,9
Bolzano-Bozen	67,4	53,0	36,1	59,7	55,7	45,5	13,4	29,9	68,4	27,9	33,3	20,2	49,6	92,6	95,5	63,2	71,9
Trento	75,2	5I,I	33,3	59,7	74,3	51,2	13,0	42,6	59,6	50,2	52,0	24,0	51,3	92,9	98,5	74,7	62,5
Veneto	74,6	45,2	23,9	57,3	6,67	58,4	14,2	42,8	59,1	39,3	55,4	32,5	55,7	94,9	97,2	73,9	57,4
Friuli Venezia Giulia	6,07	50,7	56,9	55,2	7,67	56,1	12,2	43,8	9,99	42,5	55,1	26,4	54,5	93,9	0,86	76,3	54,3
Liguria	6,92	50,2	25,7	58,2	80,7	55,6	17,6	34,1	66,4	44,0	8,65	20,4	55,9	94.6	9,76	76,4	44,6
Emilia-Romagna	87,8	43,3	19,5	63,7	80,1	56,2	17,9	48,2	59,3	51,2	52,5	27,2	56,0	97,3	98,1	76,1	57,8
Foscana	81,5	58,2	21,2	55,6	82,7	58,5	16,0	45,4	62,7	55,0	61,1	23,8	49,5	98,7	6,86	71,4	51,5
Umbria	83,3	56,3	20,2	61,8	83,1	8,19	28,4	49,4	63,8	59,3	61,3	24,7	57,0	98,3	8,86	70,5	58,2
Marche	83,6	50,6	16,7	64,7	84,7	62,4	27,5	48,6	61,8	51,6	66,2	24,2	53,8	97,5	7'86	77,5	45,7
Lazio	78,2	6,95	17,2	51,5	80,2	61,6	28,0	43,6	66,4	58,6	6,09	25,0	47,0	98,4	6,86	72,1	38,5
Abruzzo	82,5	52,6	16,2	66,2	81,0	58,3	32,2	47,2	70,0	64,0	61,2	59,6	54,5	6,76	9,76	72,4	38,4
Molise	81,7	52,0	15,5	68,1	78,5	6,85	34,8	8,05	70,2	68,2	8,09	29,4	48,9	98,4	98,3	72,2	50,1
Campania	9,08	50,9	11,7	62,2	7,77	63,5	31,0	9,05	70,4	74,2	9,89	33,1	43,1	98,2	98,5	64,2	40,3
Puglia	74,2	55,7	13,8	59,0	78,5	9,09	32,6	48,0	63,8	63,7	64,7	31,3	47,4	9,76	98,2	72,1	51,6
Basilicata	82,9	50,2	15,1	66,3	82,7	57,2	29,8	46,8	71,2	71,2	62,5	27,0	44,7	98,1	6,76	75,3	57,6
Calabria	86,7	49,8	23,2	64,0	81,0	63,2	35,6	48,8	72,0	9,79	69,4	33,2	48,6	98,1	98,4	8,79	49,8
Sicilia	84,5	50,8	21,1	59,4	78,5	67,1	28,7	45,8	73,4	54,2	62,6	28,8	42,5	086	98,2	63,1	33,6
Sardegna	75,0	50,7	26,6	56,3	78,1	53,3	31,6	50,4	62,4	44,5	54,6	22,6	49,0	97,2	98,1	70,7	34,0
Italia	78,0	50,5	21,0	59.7	80.0	6.65	23.6	44.2	64.6	54.0	61.0	29.1	51.1	7.96	98.2	21.8	47.7

*Almeno 1 porzione al giorno. **Almeno qualche porzione alla settimana. °Dato rilevato per la prima volta nel 2018.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.



Grafico 1 - Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice Benedetti et al. per regione -Anno 2018



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 2019 (1).

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di VOF quotidiano ancora non raggiunge il 100% della popolazione, rimanendo all'81,7%, e tra questi consumatori solo il 6,0% raggiunge le 5 porzioni al giorno (5+ VOF al dì).

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'83,3% nel 2017 all'81,7% del 2018.

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).

Risulta, inoltre, fondamentale 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 come attestato dalle Edizioni più recenti delle Linee Guida basate su gruppi alimentari pubblicate in tutto il mondo (15, 16). 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 EU-Menù, 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 in corso la 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 quotidia-na" - 2019. Istat. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.

(2) CREA Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2018. Roma; Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria, Roma, 2019. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guidaper-una-sana-alimentazione-2018.

(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/S221078431630

(8) Turrini A, Bologna E. 2018. 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. (ulti-

(9) Disponibile sul sito: www.irutianenescuoie.gov.it. (uni-mo 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/0008/253727/64 wd14e_FoodNutAP_140426.pdf (ultimo accesso 20 dicembre $20\overline{18}$).

(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 Associazione della panificazione. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/temi/p2 6.jsp?lingua=italiano&i d=1400&area=stiliVita&menu=protocoll (ultimo accesso 20 dicembre 2018).

(13) Disponibile sul sito:

www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20de finitivo.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) Ahmed S, Downs S, Fanzo J. 2019. Advancing an Integrative Framework to Evaluate Sustainability in National Dietary Guidelines. Frontiers in Sustainable Food Systems: 3, pages 76. Disponibile sul sito:

www.frontiersin.org/article/10.3389/fsufs.2019.00076. DOI=10.3389/fsufs.2019.00076, ISSN=2571-581X.

(16) FAO - Food and Agricultural Organization of the United Nations. Food-based dietary guidelineshttp. Disponibile sul sito: www.fao.org/nutrition/education/fooddietary-guidelines/en.

(17) 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 febbraio 2020).

(18) 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 febbraio 2020).

(19) 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 febbraio 2020).

(20) Corsi di Formazione a Distanza (FAD) conclusi e in corso. Disponibili sul sito: www.eduiss.it (ultimo accesso 20 febbraio 2020).

Sovrappeso e obesità

Significato. Nel mondo l'obesità rappresenta la seconda causa evitabile di tumore dopo il fumo.

Secondo i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), più della metà della popolazione di 34 su 36 Paesi è in sovrappeso e quasi una persona su quattro è obesa.

Si stima, quindi, che nei prossimi 30 anni queste condizioni riguarderanno circa 92 milioni di cittadini (obesi o con malattie correlate al sovrappeso), arrivando nel 2050 ad una riduzione della speranza di vita di 3 anni, e che i Paesi dell'area OCSE sostengano una spesa pari all'8,45% del budget dei sistemi sanitari per affrontare tutte le malattie correlate al sovrappeso e all'obesità (1).

In Italia, sono 25 milioni le persone in sovrappeso od obese: tra questi, il 46,0% degli adulti e il 24,2% tra bambini e adolescenti (2). Questa problematica rappresenta circa il 9% della spesa sanitaria, riduce il Prodotto Interno Lordo del 2,8% e, per coprire questi costi, ogni cittadino paga 289€ di tasse supplementari all'anno. Si stima, inoltre, una riduzione della vita media di 2,7 anni e, nel mercato del lavoro, risulta una mancanza, legata alle patologie correlate al sovrappeso, di 571 mila lavoratori a tempo pieno all'anno (3).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-29 e ≥30 x 100

Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre Denominatore

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce "sovrappeso" un IMC compreso tra 25-30 ed "obeso" un IMC ≥30. La classificazione dell'OMS distingue, inoltre, l'obesità in tre livelli: 1° grado o lieve (IMC 30,0-34,9); 2° grado o moderata (IMC 35,0-39,9); 3° grado o grave (IMC \geq 40,0) (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 2018 ed è stata condotta con tecnica mista di rilevazione, Computer Assisted Web Interview/Paper And Pen Interview sequenziale.

L'indagine è condotta su un campione di circa 28.000 famiglie. 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.

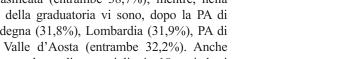
Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2018, 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 (10,7%); complessivamente, il 46,1% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1). Questi valori non presentano variazioni significative negli ultimi anni, a conferma che queste siano apprezzabili in intervalli temporali più ampi.

Le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli confermando il gradiente Nord-Sud ed Isole, e nel confronto regionale si evidenzia una differenza di 10,0 punti percentuali tra la regione con prevalenza più alta di persone in sovrappeso (Campania, 40,7%) e quella con prevalenza più bassa (PA di Trento, 30,7%). Nella graduatoria, in ordine decrescente, dopo la Campania troviamo Sicilia (39,5%), Calabria (39,0%), Puglia e Basilicata (entrambe 38,7%); mentre, nella parte bassa della graduatoria vi sono, dopo la PA di Trento, Sardegna (31,8%), Lombardia (31,9%), PA di Bolzano e Valle d'Aosta (entrambe 32,2%). Anche rispetto alla prevalenza di soggetti di età ≥18 anni obesi le regioni meridionali sono ai primi posti: infatti, troviamo Molise (14,7%) Basilicata (13,6%), seguite da Emilia-Romagna (12,4%) e Abruzzo (12,4%); le regioni con prevalenza minore, invece, sono PA di Bolzano (8,3%), Sardegna (9,1%), Toscana (9,1%) e Lombardia (9,4%).

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)

E. DEL BUFALO



48

(Grafico 1), si osserva che, dal 2001, il maggior aumento di persone in eccesso ponderale (in sovrappeso e obese) si è registrato nella ripartizione con i livelli più bassi (Nord-Ovest).

Al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale. Anche nel 2018, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 16,3% nella fascia di età 18-24 anni al 46,1% nella classe di età 65-74 anni che si conferma più critica rispetto alla condizione di sovrappeso. L'obesità è una condizione del 2,5% dei giovani di età 18-24 anni, ma coinvolge principalmente la fascia di età 60-64 anni con il 15,5% (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere. Risulta in sovrappeso il 43,5% degli uomini vs il 27,9% delle donne ed obeso l'11,7% degli uomini vs il 9,8% delle donne. Inoltre, la fascia di età 45-54 anni è quella in cui vi è la più elevata differenza tra uomini e donne in sovrappeso, mentre per le persone obese è la classe di età 55-60 anni; in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2018

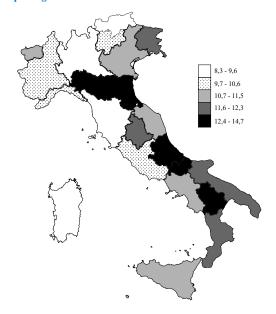
Regioni	Sovrappeso	Obese	
Piemonte	33,3	10,6	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,2	10,7	
Lombardia	31,9	9,4	
Bolzano-Bozen	32,2	8,3	
Trento	30,7	10,2	
Veneto	34,4	11,1	
Friuli Venezia Giulia	33,3	12,1	
Liguria	34,8	10,2	
Emilia-Romagna	33,9	12,4	
Toscana	34,6	9,1	
Umbria	37,1	11,9	
Marche	34,6	11,0	
Lazio	34,8	9,9	
Abruzzo	37,9	12,4	
Molise	37,9	14,7	
Campania	40,7	10,7	
Puglia	38,7	12,0	
Basilicata	38,7	13,6	
Calabria	39,0	11,8	
Sicilia	39,5	11,4	
Sardegna	31,8	9,1	
Italia	35,4	10,7	

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

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

30,7 - 32,2 32,3 - 34,3 34,4 - 35,3 35,4 - 38,7 38,8 - 40,7

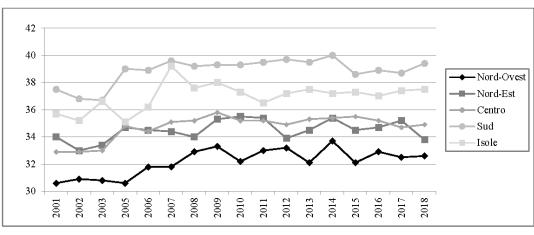
Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2017



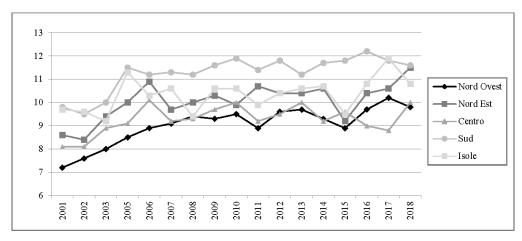
FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2018

Sovrappeso



Obese



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2018

Classi di età		Sovrappeso			Obese	
Classi di eta	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	21,3	10,7	16,3	2,7	2,2	2,5
25-34	33,2	16,8	25,1	6,5	5,1	5,8
35-44	41,0	22,7	31,9	10,9	7,2	9,0
45-54	48,2	24,4	36,1	13,0	8,9	10,9
55-60	47,9	33,4	40,5	15,7	11,1	13,4
60-64	51,7	35,9	43,4	16,5	14,7	15,5
65-74	52,7	40,4	46,1	15,5	14,5	15,0
75+	49,5	36,8	42,0	13,5	13,5	13,5
Totale	43,5	27,9	35,4	11,7	9,8	10,7

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Recenti analisi mostrano come l'eccesso ponderale rappresenti una condizione di svantaggio che incide non solo sull'aspetto della salute, ma anche sul verificarsi di condizioni di disuguaglianza in termini di accesso a titoli di studio elevati ed inserimento adeguato e soddisfacente nel mondo del lavoro. Pertanto, attivare da parte dei governi politiche di prevenzione e cura dell'eccesso ponderale costituisce un guadagno di medio-lungo periodo (2).



L'attuazione di numerose politiche messe in atto in Italia (regolamentazione pubblicitaria, etichettatura dei prodotti alimentari, campagna di informazione, etichettatura dei menù, applicazioni per dispositivi mobili, prescrizione di attività fisica, interventi nelle scuole, lotta alla sedentarietà sul posto di lavoro, benessere sul posto di lavoro e incentivo all'uso dei mezzi di trasporto pubblico) mostrano, secondo i dati dell'OCSE, che siamo nella giusta direzione. In particolare, secondo l'applicazione del pacchetto di comunicazione potrebbe prevenire 144 mila malattie non trasmissibili entro il 2050, far risparmiare 62 milioni di € all'anno in spesa sanitaria e far aumentare l'occupazione e la produttività di una quota pari a 6.000 lavoratori a tempo pieno all'anno.

Riferimenti bibliografici

- (1) OCSE. "The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention". Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Ottobre 2019.
 (2) IBDO Foundation, Istat "1° Italian Obesity Barometer
- Report", 9 aprile 2019.
- (3) Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/obesita/oecdheavy-burden-obesity-2019.
- (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.

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 bambini 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 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. A partire dal 2019 sono stati resi disponibili anche i dati relativi ai bambini di età 3-5 anni (media 2017-2018).

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

Numeratore Minori di età 6-17 anni in eccesso di peso x 100

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" 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 (3-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

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 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 a informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socioeconomico 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 3-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce, di per sé, un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (5) 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 25-29 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 dei bambini e ragazzi non è disponibile un benchmark cui riferirsi. Si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (media 2017-2018).

La valutazione dei valori osservati va anche vista in una 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, età 3-10 anni, residenti nel meridione e provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2017-2018) mostrano che, in Italia, la quota dei bambini e degli adolescenti in eccesso di peso è pari al 25,2% (6).

Confrontando i dati per genere, emergono forti differenze a sfavore dei maschi: il fenomeno è diffuso, infatti, nel 27,8% dei maschi vs il 22,4% delle femmine. Tali differenze non sussistono tra i bambini di età 3-10 anni, fascia in cui l'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata, mentre si osservano in tutte le altre classi di età. 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 (18,8% Nord-Ovest, 22,5% Nord-Est, 24,2% Centro, 29,9% Isole e 32,7% Sud, dati non presenti in tabella), con percentuali particolar-

mente elevate in Campania (35,4%), Calabria (33,8%), Sicilia (32,5%) e Molise (31,8%) (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 e 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 e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere, anche loro, in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di età 3-17 anni in sovrappeso o obesi è pari al 37,6% rispetto alla percentuale del 28,7% quando è solo la madre in eccesso di peso e del 23,6% 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 18,8% (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 2017-2018

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5	31,7	30,4	31,1
6-10	34,1	30,5	32,3
11-13	26,4	17,9	22,3
14-17	18,7	10,1	14,6
Totale	27,8	22,4	25,2

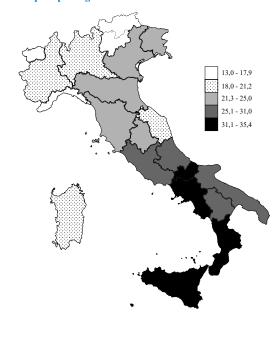
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2017-2018

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	21,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,7
Lombardia	18,3
Bolzano-Bozen	13,0
Trento	15,0
Veneto	22,2
Friuli Venezia Giulia	24,0
Liguria	15,3
Emilia-Romagna	24,7
Toscana	22,8
Jmbria	21,3
Marche	20,2
Lazio	26,4
Abruzzo	29,9
Molise	31,8
Campania	35,4
Puglia	29,2
Basilicata	29,0
Calabria	33,8
Sicilia	32,5
Sardegna	20,7
talia	25,2

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2017-2018



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

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 2017-2018

Caratteristiche genitori/famiglia	Maschi	Femmine	Totale
Fitolo di studio della madre*			
Oottorato di ricerca e Laurea	20,5	17,7	19,1
Diploma scuola superiore	24,5	21,2	22,9
Scuola dell'obbligo	32,9	25,7	29,5
Fitolo di studio del padre*			
Oottorato di ricerca e Laurea	19,5	16,1	17,8
Diploma scuola superiore	25,2	20,9	23,1
Scuola dell'obbligo	31,7	24,9	28,5
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche ottime-adeguate	25,6	20,1	22,9
Risorse economiche scarse-insufficienti	30,0	25,8	28,0
Eccesso di peso dei genitori*			
Nè il padre nè la madre in eccesso di peso	19,6	17,9	18,8
Solo la madre in eccesso di peso	31,5	25,7	28,7
Solo il padre in eccesso di peso	26,7	20,1	23,6
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	41,9	33,0	37,6
Cotale	27,8	22,4	25,2

^{*}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 2019.

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 (maschi, residenti nel Meridione e vive in famiglie con un livello socio-eco-





54

nomico non elevato e in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso).

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.

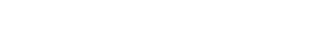
Un ruolo fondamentale è giocato dalla famiglia che risulta centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi rappresentando il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivando l'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare 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, 16 February 2018.
- (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
- (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.
- (5) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF)

- body mass index cut-offs for thinness, overweight and obe-
- sity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
 (6) Bologna E., Iannucci L., "Stili di vita di bambini e ragazzi" - Anni 2017-2018 - Istat - Statistica report (29 ottobre 2019).
- (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
- (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 del-
- la 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:
- (12) Cacciari E., Milani S., Balsamo A. and SIEDP Directive Council 2002-2003. 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 ISTI-SAN 16|26. Anno 2016.





Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. La letteratura scientifica recente evidenzia che la prevalenza complessiva di eccesso ponderale in età pediatrica si è stabilizzata in diversi Paesi ad economia avanzata (1), anche se alcuni di questi bambini sono già in uno stato di obesità grave (2). Si evidenzia, inoltre, la presenza di notevoli disparità sociali che persistono e stanno crescendo in alcuni Paesi (3), compreso l'Italia (4).

Il Sistema di sorveglianza nazionale "OKkio alla SALUTE" (5), attivo nel nostro Paese dal 2008, è in grado di fornire informazioni circa la prevalenza dello stato ponderale dei bambini di età 8-9 anni in tutte le regioni e favorire confronti a livello europeo; tale sorveglianza è parte dell'iniziativa della Regione Europea

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) denominata "Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI".

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, raccoglie importanti informazioni sugli stili di vita dei bambini con una particolare attenzione al contesto familiare e scolastico, contribuendo alla stima di indicatori di 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	0.0
Denominatore	Popolazione scolastica di età 8-9 anni partecipante a OKkio alla SALUTE	00
Prevalenza di bamb	ini 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	00
Prevalenza di bamb	ini in stato di grave obesità	
Numeratore	Bambini di età 8-9 anni misurati e risultati in stato di grave obesità	
Denominatore	— x 1 Popolazione scolastica di età 8-9 anni partecipante a OKkio alla SALUTE	00

Validità e limiti. Con il Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE, la rilevazione di peso e statura avviene in maniera diretta, da personale addestrato, secondo procedure comuni e utilizzando le stesse strumentazioni. Questo consente di avere delle misure oggettive ed uniformi su tutto il territorio nazionale. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è utilizzato come indicatore indiretto dello stato di adiposità e per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave dei bambini e si utilizzano i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole e Lobstein (6). Inoltre, questa sorveglianza, poiché parte della COSI dell'OMS Europa, utilizza anche le curve dell'OMS per i confronti sull'eccesso ponderale nei bambini tra i vari Paesi partecipanti (7).

Come tecnica di campionamento si utilizza quella a grappolo, che ha 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

Da una lettura dei dati del 2016 di OKkio alla SALU-TE, raccolti su un campione di 45.256 bambini, si evince che quelli in sovrappeso secondo i *cut-off* dell'IOTF sono il 21,3% (Intervallo di Confidenza-IC 95% 20,8-21,8%) e gli obesi sono il 9,3% (IC 95% 8,9-9,6%), compresi i bambini gravemente obesi che rappresentano il 2,1% (IC 95% 1,9-2,3%). L'eccesso ponderale ha un chiaro andamento geografico con gradiente Nord-Sud ed Isole. Nel Cartogramma, riferito alla sola prevalenza di obesità grave, si nota come

P. NARDONE, A. SPINELLI, L. LAURIA, M. BUONCRISTIANO, D. PIERANNUNZIO, D. GALEONE, Gruppo di lavoro "OKkio alla SALUTE" Anno 2016

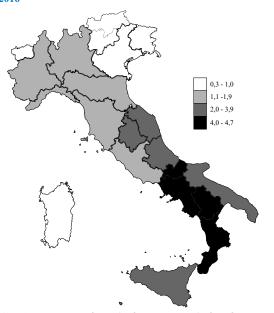


le regioni del Centro e del Meridione abbiano prevalenze maggiori rispetto al Nord.

In generale, la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini aumenta nelle famiglie in cui i genitori hanno un basso titolo di studio (Grafico 1) e nelle famiglie che dichiarano di avere difficoltà economiche (Grafico 2).

Confrontando i dati raccolti dai vari Paesi europei

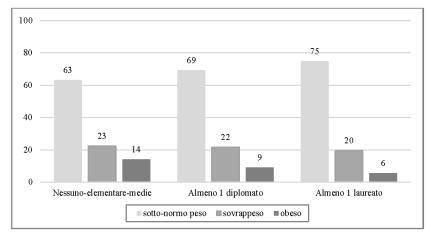
Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni in stato di grave obesità (*cut-off International Obesity Task Force*) per regione. Anno 2016



all'interno della COSI, utilizzando i *cut-off* dell'OMS si osservano forti variabilità, con valori di sovrappeso, obesità e obesità grave (2) tendenzialmente più alti nel Sud-Europa.

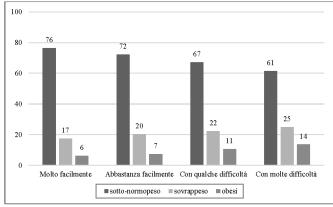
Si conferma, inoltre, che in Italia, seppure in leggera diminuzione rispetto al passato, continuano ad esserci valori elevati di eccesso ponderale (Grafico 3).

Grafico 1 - Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni sotto-normopeso, in sovrappeso ed obesi secondo il grado di istruzione dei genitori - Anno 2016



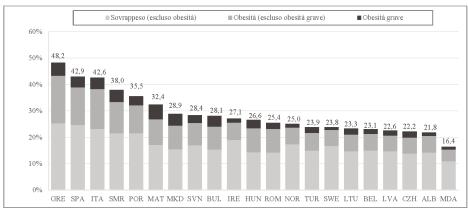
Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2019.

Grafico 2 - Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni sotto-normopeso, in sovrappeso ed obesi secondo le difficoltà economiche della famiglia - Anno 2016



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2019.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 6-9 anni in sovrappeso, obesi e con obesità grave (cut-off dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) per alcuni Paesi europei - Anno 2019



Legenda: ALB Albania - BEL Belgio - BUL Bulgaria - CZH Repubblica Ceca - GRE Grecia - HUN Ungheria - 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 - SWE Svezia - TUR Turchia - ITA Italia.

Fonte dei dati: OMS/Regione Europea - Childhood Obesity Surveillance Initiative. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Continuare a monitorare l'eccesso ponderale dei bambini, con dati rilevati direttamente e con procedure standardizzate su tutto il territorio nazionale, contribuisce alla costruzione di trend che sono una misura indiretta della bontà delle azioni intraprese, nonché una sentinella di quanto ancora bisogna attuare per contrastare/arrestare l'adozione di stili di vita non corretti in una fascia di età così a rischio e nel contempo così sensibile ai cambiamenti.

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 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2017; 390 (10113): 2.627-2.642.

(2) Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, Starc G, Pérez N, Rito AI, Kunešová M, Sant'Angelo VF, Meisfjord J, Bergh IH, Kelleher C, Yardim N, Pudule I, Petrauskiene A, Duleva V, Sjöberg A, Gualtieri A, Hassapidou M, Hyska J, Burazeri G, Petrescu

CH, Heinen M, Takacs H, Zamrazilová H, Bosi TB, Sacchini E, Pagkalos I, Cucu A, Nardone P, Gately P, Williams J, Breda J. Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. Obes Facts. 2019; 12 (2): 244-258.

(3) Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD. Obesity Update 2017. Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf. Accessed May 2018.

(4) Lauria L, Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P. Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system. BMC Public Health. 2019 May 21; 19 (1): 618. (5) Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, Galeone D. II 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 (online).

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

(7) De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ 2007; 85: 660-7.



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

Numeratore Persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica

x 100

Denominatore Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" dell'Istituto Nazionale di Statistica condotta tra gennaio-marzo 2017 su un campione di 19.052 famiglie per un totale di 43.591 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. Coloro che praticano solo qualche attività fisica sono quelli che si dedicano a passatempi che comportano movimento (fare passeggiate di almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta o altro), mentre 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 di età <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 2018, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 35,3% della popolazione, pari a quasi 21

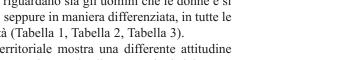
milioni. Il 25,7% della popolazione si dedica allo sport in modo continuativo, mentre il 9,6% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono una attività fisica sono il 28,5% della popolazione, mentre i sedentari sono oltre 21 milioni, pari al 35,9%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (19,1% del 2001 vs 25,7% del 2018). Rispetto al 2017 si osserva un aumento significativo sia nella quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo che nella quota delle persone che praticano almeno qualche attività fisica (+0,9 punti percentuali per entrambe) ed una riduzione della popolazione sedentaria (-2,2 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 2, 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.

Le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 25,5% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo e il 10,2% in modo saltuario.

Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono Campania (22,2%), Sicilia (24,5%) e Calabria (25,0%), tutte collocate nel Meridione, mentre le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano (62,5%), PA di Trento (51,0%) e Valle

E. BOLOGNA





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

d'Aosta (43,3%) 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, quindi, si evidenzia maggiormente nelle regioni meridionali, dove 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 55,3%, seguita da Campania (53,5%) e Calabria (49,8%).

L'analisi territoriale mette in luce, inoltre, una maggiore tendenza alla pratica sportiva nei Comuni centro delle aree metropolitane (36,1%) e nei medi e grandi Comuni superiori ai 2.000 abitanti. Quote meno elevate, invece, nei piccoli Comuni fino a 2.000 abitanti (32,2%) (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 rappresentano risultano sostanzialmente sovrapponibili. Lo sport è una attività del tempo libero fortemente legata al genere in relazione 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 (74,1%) con il 65,9% che pratica sport in modo continuativo e 1'8,2% 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 6,6% 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 30,0% pratica sport con continuità e l'11,3% lo pratica saltuariamente, mentre per il genere femminile la percentuale è del 21,7% e dell'8,0%, rispettivamente.



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, 2005-2018

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		0,4
2017 2018	28,9 30,0	11,1 11,3	26,2 26,9	33,4 31,6	0,4 0,2
			Femmine		
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7		29,3	46,9	
		7,6			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
2018	21,7	8,0	30,1	40,0	0,3
			Totale		
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	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
2013	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2014	23,8	9,5	26,5	39,9	0,3
2015	25,8 25,1	9,3 9,7	25,7		
				39,2	0,3
2017 2018	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4
1111 I V	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

-

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

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 2018

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato	
Piemonte	28,0	11,6	32,8	27,4	0,2	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,3	15,0	28,6	28,0	0,1	
Lombardia	30,4	10,6	31,6	27,2	0,2	
Bolzano-Bozen	44,5	18,0	23,8	13,6	0,1	
Trento	33,9	17,1	32,4	16,6	n.d.	
Veneto	30,2	12,5	34,6	22,6	0,1	
Friuli Venezia Giulia	30,0	10,6	34,7	24,6	0,2	
Liguria	26,9	9,3	30,8	32,9	0,2	
Emilia-Romagna	29,7	12,7	30,1	27,4	0,2	
Toscana	28,3	10,0	32,4	29,0	0,3	
Umbria	27,4	9,9	31,1	31,5	0,1	
Marche	25,6	11,6	28,6	34,0	0,2	
Lazio	25,0	8,8	26,4	39,5	0,3	
Abruzzo	24,7	7,7	26,5	40,5	0,6	
Molise	23,1	7,8	25,3	43,4	0,5	
Campania	17,0	5,2	23,7	53,5	0,6	
Puglia	21,9	7,7	24,2	46,0	0,1	
Basilicata	25,3	5,5	23,1	45,7	0,4	
Calabria	17,2	7,8	24,6	49,8	0,5	
Sicilia	18,1	6,4	19,9	55,3	0,3	
Sardegna	25,5	10,2	29,5	34,4	0,4	
Italia	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3	

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2018

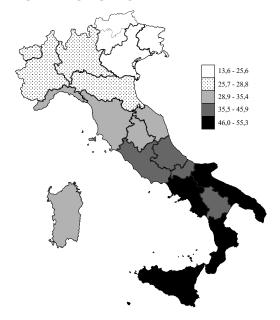


Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e per classe di età - Anno 2018

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato		
			Maschi				
3-5	24,7	2,2	29,6	42,4	1,1		
6-10	64,4	5,6	11,5	18,1	0,4		
11-14	65,9	8,2	14,0	11,6	0,2		
15-17	58,4	14,7	13,6	12,8	0,5		
18-19	47,4	18,1	18,9	15,0	0,5		
20-24	42,7	18,7	19,0	19,4	0,2		
25-34	39,3	14,5	23,2	22,8	0,2		
35-44	30,8	13,9	26,5	28,5	0,2		
45-54	24,8	13,5	30,0	31,6	0,2		
55-59	19,7	11,8	35,9	32,3	0,3		
60-64	19,7	11,7	34,9	33,8	n.d.		
65-74	14,7	7,4	35,5	42,3	0,2		
75+	6,6	3,1	28,5	61,7	0,1		
Totale	30,0	11,3	26,9	31,6	0,2		
	Femmine						
3-5	27,9	3,3	23,3	44,0	1,6		
6-10	60,6	4,2	12,3	21,9	1,0		
11-14	56,8	6,5	18,2	17,9	0,6		
15-17	42,6	11,3	23,8	21,9	0,4		
18-19	31,9	10,4	32,1	25,2	0,4		
20-24	34,7	14,1	29,8	21,4	n.d.		
25-34	27,2	11,3	31,5	29,8	0,4		
35-44	21,2	11,5	33,9	33,2	0,1		
45-54	19,2	10,3	36,0	34,2	0,2		
55-59	15,2	9,0	37,2	38,4	0,2		
60-64	13,6	7,0	40,7	38,4	0,2		
65-74	10,9	4,1	33,4	51,6	0,1		
75+	3,1	1,5	17,1	78,1	0,3		
Totale	21,7	8,0	30,1	40,0	0,3		
			Totale				
3-5	26,2	2,7	26,6	43,1	1,3		
6-10	62,6	4,9	11,9	19,9	0,7		
11-14	61,5	7,4	16,1	14,7	0,4		
15-17	50,5	13,0	18,7	17,3	0,5		
18-19	39,5	14,2	25,6	20,2	0,4		
20-24	39,0	16,6	24,0	20,3	0,1		
25-34	33,3	12,9	27,3	26,2	0,3		
35-44	26,0	12,7	30,2	30,9	0,2		
45-54	22,0	11,9	33,0	32,9	0,2		
55-59	17,4	10,4	36,5	35,5	0,2		
60-64	16,5	9,2	37,9	36,2	0,1		
65-74	12,6	5,6	34,3	47,3	0,2		
75+	4,5	2,1	21,8	71,3	0,2		
Totale	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3		

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

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 2018 non sono del tutto soddisfacenti.

Dall'analisi descritta emerge che circa quattro persone su dieci sono sedentarie e che la sedentarietà cre-

sce con l'aumentare dell'età ed è più elevata tra le donne. Questi sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

La strategia europea "Guadagnare salute" (6), 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 all'uso 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 (7), 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) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. Can J Public Health 2007; 98: S109-S121.
- (4) World Health Organization (WHO). Global recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO; 2010
- (5) World Health Organization (WHO). Physical activity, Fact sheet N° 385, February 2017.
- (6) 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.
- (7) World Health Organization (WHO). "Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025": 2015. (8) 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 2019, si stimano 53.000 nuove diagnosi di carcinomi della mammella femminile.

Il rischio di ammalare aumenta con l'aumentare dell'età e, in particolare, dopo i 50 anni. La prognosi è buona, la sopravvivenza è pari all'87% a 5 anni dalla diagnosi e all'80% a 10 anni. Malgrado l'alta sopravvivenza e la continua tendenza alla riduzione della mortalità per questa neoplasia, nel 2016 il carcinoma mammario resta, comunque, la 1ª causa di morte per tumore fra le donne rendendosi responsabile di 12.000 decessi (1). Una quota rilevante di donne vengono diagnosticate in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità dei programmi di screening mammogra-

fico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei

Livelli Essenziali di Assistenza. Il Ministero della

Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecu-

zione di screening di popolazione, con programmi

organizzato che offrono sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipa-

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, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sulle attività di promozione.

PASSI è un sistema di sorveglianza che raccoglie ogni anno informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali di un campione di oltre 35.000 persone di età 18-69 anni, rappresentativo per genere ed età della popolazione residente in Italia (2). In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2015-2018, stimati su un campione complessivo di 27.219 donne di età 50-69 anni.

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

Numeratore

Donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottopone a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea

x 100

Denominatore Donne di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia

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. Tuttavia, 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 di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening mammografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare in parte l'adesione a quest'ultimi.

V. MINARDI, B. CONTOLI, M. MASOCCO



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 2015-2018, 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).

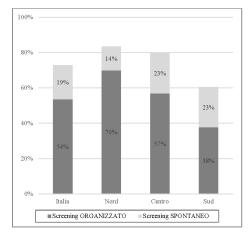
Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono essenzialmente determinate dalle differenze nelle coperture dello screening organizzato più elevate al Nord (70%), meno al Centro (57%) e ancor più basse al Sud e nelle Isole (38%).

Di contro, la geografia dello screening mammografico spontaneo è più bassa al Nord (14%) e maggiore al Centro e nel Meridione (entrambe 23%) senza, tuttavia, riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato (Grafico 1).

Nel periodo 2008-2018 è aumentata, significativamente, la copertura totale dello screening mammografico in tutto il Paese sostenuta, principalmente, dall'aumento dell'offerta dei programmi organizzati. Tuttavia, mentre nel Meridione, dove l'offerta di programmi organizzati è ancora bassa, continua ad aumentare la copertura dello screening spontaneo, nel Nord, che ha raggiunto una buona copertura dello screening organizzato, inizia a ridursi significativamente la quota di donne che si sottopone a mammografia spontaneamente (Grafico 2). La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore nella classe di età 50-59 anni (23%), tra le più istruite (28%) e tra quelle che riferiscono di non aver

alcuna difficoltà economica (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 2015-2018



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2019.

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 2015-2018

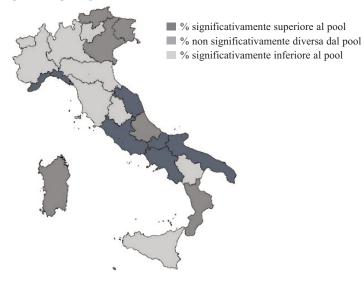
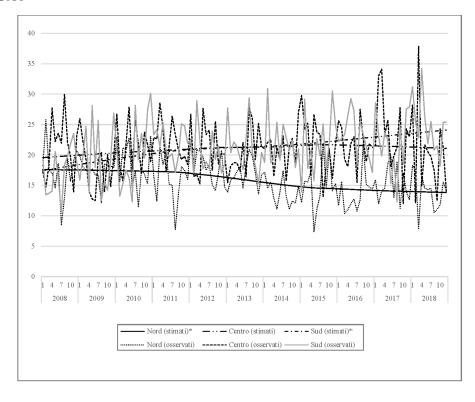




Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2018



*p <0,01.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2015-2018, più di otto 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 di programmi organizzati che su iniziativa spontanea. Infatti, il 34% 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 65% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a mammografia preventiva, al 78% 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, 2019. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI. Disponibile sul sito:

www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri Cancro-operatori-web.pdf. Ultimo accesso 23 novembre 2019.

(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. Il carcinoma della cervice uterina è al 2° posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne.

In Italia, nel 2019, si stimano 2.700 nuovi casi di tumori della cervice uterina (pari all'1,8% di tutti i tumori incidenti nelle donne). Questa neoplasia è più frequente nella fascia giovanile (4% dei casi, 5^a neoplasia più frequente).

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 2016, sono stati 509 i decessi per tumore della cervice uterina.

L'infezione da HPV, sessualmente trasmessa, rappresenta la causa necessaria per sviluppare la malattia. Cofattori immunosoppressivi (concomitante infezione da *Herpes simplex Virus* o *Human Immunodeficiency Virus*, abitudine al fumo e assunzione di estroprogesti-

nici) facilitano la persistenza dell'infezione e l'insorgenza del carcinoma (1).

L'esecuzione dello screening è raccomandata ogni 3 anni alle donne di età 25-64 anni. Le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone ai test di screening raccomandato su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sulle attività di promozione. In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2015-2018, stimati su un campione complessivo di 53.074 donne di età 25-64 anni.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottopone 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 x 100

Denominatore Donne di età 25-64 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening

del tumore della cervice uterina

Validità e limiti. In contesti diversi da quelli italiani, i dati riferiti sono stati più volte confrontati con 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 il 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. Tuttavia, 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 sistematica-

mente 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 di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening per il tumore della cervice uterina fuori dai programmi organizzati possa disincentivare, in parte, l'adesione a questi ultimi.



Descrizione dei risultati

Nel periodo 2015-2018, il 46% della popolazione *target* femminile si è sottoposta a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 33%, si è sottoposta a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati su iniziativa spontanea.

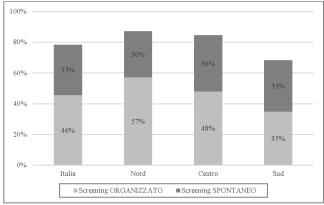
Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (57% vs 30% nel Nord e 48% vs 36% nel Centro). Nelle regioni meridionali, invece, la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse ed è

sovrapponibile a quella delle donne che lo fa su iniziativa spontanea (35% vs 33%) (Grafico 1).

Dal 2008 al 2018, 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 meridionali 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 organizzato su iniziativa spontanea è maggiore nella fascia di età 35-49 anni (37%) e tra le più istruite (41%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 35% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 26% 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 2015-2018



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2019.

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 2015-2018

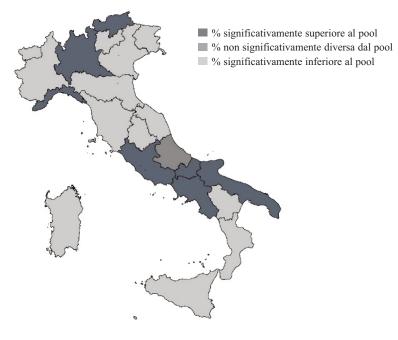
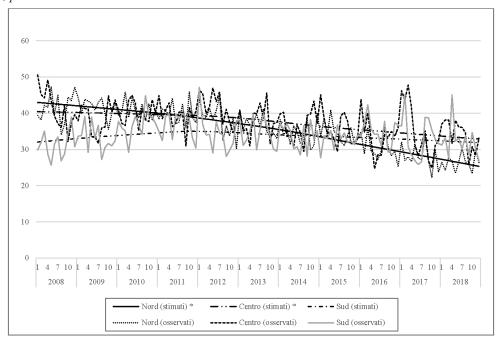




Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2018



*p <0,01.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2015-2018, quasi nove 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'81% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL, all'82% 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.

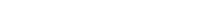
Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2019. Intermedia Editore. A cura di:AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI. Disponibile sul sito:

www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri Cancro-operatori-web.pdf. Ultimo accesso 21 novembre 7019

(2) La sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito: www.epicentro.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, 2° solo al tumore della prostata e del polmone negli uomini e al tumore della mammella nelle donne.

In Italia, nel 2019, si stimano 49.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (pari al 14% di tutti i tumori incidenti fra gli uomini e al 12% 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 analoga fra uomini e donne, ma non per area geografica. Infatti, nelle regioni meridionali si osservano tassi di sopravvivenza più bassi.

Nel 2016, sono stati osservati quasi 20.000 decessi per carcinoma del colon-retto, di cui il 54% negli uomini (1). La ricerca del 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 di età 50-69 anni, offrendo la ricerca del SOF con frequenza biennale.

L'offerta mostra una ampia variabilità regionale: tutte le regioni, ad eccezione del Piemonte, offrono alle persone di età 50-69 anni il test per la ricerca del SOF ogni 2 anni, con colonscopia come test di secondo livello nei casi positivi al SOF. Alcune regioni (fra cui il Lazio e l'Umbria) estendono l'invito alla ricerca del SOF fino all'età di 74 anni. Il Piemonte, invece, offre la retto-sigmoidoscopia a 58 anni una volta nella vita e, in caso di non risposta, offre la ricerca del SOF biennale fino all'età di 69 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, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sulle attività di promozione.

In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2015-2018, stimati su un campione complessivo di 47.979 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si

calcola questo indicatore cumulativo, possono sovra-

stimare la copertura; pertanto, mancando studi effet-

tuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nel-

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calco-

lo della stima per ASL; per garantire idonea rappre-

sentatività degli stessi indicatori a livello regionale e

nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati

per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemon-

tesi sono escluse da queste stime a causa della non

confrontabilità dei programmi di screening adottati.

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 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

o su iniziativa spontanea

x 10

l'interpretazione di questo dato.

Denominatore Persone di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening per il tumore del colon-retto

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

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

consigliati.

V. MINARDI, B. CONTOLI, M. MASOCCO



Descrizione dei risultati

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso.

Dai dati PASSI del periodo 2015-2018 risulta che il 47% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni, oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni).

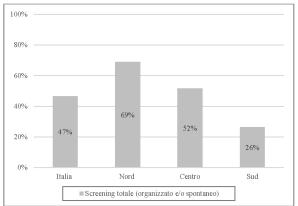
Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (69%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (52%) e del Sud ed Isole (26%). Il dato più elevato di copertura si registra in Veneto con il 74%,

quello più basso in Puglia con il 12% (dati standardizzati per genere ed età non presenti nei grafici). 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, grazie all'aumen-

to della copertura dello screening organizzato.

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente nella fascia di età 60-69 anni (51% vs 42% fascia di età 50-59 anni), nelle persone più istruite (50% laureati vs 39% senza titolo di studio o con licenza elementare), tra le persone senza difficoltà economiche (56% vs 33% con difficoltà economiche) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (47% vs 41%) (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 2015-2018



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 2019.

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 2015-2018

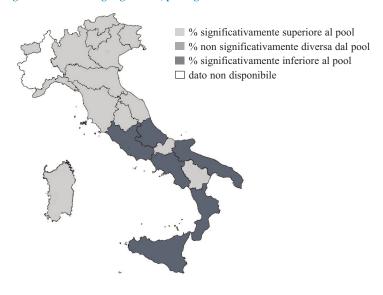
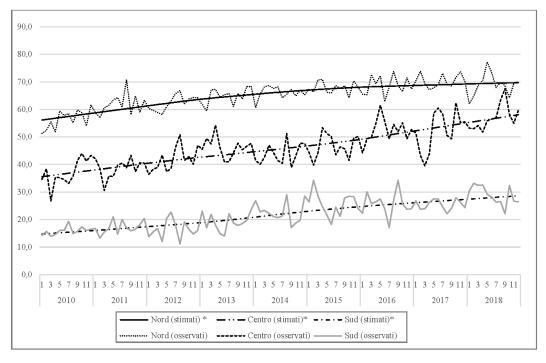








Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2018



*p <0,01.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) sui dati osservati mensili. Anno 2019.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2015-2018, quasi sette persone su dieci di età 50-69 anni sono state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto fra la lettera di invito della ASL, il consiglio medico o una campagna informativa.

L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti, ma la lettera di invito della ASL e il consiglio medico sono i più efficaci, in particolar modo se combinati. Fra coloro che non sono stati raggiunti da alcun intervento di promozione, infatti, solo il 3% si sottopone alla ricerca del SOF, mentre fra coloro che hanno ricevuto la lettera di invito da parte della ASL più della metà (55%) si sottopone alla ricerca del SOF e questa quota sale al 72% fra coloro che hanno ricevuto sia la lettera che il con-

siglio del proprio medico o di un operatore sanitario. La lettera di invito da parte della ASL potrebbe non essere sufficiente a garantire una buona adesione ai programmi di screening organizzati, mentre una strategia efficace per aumentare l'adesione dei pazienti potrebbe essere la promozione di campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2019. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI, SIAPEC-IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-operatoriweb.pdf.

(2) La sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi (ultimo accesso 17 gennaio 2020).



Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping"

Dott.ssa Luisa Mastrobattista, Dott.ssa Rosilde Di Pirchio, Dott.ssa Graziella Lanzillotta, Dott. Piergiorgio Massaccesi, Dott. Guido Mortali, Daott.ssa Roberta Pacifici

Le helpline rappresentano uno strumento a supporto degli approcci di salute pubblica (1). In quest'ottica opera il Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" dell'Istituto Superiore di Sanità, ospitato presso il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD). Il Servizio è un mezzo di promozione della salute a contatto diretto con il cittadino e si compone del Telefono Verde contro il Fumo (TVF) (800 554088), del Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo (800 558822), del Telefono Verde Alcol (800 632000), del Telefono Verde Droga (800 186070) e del Telefono Verde Anti-Doping (800 896970). Una équipe di psicologi, attraverso la metodologia del counselling telefonico, sostiene e motiva l'utenza nel facilitare le scelte salutari verso un percorso di cambiamento attivando e valorizzando le risorse personali, familiari e territoriali. Tale intervento specialistico permette l'attivazione di una relazione professionale tra l'esperto, che integra conoscenze e competenze tecnico-scientifiche con quelle comunicativo-relazionali, e la persona-utente, che esprime una difficoltà relativa alla propria o altrui salute (2). Le helpline in carico al CNDD, inoltre, offrono informazioni di carattere sanitario e legislativo, consulenza ai cittadini e orientamento verso servizi di cura e altre risorse dedicate presenti sul territorio nazionale. Nel tempo, infatti, è stato rafforzato il network con gli operatori socio-sanitari in modo da favorire l'incontro tra la domanda del cittadino e l'offerta sul territorio. Le informazioni raccolte nel corso delle telefonate consentono di conoscere caratteristiche e bisogni dell'utenza per offrire interventi sempre più personalizzati.

La funzione di prevenzione e ausilio concreto per la tutela della salute pubblica delle *helpline* è particolarmente evidente nel caso del TVF che, a seguito del Decreto Legislativo n. 6/2016, compare su tutti i prodotti del tabacco da fumo con la dicitura "numero verde 800 554088 per smettere di fumare". Il TVF nasce già nel 2000 in virtù della lunga storia delle *quitline* per smettere di fumare. Esso si colloca all'interno degli approcci rivolti a tutta la popolazione (*population-wide*), come riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (3). Le *quitline* per smettere di fumare, gratuite e facilmente accessibili, sono raccomandate dall'OMS come parte delle strategie di prevenzione del tabagismo, insieme a terapia farmacologica a basso costo e servizi di cura dedicati (4).

I contatti al TVF sono aumentati esponenzialmente grazie all'intervento legislativo succitato e, nel 2018, le chiamate prese in carico sono state circa 11.000. Sono pervenuti contatti da tutte le regioni, principalmente da parte di fumatori (n = 9.900, 90,0%) che nella maggior parte dei casi hanno domandato aiuto per smettere di fumare (94%). Non sono mancate telefonate di familiari (n = 500, 4,5%), che nella quasi totalità delle chiamate hanno chiesto suggerimenti per sostenere i propri cari nel processo di disassuefazione (97,5%), e di professionisti del mondo della salute e della scuola (4%) (Grafico 1). Tra i fumatori, due utenti su tre sono uomini (67,9% vs 32,1% di utenti donne). In virtù dell'ampia accessibilità del numero verde, i fumatori si distribuiscono su tutte le classi di età, con una numerosità importante anche nella popolazione giovane. Tra i fumatori uomini, infatti, la classe di età più rappresentata è quella di 18-25 anni (18,1%), mentre le fumatrici si concentrano maggiormente nella popolazione adulta con la rappresentatività più alta nella classe di età 56-65 anni (21,3%) (Grafico 2).

Rispetto al consumo medio di sigarette al giorno (s/die), la percentuale più alta per entrambi i generi si concentra nel *range* 11-20 s/die (43,3% uomini *vs* 51,7% donne); si osserva, inoltre, che nel fumare fino a 20 s/die sono maggiormente le donne (73,0% *vs* 60,3%), contrariamente a quanto si evidenzia nel consumo superiore al pacchetto (39,7% uomini *vs* 27,0% donne) (Grafico 3).

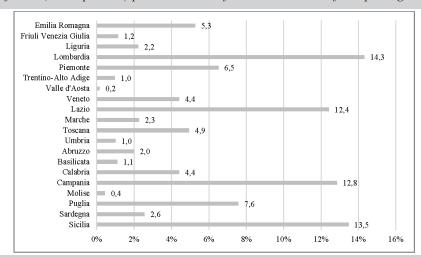
Dal momento che la quasi totalità dei fumatori che contatta il TVF chiede aiuto per smettere di fumare, l'informazione sul consumo giornaliero di sigarette porta a ritenere che il desiderio di abbandonare questa dipendenza prescinda dalla quantità di sigarette fumate.

Proprio in considerazione delle richieste dell'utenza, il TVF opera nell'ottica di favorire la continuità con il sistema di cura territoriale, facilitando l'accesso ai servizi per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo), ma anche proponendo ai fumatori percorsi di disassuefazione personalizzati attraverso interventi di counselling telefonico.

Il Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping", nazionale, anonimo e gratuito, è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 16:00.

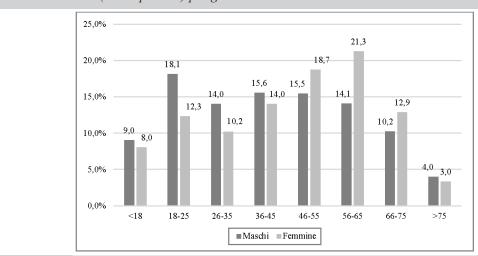


Grafico 1 - Telefonate (valori per 100) pervenute al Telefono Verde contro il fumo per regione - Anno 2018



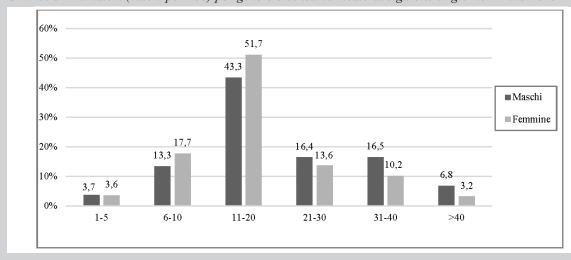
Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2019.

Grafico 2 - Fumatori (valori per 100) per genere e classe di età - Anno 2018



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2019.

Grafico 3 - Fumatori (valori per 100) per genere e consumo medio di sigarette al giorno - Anno 2018



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2019.



Riferimenti bibliografici
(1) Pizzi E, Di Pucchio A, Martucci L, Pacifici R, Zuccaro PG. Help line. Lavoro e formazione per rispondere alle richieste di aiuto telefonico. Campagne di prevenzione e counselling telefonico. Rossin MR, Bianchi MP. (a cura di). Franco Angeli Editore - Milano 2009; 43-58.
(2) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Istituto Superiore di Sanità. Documento sulla metodologia del counselling telefonico nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS. 2009.
(3) World Health Organization Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation). Geneva 2010.
(4) World Health Organization Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva 2011.

75



Sorveglianza Health Behaviour in School-aged Children 2018 in Italia

Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Dott.ssa Silvia Ciardullo, Dott.ssa Paola Nardone, Dott.ssa Angela Spinelli, Dott.ssa Serena Donati, Dott.ssa Enrica Pizzi, Dott.ssa Daniela Galeone, Gruppo di lavoro "Health Behaviour in School-aged Children" Italia 2018

Contesto

Nel recente documento "Global Accelerated Action for the Health of Adolescents" l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenzia il ruolo chiave degli adolescenti nel creare società più sostenibili e sane (1). Già nel Report "Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade" del 2014, l'OMS aveva ribadito la propria attenzione verso gli adolescenti esprimendo la necessità di includerli, insieme a donne e bambini, in programmi di tutela e promozione della salute attraverso l'attuazione di azioni concrete (2). L'attenzione verso l'età preadolescenziale e adolescenziale mediante azioni mirate, presuppone una approfondita

L'attenzione verso l'età preadolescenziale e adolescenziale mediante azioni mirate, presuppone una approfondita conoscenza di fattori individuali (diversità caratteriali, comportamentali e genetiche), nonché di fattori ambientali (contesti sociali estremamente eterogenei) che caratterizzano la popolazione giovanile. Tali fattori, di rischio o di protezione, condizionano le scelte quotidiane dei ragazzi e pongono le basi per i comportamenti futuri.

L'individuazione dei comportamenti a rischio sui quali è possibile intervenire è strategica per lavorare con i ragazzi allo sviluppo di conoscenze e competenze utili per affrontare con consapevolezza la vita adulta, attraverso il potenziamento dei fattori protettivi.

In un ambito così complesso e multidisciplinare si colloca l'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), una indagine svolta dal 1983, promossa da un gruppo di ricercatori inglesi, finlandesi e norvegesi, in collaborazione con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS. L'HBSC è uno studio multicentrico internazionale che ha l'obiettivo di rilevare, monitorare e comprendere i comportamenti correlati alla salute nella popolazione preadolescente e adolescente (ragazzi di età 11, 13 e 15 anni) attraverso indagini campionarie svolte ogni 4 anni. Questa strategia permette di valutare i fenomeni nel tempo, nonché eventuali cambiamenti derivanti da politiche e/o interventi (3). Ad oggi, l'HBSC è attivo in più di 40 Paesi tra l'Europa e il Nord-America. L'Italia partecipa allo studio HBSC dal 2001 e, ad oggi, sono state effettuate cinque indagini nazionali (4-6). Nel 2010, in sintonia con il programma interministeriale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", il Ministero della Salute ha inserito l'HBSC nel Progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" identificando l'Istituto Superiore di Sanità come coordinatore e le Università degli Studi di Torino, Siena e Padova come collaboratori dello studio nazionale e referenti di quello internazionale (7). Grazie a questo Progetto, la raccolta dati effettuata nel 2010 ha previsto per la prima volta un campionamento su base regionale con il coinvolgimento di tutte le regioni e PA permettendo di ottenere informazioni sulle diverse realtà territoriali e un campione nazionale molto più numeroso. Nel 2017, il DPCM "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" ha inserito il "Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni" tra quelli di rilevanza nazionale e regionale e ha individuato nell'Istituto Superiore di Sanità l'Ente di livello nazionale presso il quale è istituito (8). Facendo seguito a questo mandato istituzionale, l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato la rilevazione del 2018 con la collaborazione dell'Università degli Studi di Torino, Siena e Padova. Tutte le regioni e PA hanno partecipato all'indagine, caratterizzata da una elevata adesione non solo dei ragazzi, ma anche delle loro famiglie e delle scuole.

Metodi

Popolazione di studio

La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di età 11, 13 e 15 anni che frequentano, rispettivamente, le prime e le terze classi delle scuole secondarie di I grado e le classi seconde delle scuole secondarie di II grado (sia scuole statali che paritarie distribuite in tutte le regioni). L'indagine viene svolta nelle scuole, che rappresentano un luogo favorevole al raggiungimento e coinvolgimento dei ragazzi e degli altri *target* coinvolti nell'indagine (genitori, Dirigenti scolastici e Docenti) (7).

Modalità di campionamento

La procedura di campionamento segue le Linee Guida internazionali (3). La stratificazione è su base territoriale assumendo come strati le regioni. Per la selezione dei soggetti viene utilizzato un campionamento a grappolo (*cluster*) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica, selezionata con un campionamento sistematico dalla lista completa delle scuole, pubbliche e paritarie, fornita dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.



La numerosità campionaria è di 1.200 soggetti per fascia di età in ogni regione; tale numerosità è stata maggiorata del 5% per la fascia di età dei 13enni e del 15% per la fascia di età dei 15enni al fine di considerare la presenza di eventuali alunni ripetenti. Le numerosità ottenute per ciascuna fascia di età sono state poi incrementate del 10% per ridurre l'impatto dei rifiuti attesi degli alunni, stimati in base alle rilevazioni precedenti. È stato, inoltre, introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovra campionamento al fine di ottenere dati rappresentativi a livello più ristretto (ASL, Provincia etc.).

Per il consenso alla partecipazione, i genitori ricevono una informativa che illustra le finalità della raccolta dati e dà loro la possibilità di esprimere il diniego circa la partecipazione dei propri figli allo studio; anche i ragazzi possono esprimere il loro diniego a partecipare.

Il protocollo dello studio, nonché il questionario rivolto ai ragazzi, è stato vagliato e successivamente approvato dal Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità per quanto riguarda la rilevazione del 2018.

Ouestionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il Dirigente scolastico (opzionale). Entrambi gli strumenti, elaborati da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale, contengono una parte "core" comune a tutti i Paesi partecipanti ed obbligatoria e una parte "opzionale" con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento (3, 4). Il questionario rivolto ai ragazzi indaga i comportamenti correlati con la salute nella sua accezione più ampia di benessere individuale e sociale e comprende le seguenti sezioni:

- dati anagrafici (età, genere e Paese di nascita);
- contesto sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori) e ambientale;
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei e l'ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, consumo di alcol e tabacco, bullismo e *cyberbullismo*, consumo di cannabis e gioco d'azzardo);
- uso di internet e social network;
- abitudini sessuali.

Le sezioni riguardanti il consumo di cannabis, il gioco d'azzardo e le abitudini sessuali sono presenti solo nei questionari per i 15enni. I questionari sono anonimi e auto-compilati dai ragazzi in classe.

Il questionario rivolto al Dirigente scolastico, somministrato contestualmente a quello dei ragazzi, indaga alcune dimensioni relative ad aspetti della scuola:

- caratteristiche strutturali e risorse;
- misure di promozione della salute adottate;
- informazioni sul quartiere e sulle problematiche nell'area in cui è situata la scuola.

Per la rilevazione 2018, sono state introdotte alcune nuove domande volte a esplorare argomenti della salute dei ragazzi che non erano stati indagati nelle precedenti versioni. È stata, ad esempio, ampliata la gamma di alimenti di cui si indaga il consumo settimanale aggiungendo i cereali (*corn flakes*, *muesli*, pane, pasta e riso) e i legumi ed è stata aggiunta una domanda sulla frequenza dei pasti consumati in famiglia. Vista la crescente rilevanza del fenomeno, è stato chiesto ai ragazzi se, negli ultimi 2 mesi, abbiano partecipato o abbiano subito azioni di *cyberbullismo*. È stato introdotto, infine, un *focus* sui *social media*, in particolare sui contatti e sulle comunicazioni *online* con amici, genitori, fratelli/sorelle, compagni di classe ed insegnanti. Attraverso una batteria di 9 domande sull'utilizzo dei *social network* (ad esempio *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *Ask* e *Youtube*) e dei programmi di messaggistica istantanea (ad esempio *WhatsApp* e *Messenger* di *Facebook*), è stato possibile creare un indicatore sintetico che, mediante una scala validata a livello internazionale, individua l'uso "problematico" di questi strumenti.

Risultati e discussione

Nel corso dell'anno scolastico 2017-2018 si è svolta la 5ª raccolta dati HBSC. In totale, sono state selezionate 4.183 classi nelle scuole secondarie di I e II grado e hanno restituito i questionari compilati 3.608 classi con una rispondenza complessiva dell'86,3% (Tabella 1). In generale, la buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine e la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

A livello regionale, i tassi più bassi di partecipazione delle classi si sono registrati in Umbria e Basilicata. Hanno risposto al questionario 58.976 studenti di età 11, 13 e 15 anni distribuiti in tutte le regioni. Complessivamente, i maschi sono stati il 50,7% vs 49,3% le femmine (Tabella 2).



Il tasso di rispondenza complessivo dei ragazzi è stato del 97,1% senza apprezzabili variazioni regionali. Relativamente alla provenienza dei partecipanti, il 3,5% dei ragazzi è nato all'estero e le regioni in cui tale prevalenza è più marcata, conseguenza della maggiore presenza della popolazione straniera, sono quelle del Centro-Nord.

Il livello di istruzione dei genitori dichiarato dai ragazzi intervistati, considerando il titolo di studio più elevato conseguito tra i due, risulta essere medio-alto (diploma o laurea) per il 65,3% delle famiglie.

I primi risultati dello studio 2018 sono stati presentati ad ottobre, in occasione del convegno "La salute degli adolescenti: i dati della sorveglianza HBSC-Italia 2018" presso l'Istituto Superiore di Sanità e attraverso delle schede tematiche pubblicate sul sito dedicato (10). Dal punto di vista divulgativo, i prossimi passi vedranno la redazione dei Report relativi ai dati regionali e, successivamente, del Report nazionale di sintesi e confronto tra le regioni.

Tra gli obiettivi futuri è previsto il coinvolgimento nella sorveglianza dei ragazzi di età 17 anni ed, eventualmente, l'introduzione di nuovi determinanti in relazione ad argomenti di interesse per il nostro Paese.

Tabella 1 - Classi campionate (valori assoluti) e rispondenza (valori per 100) dei partecipanti all'indagine Health Behaviour in School-aged Children per classe scolastica frequentata - Anno 2018

Classe scolastica frequentata	N classi campionate	Rispondenza
I° media	1.313	86,9
III° media	1.379	86,6
II° superiore	1.491	85,4
Totale	4.183	86,3

Fonte dei dati: Health Behaviour In School-Aged Children. Anno 2019.

Tasso (valori per 100) di partecipazione delle classi scolastiche frequentate dai partecipanti all'indagine *Health Behaviour in School-aged Children* per regione. Anno 2018

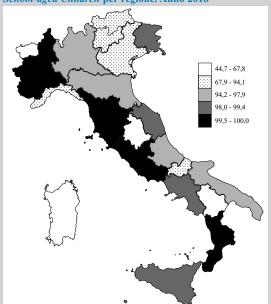
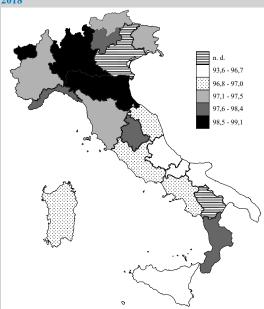


Tabella 2 - Partecipanti (valori assoluti e valori per 100) all'indagine Health Behaviour in School-aged Children per genere ed età - Anno 2018

Età	Mas	Maschi		Femmine		Totale	
Eta	N	%	N	%	N	%	
11 anni	9.940	37,0	9.564	36,1	19.504	36,6	
13 anni	10.468	36,1	10.086	35,8	20.554	36,0	
15 anni	9.412	26,9	9.506	28,1	18.918	27,5	
Totale	29.820	100,0	29.156	100,0	58.976	100,0	

Fonte dei dati: Health Behaviour In School-Aged Children. Anno 2019.

Tasso (valori per 100) di partecipazione dei ragazzi all'indagine Health Behaviour in School-aged Children per regione. Anno



Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017. (ISBN 978-92-4-151234-3).
 (2) World Health Organization (WHO). Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade, 2014.
- Disponibile sul sito. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second decade/en.
- (3) HBSC- Health Behaviour in School aged Children. Disponibile sul sito: www.hbsc.org.
- (4) HBSC-Italia, Health Behaviour in School aged Children. Disponibile sul sito: www.hbsc.unito.it. (5) Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).
- (6) Cavallo F, Lemma P, Dalmasso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D. Report nazionale dati HBSC Italia 2014. Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche; Torino 2016, ISBN: 9788875901028. (7) Lazzeri G, Giacchi MV, Dalmasso P, Vieno A, Nardone P, Lamberti A, Spinelli A, Cavallo F, HSBC 2010 Group. The
- methodology of the Italian HBSC 2010 study (Health Behaviour in School-aged Children). Ann Ig. 2013 May-Jun; 25 (3): 225-33. doi: 10.7416/ai.2013.1925
- (8) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.117, 22 maggio 2007.
 (9) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sor-
- veglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.109, 12 maggio 2017.
- (10) HBSC sito Epicentro. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018.