



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 a circa il 71% di tutti i decessi a livello globale. Nella fascia di età 30-69 anni muoiono ogni anno 15 milioni di persone per una NCDs 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, infatti, concorrono le disuguaglianze e la povertà, che pregiudicano l'accesso adeguato e dignitoso ad un sistema di cura, influenzando sulla produttività della forza lavoro e minacciando la prosperità economica e lo sviluppo sostenibile. Le NCDs creano enormi disparità di opportunità di salute specie per le popolazioni con basso reddito, in quanto, in tutte le realtà sociali, le popolazioni più povere e più vulnerabili risultano quelle più a rischio e con minore probabilità di avere accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. 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 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 (17,9 milioni all'anno), seguite da tumori (9,0 milioni), malattie respiratorie (3,9 milioni) e diabete (1,6 milioni). Questi quattro gruppi di malattie rappresentano oltre l'80% di tutte le morti premature di NCDs.

L'uso del tabacco, l'inattività fisica, l'uso dannoso di alcol, una dieta non salutare e l'eccesso di peso rappresentano fattori di rischio in grado di aumentare il rischio di mortalità per NCDs. Tali fattori di rischio rappresentano comportamenti 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.

I fattori di rischio contribuiscono a determinare quattro principali cambiamenti metabolici che aumentano il rischio di malattie non trasmissibili: aumento della pressione sanguigna, sovrappeso/obesità, iperglicemia (alti livelli di glucosio nel sangue) e iperlipidemia (alti livelli di grasso nel sangue). In termini di decessi attribuibili, il principale fattore di rischio metabolico a livello globale è l'elevata pressione arteriosa (a cui sono attribuiti circa il 19% dei decessi globali), seguita da sovrappeso e obesità e aumento della glicemia.

Nel tempo, in Italia il quadro complessivo delle condizioni di salute è stato caratterizzato da un buon miglioramento, testimoniato dal progressivo incremento della longevità, tant'è che il nostro Paese permane tra le nazioni con la più alta speranza di vita nel contesto europeo. I miglioramenti hanno riguardato tutte le fasi della vita con una evoluzione positiva della mortalità evitabile grazie anche all'adozione di stili di vita più salutari. Nel corso del 2020, tuttavia, il diffondersi della pandemia di SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) su scala mondiale ha innescato una battuta d'arresto rispetto a questo miglioramento rappresentando una delle minacce più importanti per la salute registrate negli ultimi decenni. L'epidemia ha colpito in modo violento specialmente gli anziani e le persone più fragili e svantaggiate, acuendo al contempo le significative disuguaglianze sociali che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*).

I primi dati a disposizione sull'argomento suggeriscono un peggioramento di molti dei fattori di rischio per la salute nell'anno della diffusione della pandemia; si stima, ad esempio, un aumento di chi presenta abitudine al fumo e, più in generale, delle dipendenze, un'abitudine a consumare più cibo ed ad avere abitudini sedentarie con una conseguente tendenza anche all'aumento della prevalenza dell'eccesso di peso. Tali evidenze sono ancora più preoccupanti vista l'associazione negativa tra i principali fattori di rischio per la salute e il COVID-19 che è stata messa in evidenza dai numerosi studi sull'argomento condotti nel corso dell'ultimo anno.

L'OMS, nella lotta all'arresto della pandemia COVID-19 e in un'ottica di progettualità verso il futuro, ha istituito il Gruppo di lavoro NCD/WIN su COVID-19 e malattie non trasmissibili che tenga conto dell'impegno assunto dai diversi capi di Stato e di Governo nel Paragrafo 40 della Dichiarazione politica dell'Assemblea





Generale delle Nazioni Unite del 2018 sulle NCDs. Utilizzando le parole dell'OMS, il gruppo si pone come obiettivo quello di "rafforzare la progettazione e l'attuazione delle politiche, anche per i sistemi sanitari resilienti e i servizi sanitari e le infrastrutture, per curare le persone che convivono con malattie non trasmissibili e prevenire e controllare i loro fattori di rischio durante l'epidemia di COVID-19, con particolare attenzione ai Paesi più vulnerabili all'impatto di COVID-19".

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 per ridurre i rischi associati alle NCDs e promuovere interventi per la prevenzione ed il loro contrasto. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 adottato nell'agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, come già il Piano che lo ha preceduto, mette in evidenza tra i suoi macro obiettivi al 1° posto proprio la "riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili". Il Piano rappresenta uno strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio. Esso mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita e nei luoghi in cui vive e lavora. Il PNP 2020-2025 mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società affrontando, dunque, il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile riconosce le NCDs come una grande sfida globale per lo sviluppo sostenibile. 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 da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento (obiettivo 3.4 dei *Sustainable Development Goals*). Questo obiettivo proviene dalle riunioni ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCDs nel 2011 e 2014, che hanno ribadito il ruolo di *leadership* e coordinamento dell'OMS nella promozione e nel monitoraggio dell'azione globale contro le NCDs.

In Italia, l'importanza di un monitoraggio epidemiologico costante nei confronti delle NCDs e dei fattori di rischio per la salute è stata formalizzata dal 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 quelle a rilevanza nazionale).

L'obiettivo della riduzione del 25% della mortalità prematura da NCDs entro il 2025, in Italia, rappresenta lo scopo finale e complessivo 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.

Le analisi che vengono proposte in questo Capitolo permettono di mettere in evidenza i trend in atto sui diversi fenomeni analizzati: da una parte fattori di rischio come il consumo di alcol, l'abitudine al fumo, la carenza di attività fisico-motoria, il sovrappeso e l'obesità generale e infantile; dall'altra le attività di prevenzione tramite screening (mammografico, cervice uterina, colon-retto). L'importanza di tutto ciò dipende dal fatto di essere consapevoli che per avviare i cambiamenti richiesti è necessario partire da un elevato livello di conoscenza individuale e collettiva sia circa i danni e i rischi legati ai comportamenti non salutari e sia di quanto questi siano diffusi sul territorio in maniera differenziata e tra i diversi *target* di popolazione. I risultati degli studi condotti evidenziano sia segnali positivi sia negativi e testimoniano l'importanza e l'efficacia delle strategie preventive se adottate adeguatamente. Si avverte ancora forte 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 differenziata nei diversi *target* di popolazione, con particolare attenzione verso i gruppi più vulnerabili.

Ove possibile, inoltre, il Capitolo offre delle analisi o riflessioni relative all'anno in corso che ci consentono di mettere in evidenza come la pandemia da COVID-19, attualmente ancora in corso, stia avendo delle forti ripercussioni sugli stili di vita della popolazione.





Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al fumo di tabacco continua a rappresentare una delle principali cause di morte evitabili. Oltre ad essere responsabile di più del 25% dei decessi per cancro, influisce in maniera elevata sull'insorgenza di malattie cardiovascolari e polmonari, mentre l'esposizione al fumo passivo determina la morte di oltre 1 milione di persone (1). L'attenzione

della comunità scientifica e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nella "Giornata mondiale senza tabacco 2020" è focalizzata sui giovani con l'obiettivo di renderli più consapevoli rispetto ai pericoli del consumo di tabacco e meno sensibili all'uso di prodotti nocivi di nuova generazione.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2019, è stata adottata per la prima volta una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è 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 2019, tra le persone di età 14 anni ed oltre, i fumatori sono 9 milioni e 700 mila circa, pari al 18,4% della popolazione in questa fascia di età. Si conferma il differenziale tra uomini e donne rispetto all'abitudine al fumo: sono fumatori il 22,4% degli uomini rispetto al 14,7% delle donne. Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: il 16,9% delle donne vs il 29,6% degli uomini.

Costruendo una ipotetica graduatoria in ordine decrescente rispetto alla percentuale di fumatori delle regioni e PA nel 2019, il Lazio si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori (22,7%), seguita da Umbria (21,7%) e Piemonte e Toscana con la stessa percentuale (19,7%). La Calabria e la PA di Bolzano hanno la più bassa percentuale di fumatori (15,4%) seguite dal Veneto (15,7%). Nel 2019 le Marche si posizionano nella parte bassa della graduatoria, registrando una diminuzione significativa di 4,3 punti percentuali di fumatori rispetto al 2018. 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. Come in passato, anche nel 2019, nei Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana, si rileva una maggiore abitudine al fumo rispetto ai centri più piccoli (rispettivamente, 20,9% nel centro dell'area metropolitana e 17,8% nei Comuni con meno di 2.000 abitanti). Una distanza più decisa si registrava nelle abitudini al fumo nel 2003 tra Comuni di grandi e piccole dimensioni (26,0% vs 21,4%).

La prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre si mantiene stabile; infatti, nel 2019, presenta un valore pari al 23,0%, in linea a quanto rilevato negli ultimi anni (23,4% nel 2018, 22,7% nel 2017).

La prevalenza maggiore di ex-fumatori nel 2019 si registra in Emilia-Romagna, capofila tra le regioni con il 26,2% della popolazione di età 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, le regioni del Nord-Est sono quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (24,9%), mentre le regioni del Sud si confermano quelle in cui la prevalenza è più bassa (pari a 20,1%).

Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali si evidenzia una percentuale superiore di ex-fumatori nei Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 23,1% e 24,1%) (Tabella 1).

Tra i fumatori, le fasce di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio sono, per gli uomini, quella dei giovani adulti di età compresa tra i 25-34 anni e i 35-44 anni, in cui si arriva, rispettivamente, al 30,0% e al 29,2%. Anche le donne giovani di età compresa tra i 35-44 anni rappresentano la classe di età con la quota più elevata di fumatrici (19,1%). Seguono le classi di età 20-24 anni e 55-59 anni con, rispettivamente, il 18,5% e il 18,4% di donne che si dichiarano fumatrici.

Anche nel 2019 sono state fumate in media 11,1 sigarette al giorno, in diminuzione rispetto al 2003, anno



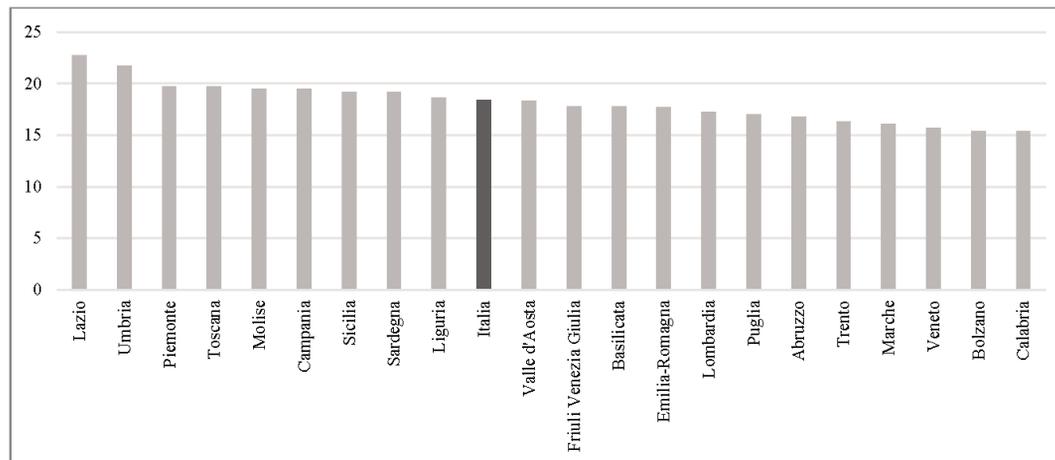


nel quale erano 13,8 le sigarette fumate in media, anche se negli ultimi 5 anni si osserva una sostanziale stabilità. I più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (12,2 sigarette vs 9,6 sigarette fumate in media).

Gli uomini della classe di età 60-64 anni rappresenta-

no i fumatori più “forti” (14,5 sigarette in media), mentre le fumatrici che presentano valori sopra la media nazionale appartengono alla fascia di età 65-74 anni con 11,4 sigarette in media e alla classe di età 55-59 anni (10,4 sigarette in media).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2020.





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

23

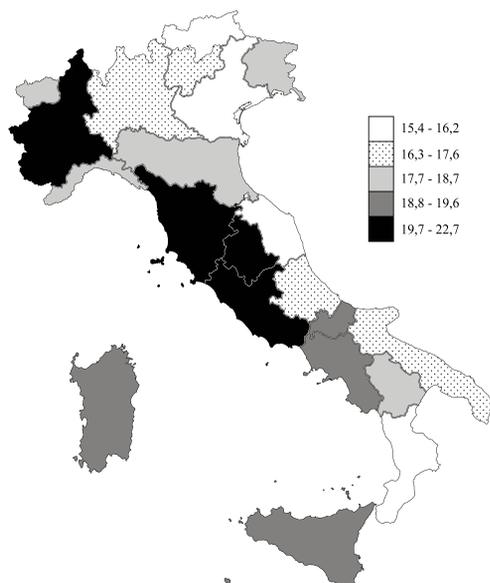
Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2019

Regioni/Macroaree	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	19,7	23,6	55,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,3	19,7	60,7
Lombardia	17,2	24,8	57,1
Bolzano-Bozen	15,4	22,1	60,6
Trento	16,3	23,5	58,0
Veneto	15,7	24,0	59,0
Friuli Venezia Giulia	17,8	25,9	55,2
Liguria	18,6	25,0	55,6
Emilia-Romagna	17,7	26,2	55,0
Toscana	19,7	25,5	54,1
Umbria	21,7	24,9	53,3
Marche	16,1	24,7	57,6
Lazio	22,7	22,4	53,8
Abruzzo	16,8	24,6	56,7
Molise	19,5	21,8	56,5
Campania	19,5	19,6	59,6
Puglia	17,0	20,4	61,1
Basilicata	17,8	19,9	61,0
Calabria	15,4	17,8	64,9
Sicilia	19,2	19,1	60,4
Sardegna	19,2	25,5	53,5
Italia	18,4	23,0	57,4
Nord-Ovest	18,0	24,4	56,6
Nord-Est	16,7	24,9	57,1
Centro	20,8	23,9	54,3
Sud	17,9	20,1	60,5
Isole	19,2	20,7	58,7
Denosità abitativa			
Comune centro dell'area metropolitana	20,9	23,1	55,3
Periferia dell'area metropolitana	17,5	24,1	56,9
Fino a 2.000 abitanti	17,8	22,3	58,4
Da 2.001 a 10.000 abitanti	17,6	22,6	58,2
Da 10.001 a 50.000 abitanti	18,2	22,6	58,2
50.001 abitanti ed oltre	18,6	23,5	56,9

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 2020.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2019



**Tabella 2** - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2019

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*
14-17	7,7	2,1	5,5	3,9	2,0	4,8	5,9	2,0	5,3
18-19	22,9	7,6	8,3	13,4	4,9	6,7	18,6	6,3	7,7
20-24	26,2	9,8	8,6	18,5	9,1	7,8	22,4	9,5	8,2
25-34	30,0	17,5	10,9	17,2	16,8	8,6	23,7	17,2	10,0
35-44	29,2	25,4	12,0	19,1	18,0	9,8	24,2	21,7	11,1
45-54	25,9	27,8	13,6	18,0	17,1	10,0	21,9	22,4	12,1
55-59	24,9	32,0	13,6	18,4	20,0	10,4	21,5	25,7	12,1
60-64	21,3	39,8	14,5	16,1	24,9	9,9	18,7	32,2	12,5
65-74	17,1	49,2	14,1	13,0	22,0	11,4	14,9	35,0	12,8
75+	6,7	49,8	11,4	5,1	13,8	9,2	5,8	28,3	10,2
Totale	22,4	29,6	12,2	14,7	16,9	9,6	18,4	23,0	11,1

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si rimanda al Paragrafo "Raccomandazioni di Osservasalute" dell'Indicatore che segue "Sigaretta elettronica".

Riferimenti bibliografici

Si rimanda al Paragrafo "Riferimenti bibliografici" dell'Indicatore che segue "Sigaretta elettronica".





Sigaretta elettronica

Significato. La sigaretta elettronica rappresenta un fenomeno sempre più in voga. Nell'ultimo anno sono stati numerosi gli studi sugli effetti di questa abitudine e continua ad essere, anche in questo momento di emergenza sanitaria, di estrema attualità 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.

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	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre	x 100

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 2019, è stata adottata per la prima volta una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è 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 2019, il 2,7% della popolazione di età 18 anni ed oltre dichiara di utilizzare la sigaretta elettronica. Così come accade per il fumo tradizionale di sigarette, anche in questo caso gli uomini mostrano una propensione maggiore: risultano fumatori di *e-cig* il 3,4% degli uomini vs il 2,0% delle donne. Quest'abitudine è cresciuta nel tempo anche se non in modo rilevante: nel 2014, infatti, avevano questa abitudine il 2,1% degli uomini vs l'1,1% delle donne. L'analisi territoriale mostra Marche (4,0%), Emilia-Romagna (3,6%) e Veneto (3,4%) come le regioni con più elevate percentuali di utilizzatori di *e-cig*. Appaiono non affezionati all'uso di questo dispositivo gli abitanti della Sicilia, Calabria, Valle d'Aosta e PA di Bolzano. Infatti, se si guardano le ripartizioni geografiche, l'uso della sigaretta elettronica risulta più diffuso nel Centro (3,4% degli individui >18 anni); nel Nord la prevalenza di utilizzatori è del 2,7% e nel

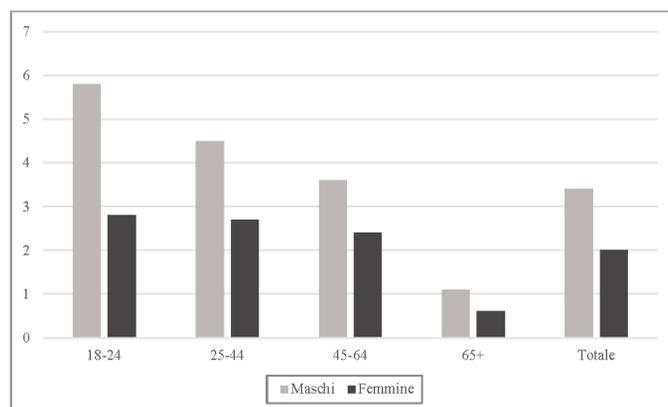
Mezzogiorno del 2,2%. Si nota una inversione rispetto al 2014 tra Nord e Centro. Inoltre, la sigaretta elettronica è più frequentemente adottata nei centri abitati più grandi: la usa, infatti, il 3,0% dei residenti nei Comuni che costituiscono il centro di un'area metropolitana rispetto al 2,4% dei residenti nei Comuni con al massimo 2.000 abitanti. I giovani rappresentano i maggiori utilizzatori della sigaretta elettronica, infatti gli individui di età compresa tra 18-24 anni mostrano le percentuali maggiori di utilizzatori: il 5,9% dei ragazzi e il 2,8% delle ragazze. Queste percentuali decrescono fino a raggiungere il minimo tra le persone di età >65 anni. Nel 2019, il 4,3% dei maggiorenni dichiara di aver usato in passato la sigaretta elettronica ma di aver smesso (rispettivamente, il 5,7% degli uomini e il 3,1% delle donne).

Infine, rimane particolarmente informativa l'Indagine *Global Youth Tobacco Survey* - Indagine globale sul tabacco e i giovani, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Centro di Controllo delle Malattie di Atlanta (*Centers for Disease Control and Prevention*), che coinvolge dal 2010 gli studenti del III anno della scuola secondaria di primo grado e del I e II anno della scuola secondaria di secondo grado (13, 14 e 15 anni). Tale indagine, fornisce i dati sulla prevalenza del fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco ed esplora cinque determinanti dell'abitudine al fumo. I risultati più rilevanti evidenziano che più di uno studente su cinque di età compresa tra i 13-15 anni fuma tabacco, il fumo di sigaretta è più diffuso tra le ragazze (23,6%) vs i ragazzi (16,2%), mentre per quanto riguarda la sigaretta elettronica sono i ragazzi ad usarla abitualmente di più (21,9%) rispetto alle ragazze (12,8%).



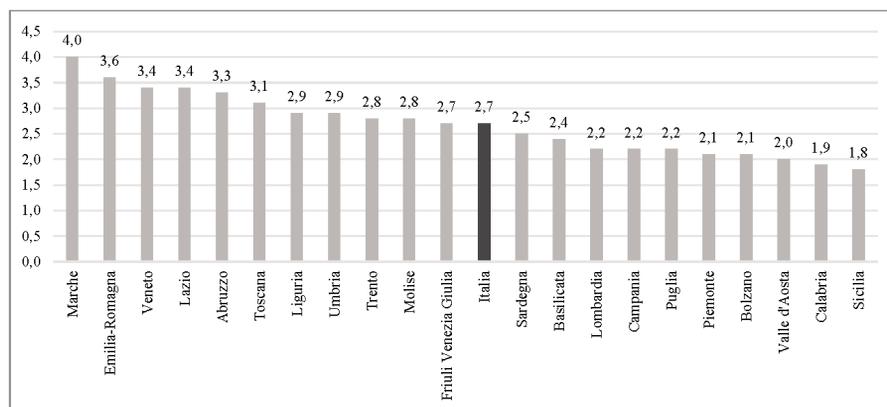


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per genere e classe di età - Anno 2019



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Istituto Superiore di Sanità ha già pubblicato alcuni interessanti risultati sull'uso del tabacco nel periodo del *lockdown* nei primi mesi del 2020 in cui si evidenzia che, purtroppo, circa il 9% della popolazione (la cui stima è di circa 3,9 milioni di persone) ha aumentato o iniziato il consumo di tabacco. L'8,6%, invece, ha aumentato il numero di sigarette fumate al giorno e 218 mila persone sono diventate nuovi fumatori. Precisamente, il consumo medio di sigarette al giorno è passato da 10,9 a 12,7 con un incremento dell'1,8%. Numerose sono le strategie messe in campo dalla comunità scientifica per il contrasto all'abitudine al fumo: l'aumento della tassazione di questi prodotti come deterrente all'uso e la formulazione di strategie di "ENDGAME" che consiste nel fissare delle date precise per le quali arrivare ad un livello molto basso di prevalenza di consumatori di tabacco. Inoltre, nel nostro Paese un Manifesto redatto da 24 Società Scientifiche invita i *policy maker* ad impegnarsi in politiche a lungo termine di "fine corsa" (*endgame*) per il tabacco in Italia, in grado di portare la prevalenza di fumatori al di sotto del 5% nell'arco di 20-25 anni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Statistica Report, L'evoluzione della mortalità per causa, Anni 2003-2014, 4 maggio 2017.
- (2) OMS report on the global tobacco epidemic 2020.
- (3) J Judy Li a., Rhiannon Newcombe, Darren Walton, The prevalence, correlates and reasons for using electronic cigarettes among New Zealand adults, *Addictive Behaviors* 45 (2015) 245-251.
- (4) Cho HJ, Dutra LM, Glantz SA. Differences in adolescent e-cigarette and cigarette prevalence in two policy environments: South Korea and the United States. *Nicotine Tob Res* 2018; 20: 949-53.
- (5) Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2017; 171: 788-97.
- (6) GYTS. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbscgyts/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20\(Ages%2013-15\).pdf](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbscgyts/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20(Ages%2013-15).pdf).
- (7) Gallus, S., Gorini, G., Spizzichino, L., Faggiano, F., Allara, E., Carreras, G., & D'Argenio, P. (2014). La tassazione del tabacco è uno strumento di salute pubblica. *Epidemiologia e prevenzione*, 38(5), 279-280.
- (8) *Tobacco Endgame - Manifesto Endgame*. Disponibile sul sito: <https://tobaccoendgame.it/azioni/manifesto-endgame>.





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 il 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, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro (4), come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer* (5); infine, la drammatica recente esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) ha rimarcato come un consumo eccessivo di alcol, in un contesto aggravato dalle restrizioni e dall'isolamento sociale, possa far aumentare il rischio di violenza auto ed etero diretta (6, 7).

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, in accordo con l'OMS, la Società Italiana di Alcolologia e il Ministero della Salute, ha costruito un indicatore di sintesi per identificare i consumi di alcol

a rischio nella popolazione e nei suoi *target* più sensibili, con l'intento di fornire ai decisori politici uno strumento utile a stabilire quali sono gli interventi di Sanità Pubblica efficaci per prevenire le patologie alcol-correlate (8).

Le indicazioni per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana possono essere riassunte come segue: sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e per gli anziani (>65 anni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA¹ = 12 grammi di alcol puro); per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Allo stesso tempo è sempre sconsigliato il *binge drinking*, ossia il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora). L'indicatore di sintesi identifica 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	

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio

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

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio

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

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



Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio

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	x 100
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". 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, dove non diversamente specificato, sono state condotte utilizzando il livello di significatività del 95%. Gli indicatori sopra descritti sono utilizzati in tutti i sistemi di monitoraggio formali istituzionali: Sistema di Monitoraggio Alcol, ai sensi del DPCM del 3 marzo 2017, sul trasferimento all'ISS delle sorveglianze e nel Programma Statistico Nazionale (PSN) come statistica derivata.

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 17,9%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 17,7%, donne 8,2%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 34,0%, donne 8,6%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2019, la prevalenza italiana di quanti non hanno consumato bevande alcoliche sia l'anno precedente che nel corso della vita (non consumatori) di età >11 anni, è stata del 32,6% ed è rimasta stabile rispetto al 2018, sia a livello nazionale che a livello regionale. La prevalenza è più bassa tra gli uomini (M = 21,6%) rispetto alle donne (F = 42,9%). Per il genere maschile si rileva un leggero incremento rispetto all'anno 2018 (dati non presenti in tabella). Gli astinenti degli ultimi 12 mesi sono aumen-

tati in misura maggiore in Campania passando dal 4,2% al 6,6%; la prevalenza degli astemi è diminuita soprattutto in Molise (-12,7%) e Campania (-9,2%), mentre è aumentata nella PA di Bolzano e in Emilia-Romagna.

Consumatori a rischio (Cartogrammi, Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2019, è pari al 21,5% per gli uomini e all'8,9% per le donne. Per gli uomini si registra, rispetto al 2018, una diminuzione a livello nazionale dell'8,1% ed a livello regionale del 15,8% in Lombardia e del 17,8% in Veneto. La prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le realtà territoriali.

Sia per gli uomini che per le donne, come per l'anno 2018, si conferma che la prevalenza dei consumatori a rischio è stata più elevata in Valle d'Aosta (M = 36,6%, F = 13,7%), PA di Bolzano (M = 29,6%; F = 13,9%) e Piemonte (M = 24,1%; F = 11,0%); la prevalenza è stata, inoltre, elevata per il solo genere maschile anche nella PA di Trento (28,5%), Sardegna (28,0%), Friuli Venezia Giulia (26,7%), Molise (25,9%) ed Emilia-Romagna (25,4%), mentre per il solo genere femminile in Liguria (13,1%), Toscana (11,5%) e Piemonte (11,0%). Valori inferiori si registrano per entrambi i generi in Campania (M = 14,7%; F = 5,9%) e Sicilia (M = 15,8%; F = 5,4%), oltre a Calabria (6,5%) e Lazio (7,2%) per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio tra i ragazzi di età 11-17 anni nel 2019 è stata del 17,9% e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2018. A livello regionale (Intervallo di Confidenza al 90%) si rileva una riduzione dei consumatori a rischio in Abruzzo (-50,0%). Il Molise è l'unica regione in cui si registra una prevalenza di consumatori a rischio statisticamente superiore alla media nazionale; la Liguria (come lo scorso anno) e l'Abruzzo sono, invece, le uniche regioni con valori inferiori alla media italiana.



Adulti (Tabella 2). Nel 2019 la prevalenza dei consumatori a rischio di età 18-64 anni è stata dell'8,2% tra le donne e del 17,7% tra gli uomini e per questi ultimi si registra una diminuzione rispetto al 2018 dell'11,5%. A livello territoriale, per il solo genere maschile, si rileva un decremento importante dei consumatori a rischio nelle Marche (28,4%), in Campania (25,5%) e in Veneto (18,6%). Le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne sia a livello nazionale sia in tutte le realtà territoriali considerate. Le regioni che presentano una prevalenza di consumatori a rischio elevata sono per entrambi i generi, come lo scorso anno, la Valle d'Aosta (M = 33,8%; F = 12,2%) e la PA di Bolzano (M = 30,2%; F = 14,7%) a cui si aggiungono la Sardegna (26,9%), PA di Trento (26,2%) e Friuli Venezia Giulia (24,1%) per i soli uomini e la Toscana (11,8%), Liguria (11,7%) e Piemonte (10,5%) per le sole donne. Per il quinto anno consecutivo in Campania (M =

10,5%; F = 4,8%) e Sicilia (M = 12,5%; F = 4,1%) si rilevano i valori più bassi per entrambi i generi, a cui si aggiunge quest'anno il Lazio (14,7%) per i soli uomini.

Anziani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2019, è pari al 34,0% tra gli uomini e all'8,6% tra le donne e non si rilevano differenze statisticamente significative rispetto al 2018 né a livello nazionale né a livello regionale. I valori più alti di prevalenza di consumatori a rischio si registrano tra gli anziani di genere maschile in Valle d'Aosta (49,0%), mentre tra le coetanee in Liguria (16,2%). Presentano, infine, valori minimi la Sicilia (M = 24,8%; F = 4,0%) e la Campania (M = 27,9%; F = 5,9%) per entrambi i generi oltre a quelle rilevate in Calabria (3,5%), Sardegna (4,7%), Puglia (5,9%) e Umbria (6,2%) per le sole donne.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2018-2019*

Regioni	2018				2019			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	3,2	28,0	31,2	68,7	4,1	25,7	29,8	69,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	21,1	25,0	74,5	3,7	22,7	26,4	72,9
Lombardia	4,3	27,9	32,1	67,4	3,7	27,7	31,4	68,1
Bolzano-Bozen	5,0	20,7	25,7	73,9	5,1	23,8	28,9	69,9
Trento	5,3	26,7	32,0	67,6	4,4	25,5	29,9	69,5
Veneto	3,3	25,4	28,7	70,4	3,4	24,6	28,0	71,2
Friuli Venezia Giulia	4,4	23,5	27,9	71,7	4,5	24,0	28,5	70,6
Liguria	3,2	26,3	29,5	70,4	4,5	26,1	30,6	68,7
Emilia-Romagna	3,9	23,5	27,4	72,2	3,7	26,2	29,9	69,8
Toscana	4,3	25,6	29,9	69,8	3,2	26,4	29,6	70,0
Umbria	4,5	28,1	32,6	67,0	4,5	26,9	31,4	68,4
Marche	3,0	27,4	30,4	69,1	4,2	28,6	32,8	66,4
Lazio	3,4	27,6	31,0	68,7	4,3	28,2	32,5	66,6
Abruzzo	3,8	30,8	34,6	64,6	3,3	29,9	33,2	65,8
Molise	3,8	32,3	36,2	63,5	4,3	28,2	32,5	66,5
Campania	4,2	36,8	41,0	58,8	6,6	33,4	40,0	59,5
Puglia	3,6	29,6	33,2	66,1	3,9	30,5	34,4	65,0
Basilicata	4,1	30,8	34,9	64,2	2,6	29,7	32,3	66,8
Calabria	3,8	31,6	35,4	64,1	3,8	30,7	34,5	64,6
Sicilia	3,9	35,5	39,4	60,4	3,4	33,5	36,9	62,3
Sardegna	3,7	32,2	35,9	63,4	4,5	31,7	36,2	63,2
Italia	3,8	28,9	32,8	66,8	4,1	28,5	32,6	66,8

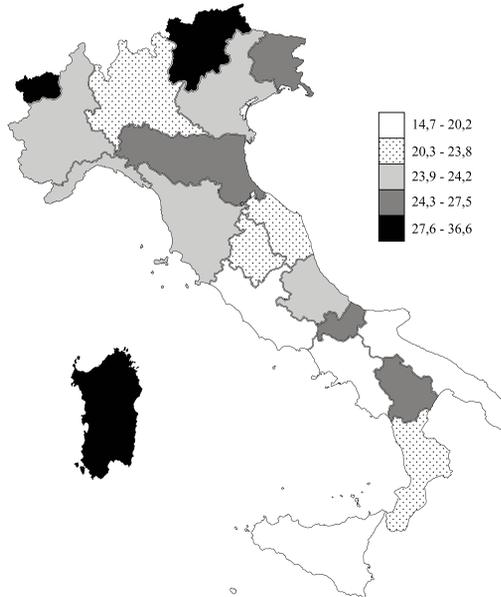
*La somma dei "Consumatori" e dei "Non consumatori" non corrisponde al 100% in quanto la popolazione al denominatore comprende anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

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 2020.





Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2019



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2019

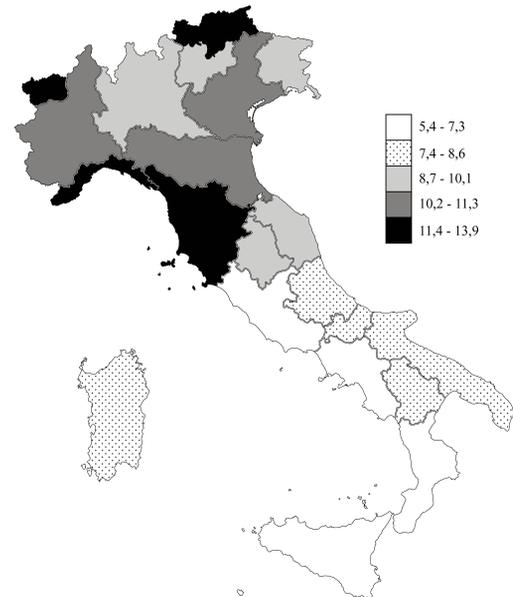


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per classe di età, genere e regione - Anno 2019

Regioni	11-17 anni	18-64 anni		≥65 anni		≥11 anni	
	Totale	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	19,0	19,1	10,5	39,5	10,5	24,1	11,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,5	33,8	12,2	49,0	12,9	36,6	13,7
Lombardia	14,5	18,3	8,9	35,1	10,5	21,3	10,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>20,1</i>	<i>30,2</i>	<i>14,7</i>	<i>31,9</i>	<i>10,0</i>	<i>29,6</i>	<i>13,9</i>
<i>Trento</i>	<i>13,9</i>	<i>26,2</i>	<i>9,3</i>	<i>40,2</i>	<i>7,0</i>	<i>28,5</i>	<i>9,0</i>
Veneto	16,6	20,1	8,3	39,5	12,6	24,0	10,3
Friuli Venezia Giulia	20,5	24,1	9,9	34,0	9,4	26,7	10,1
Liguria	11,0	18,8	11,7	39,1	16,2	23,9	13,1
Emilia-Romagna	19,5	21,9	10,1	36,9	10,0	25,4	10,7
Toscana	22,9	19,9	11,8	34,0	9,0	23,9	11,5
Umbria	22,6	18,7	10,1	32,9	6,2	23,4	9,1
Marche	17,1	16,1	9,1	36,4	7,7	21,3	9,1
Lazio	15,1	14,7	6,6	33,8	7,8	19,2	7,2
Abruzzo	12,1	20,6	8,7	35,8	8,4	23,9	8,5
Molise	34,3	21,3	7,3	35,8	7,5	25,9	8,6
Campania	17,6	10,5	4,8	27,9	5,9	14,7	5,9
Puglia	23,7	16,3	7,7	28,9	5,9	20,0	8,0
Basilicata	21,7	19,5	6,3	38,8	8,2	24,7	7,4
Calabria	18,4	17,1	6,5	31,2	3,5	20,5	6,5
Sicilia	20,2	12,5	4,1	24,8	4,0	15,8	5,4
Sardegna	16,4	26,9	9,1	33,2	4,7	28,0	8,0
Italia	17,9	17,7	8,2	34,0	8,6	21,5	8,9

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 2020.





Raccomandazioni di Osservasalute

La sostanziale stabilità degli indicatori sul consumo a rischio di bevande alcoliche, in particolare nei *target* più sensibili di popolazione (ragazzi, donne e anziani) e la drammatica pandemia da Sars-CoV-2 che nel corso del 2020 ha travolto l'Italia insieme a tutti i Paesi del mondo, non lasciano prevedere per il prossimo futuro la possibilità del raggiungimento dei nove Obiettivi delineati dall'OMS, tra cui la riduzione complessiva del 25% della mortalità prematura complessiva da malattie croniche non trasmissibili, prevalentemente delle quattro principali *Non Communicable Diseases* (patologie cardiovascolari, cancro, malattie croniche respiratorie, diabete). Le politiche di prevenzione italiane riguardanti l'alcol sono state valutate dall'OMS carenti di numerosi aspetti basilari, in particolare connessi alle variabili economiche definibili come *best buys*, le più efficaci, mirate alla riduzione della disponibilità economica e fisica delle bevande alcoliche, in particolare per i giovani e i minori, alla regolamentazione più restrittiva del *marketing* e della pubblicità e, non ultimo, all'implementazione di più adeguate politiche di riduzione dei prezzi e di aumento della tassazione. La mancanza di azioni serie e rigorose mirate al contrasto all'intossicazione alcolica, alla diffusione di modelli impropri riassumibili in un indefinito "bere responsabile" sollecitati da una massa critica di disinformazione prodotta tramite *fake-news* diffuse sui social e nei media da settori dell'industria sono le principali barriere alla prevenzione, insieme alla mancanza di una formazione obbligatoria su identificazione precoce e intervento breve da parte dei professionisti della salute che non hanno un'adeguata cultura di integrazione dello screening del rischio alcol-correlato nella pratica quotidiana. Il recente *lockdown* a causa dell'epidemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) ha agito da cartina tornasole del discutibile livello di responsabilità sociale d'impresa di settori della produzione attivi nella disinformazione su presunti effetti igienizzanti del vino o della grappa in un periodo di estrema vulnerabilità della popolazione ad un fattore di rischio che è risultato coinvolgere nei mesi d'isolamento e d'indisponibilità di numerosi servizi territoriali un numero ampio di persone. Molte persone hanno reagito alla chiusura di *pub* e ristoranti facendo scorta di bevande a casa e l'alcol è scomparso dagli scaffali dei supermercati e lì dove indisponibile o difficile da acquistare è stato venduto attraverso l'*home delivery* e le vendite *online* incrementate esponenzialmente.

L'eccedenza episodica occasionale, il bere per ubriacarsi, il *binge drinkers* e l'eccedenza quotidiana delle Linee Guida nazionali insieme ai consumi fuori pasto connotano, purtroppo, ancora una cultura che è influenzata da una prevenzione discontinua, disomogenea e spesso contrastata dalla normalizzazione e da *slogan* che non dissuadono il consumatore ad indulgere in comportamenti rischiosi e dannosi per la salute

sino al consolidarsi di una sempre più pervasiva cultura dell'intossicazione più che del "bere" inteso come momento conviviale.

È indispensabile una *road map* italiana per il raggiungimento degli obiettivi nazionali conseguibili anche attraverso semplici passi che partono dall'avvio di screening precoci nei contesti di assistenza primaria, favorendo la formazione specifica dei medici e degli operatori sanitari, creando una rete alcolologica e curante di cui, ad oggi, non vi è traccia formalizzata. I professionisti della salute dovrebbero essere sempre più legittimati a favorire informazione e prevenzione nei contesti di vita e di lavoro e nelle scuole. Nel contesto scolastico è opportuno che quanti hanno accesso ai minori garantiscano la distanza da interessi diversi da quelli propri di tutela della salute escludendo la possibilità che, come richiamato anche di recente dall'OMS, la partecipazione al settore della produzione di alcolici possa qualificarsi con programmi o iniziative in *partnership* rivolte a favorire una cultura del bere "consapevole" in un periodo in cui le capacità cerebrali di logica e programmazione sono nella fase di una maturazione che trova il suo compimento intorno ai 25 anni, età per la 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, dell'età minima di somministrazione e vendita e del consiglio di non consumare alcolici fino ai 25 anni (promosso dall'*European Action Plan della Committee on National Alcohol Policy and Action* in quanto interferente con l'atteso sviluppo e connessa rimodulazione (*pruning*) cerebrale danneggiata dal consumo di alcol e sostanze.

Manca da qualche anno in Italia una vera e convinta risposta di salute pubblica, che risulta dalle valutazioni dell'OMS efficiente per carenza o inadeguatezza d'intervento pur garantito teoricamente dal Piano Nazionale della Prevenzione e connessi Piani Regionali che non hanno, tuttavia, 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 risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità (incidentalità stradale, tumori, cirrosi epatica e malattie cardiovascolari). Come affermato nel Piano di Azione Europeo sull'Alcol, si può dire che le politiche sull'alcol ancora non riflettono la gravità dello stato di salute, i danni sociali ed economici derivanti dal consumo di alcol, non riuscendo a essere adeguatamente integrate nel quadro generale della salute, delle politiche sociali e di sviluppo e a garantire coerenza politica e azione congiunta tra i diversi dipartimenti e settori governativi e a tutti i livelli territoriali di giurisdizione.

Anche alla luce della crisi sanitaria ed economica da affrontare nell'era *post* COVID-19 è indispensabile una rinnovata politica nazionale sull'alcol atta a garantire:

- l'integrazione delle politiche sull'alcol nelle più



ampie politiche economiche e di *welfare*, contribuendo al reale sviluppo del benessere sociale, sanitario ed economico della società;

- la coerenza e l'azione "congiunta" tra i diversi Ministeri e settori governativi, individuando e attuando i necessari incentivi che forniscono vantaggi ai singoli settori e alla società nel suo complesso;
- l'integrazione di misure di politica sull'alcol in tutte le azioni che promuovono il benessere e stili di vita sani e che riducano il carico delle malattie non trasmissibili e trasmissibili;
- la capacità e la possibilità per i comuni, le comunità locali e la società civile di attuare politiche e programmi efficaci sull'alcol che siano uniformati a tutti i livelli della società;
- l'erogazione di incentivi, affinché gli individui e le famiglie possano esser messe nelle condizioni di fare scelte più salutari in termini di consumo di alcol;
- il riconoscimento dei ruoli da svolgere, che si tratti di individui, o di comunità, di assistenza sanitaria locale e di organizzazioni di assistenza sociale, di organizzazioni non governative o dell'industria delle bevande alcoliche e del governo.

La realizzazione di politiche e programmi sull'alcol basati sull'evidenza e sul rapporto costi-benefici porterebbe a determinare benefici sostanziali in termini di salute e benessere, produttività e sviluppo sociale.

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 riequilibrando lo sbilanciamento tra tutela del diritto a una salute informata e quello della promozione di un prodotto non ordinario, ma da conoscere per non rischiare. La costruzione di capacità e il monitoraggio sono fondamentali per assicurare un cambio determinato di rotta che possa valorizzare le persone come risorsa per il contrasto al rischio e al danno alcol-correlato e, quindi, supportare il capitale umano di cui c'è necessità per costruire contesti e prospettive non minacciate da interpretazioni del bere e da disvalori relativi al consumo di alcol che con la salute e la sicurezza non hanno nulla a che vedere. Ridurre le conseguenze negative del bere è un cardine delle politiche di prevenzione universale e specifiche che l'Italia, l'Europa e il mondo possono affrontare come vera sfida di sostenibilità per le generazioni future e l'intera società.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.
- (2) 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-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-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_classification.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) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. JAMA Netw Open. 2020; 3(9):e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.
- (7) 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 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/7).
- (8) Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. DOI. Disponibile sul sito: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X).
- (9) Finlay I., Gilmore I. Covid-19 and alcohol - a dangerous cocktail. BMJ 2020; 369 doi. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1987>.



Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2019 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dalle persone di età 3 anni ed oltre. La classe di frequenza di assunzione degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale quotidiano, settimanale o più rarefatto e della porzione ritenuta auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2). Inoltre, 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 associa-

zione 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 4/5 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.

La qualità del modello di alimentazione viene sintetizzata attraverso la stima dell'indice di aderenza alla dieta mediterranea (3) che rappresenta un modello di alimentazione noto per gli effetti benefici sulla salute umana sin dal *Seven Countries Study* (4).

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

Numeratore $\frac{\text{Persone di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di uno specifico gruppo alimentare}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre}} \times 100$

Denominatore

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

Numeratore $\frac{\text{Persone di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare almeno 1 porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta}} \times 100$

Denominatore

Indicatore di aderenza alla dieta mediterranea

Numeratore $\frac{\text{Persone di età 14 anni ed oltre per grado di aderenza alla dieta mediterranea (bassa, media e alta)}}{\text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre}} \times 100$

Denominatore

L'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea (IAMD) è calcolato per la popolazione di età ≥ 14 anni, come determinata dalla somma dei punteggi attribuiti di seguito riportati (7):

Gruppo alimentare	Più di 1 volta al dì	1 volta al dì	1 volta a settimana	Meno di 1 volta a settimana	Mai
Pasta, riso e pane	4	3	2	1	0
Verdure a foglia	4	3	2	1	0
Frutta	4	3	2	1	0
Latte	3	4	2	1	0
Pesce	1	3	4	2	0
Carne bianca	0	1	4	3	2
Carne rossa	0	0	2	4	3
Maiale	0	0	4	4	3
Salumi	0	0	1	4	3
Uova	0	2	4	3	1
Prodotti caseari e formaggi	1	2	4	3	0

Validità e limiti. L'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea (IADM) così calcolato sintetizza la frequenza di consumo delle principali categorie alimenta-

ri, ad esclusione delle bevande. La limitazione è dovuta all'uso della sola frequenza e non della quantità assunta in grammi o, ancora meglio, delle calorie (8).





Valore di riferimento/Benchmark. L'IADM varia tra 0 (minima aderenza) e 56 (massima aderenza).

Descrizione dei risultati

La distribuzione territoriale dei consumatori di età 14 anni ed oltre in base all'IADM (Grafico 1) vede un'adesione alta nelle regioni del Centro (Lazio 24,7%, Umbria 23,9%, Marche 22,9%, Toscana 21,6%) seguite dalle regioni del Mezzogiorno, Abruzzo 21,4%, Puglia 21,0% e Sicilia 19,8%, insieme ad una regione del Settentrione, la Liguria (21,1%). Se, però, consideriamo i valori complessivi di aderenza medio-alta, alle regioni suddette si aggiungono Campania, Basilicata e Calabria, delineando un quadro Centro-Sud ed Isole di aderenza medio-alta con la sola eccezione di Molise e Sardegna, per le quali la percentuale di aderenza medio-alta rimane al di sotto della media nazionale.

Un maggiore dettaglio dei consumi di alimenti per tipologia che caratterizzano le diverse regioni è riportato nelle tabelle. Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2019, quasi i tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco meno della metà della popolazione (49,5%), e di ortaggi, che risulta pari al 43,2% (Tabella 1). Nel complesso, l'80,3% della popolazione di età 3 anni ed oltre assume almeno una porzione di VOF al giorno, con una diminuzione di 1,4 punti percentuali rispetto al 2018.

I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione e ancora 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 delle 5 porzioni e si attesti principalmente tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Molise, Basilicata e Sicilia) circa un quinto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo delle 5 porzioni giornaliere. L'abitudine alle 5 porzioni di VOF è più diffusa nella PA di Trento, dove riguarda l'11,0% dei consumatori giornalieri di VOF, seguito da PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia. Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Meridione (Basilicata, Calabria, Puglia, Sicilia, Abruzzo e Campania). 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 denotando tradizioni gastronomiche differenziate (Tabella 1).

L'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti evidenzia diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 2) risulta essenzialmente coerente con la distribuzione per livelli dell'IADM.

Nell'analisi della distribuzione regionale delle frequenze di consumo, precisiamo che i valori sono considerati uguali alla media nazionale se l'arrotondamento all'unità fornisce lo stesso risultato.

Per grandi linee, la mappatura geografica vede, con poche eccezioni, un consumo uguale a o più elevato della media nazionale al Centro-Sud ed Isole sia tra gli alimenti abitualmente consumati quotidianamente come pane, pasta e riso (con l'eccezione al Nord dell'Emilia-Romagna e al Sud ed Isole di Puglia e Sardegna) e latte (con l'eccezione al Nord di Liguria e PA Bolzano e al Centro-Sud ed Isole di Marche, Campania, Basilicata e Calabria), che gli alimenti a consumo settimanale come carni bovine (con l'eccezione al Nord di Piemonte e Valle d'Aosta e al Centro-Sud ed Isole di Abruzzo, Puglia, Calabria e Sardegna), carne di maiale (con l'eccezione al Nord della PA di Trento ed Emilia-Romagna e al Centro-Sud ed Isole di Lazio, Puglia e Sicilia), pesce (con l'eccezione al Centro-Sud ed Isole di Abruzzo e Sardegna), uova (con l'eccezione al Nord di Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e PA di Bolzano e al Centro-Sud ed Isole di Toscana e Sardegna) e legumi in scatola (con l'eccezione al Centro-Sud ed Isole di Marche, Lazio e Sardegna).

Andamento diverso si ha per i formaggi, per i quali le regioni settentrionali sono compattamente al di sopra della media nazionale (insieme a 2 regioni meridionali: Calabria e Sardegna) e le carni bianche con percentuali di consumo più elevate della media nazionale nel Nord-Ovest ed in Emilia-Romagna e nel Sud ed Isole ad eccezione di Abruzzo, Molise e Basilicata.

Analizzando, infine, il consumo almeno settimanale di dolci e *snack* salati, si osserva un maggior consumo dei primi nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro (eccezioni con media al di sotto della percentuale nazionale in Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Lazio), mentre i secondi sono consumati maggiormente nel Meridione (tranne che in Abruzzo, Sicilia e Sardegna), ma anche in Lombardia e Veneto.

Nel Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa anche l'abitudine di usare l'olio d'oliva ed altri oli vegetali come condimento e nella preparazione di cibi cotti. Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, con un suo uso più esteso in quasi tutte le regioni del Nord, ma anche in Umbria e Basilicata.

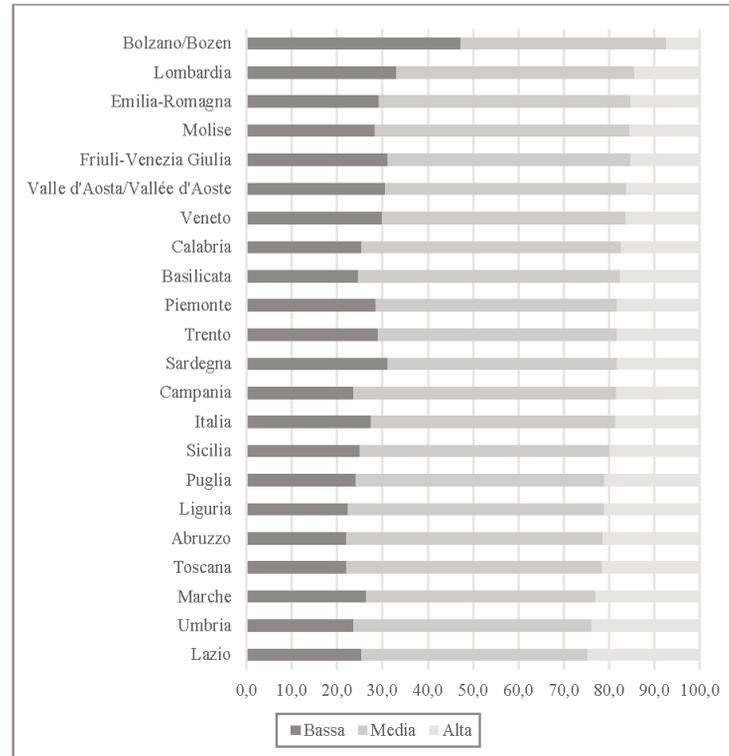




FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

35

Grafico 1 - Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Elaborazione metodologia Benedetti et al. (6) su dati frequenze di consumo di alimenti nella popolazione di età 14 anni ed oltre. Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020 (1).

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 2019

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	56,8	49,1	75,1	82,4	15,1	77,5	7,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	56,0	50,6	73,1	80,4	13,6	79,2	7,2
Lombardia	51,0	43,9	71,8	79,1	17,6	75,2	7,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>48,2</i>	<i>38,5</i>	<i>62,5</i>	<i>70,9</i>	<i>17,1</i>	<i>74,0</i>	<i>8,9</i>
<i>Trento</i>	<i>61,2</i>	<i>52,2</i>	<i>72,6</i>	<i>81,0</i>	<i>12,2</i>	<i>76,8</i>	<i>11,0</i>
Veneto	55,4	48,7	70,5	79,7	16,1	77,2	6,8
Friuli Venezia Giulia	59,2	44,6	67,9	78,7	16,0	75,5	8,5
Liguria	48,2	41,5	75,5	81,3	14,7	79,4	6,0
Emilia-Romagna	54,6	46,9	72,3	80,7	16,0	77,0	7,0
Toscana	51,7	46,5	76,3	83,6	15,6	78,7	5,7
Umbria	55,6	47,1	74,3	82,9	15,5	77,6	6,9
Marche	60,9	47,9	74,8	82,6	13,6	79,9	6,5
Lazio	53,0	45,7	74,5	81,0	14,4	79,6	6,0
Abruzzo	45,9	42,3	76,0	81,0	17,3	78,6	4,1
Molise	37,4	33,4	71,5	74,9	19,9	75,4	4,8
Campania	40,5	37,4	71,2	75,4	17,6	78,2	4,2
Puglia	38,8	36,0	80,5	84,1	17,7	79,0	3,3
Basilicata	35,6	30,8	70,8	74,6	22,8	74,9	2,3
Calabria	41,6	38,9	77,1	80,9	15,1	81,7	3,2
Sicilia	42,7	36,2	76,7	80,7	18,7	77,5	3,8
Sardegna	46,7	42,4	74,8	80,5	17,8	76,2	6,0
Italia	49,5	43,2	73,8	80,3	16,5	77,7	5,8

*Almeno 1 porzione al giorno.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.



Tabella 2 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2019

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi*Salumi**	Carni bianche**	Carni ovine**	Carni maiale**	Uova**	Legumi in scatola**	Pesce**	Snack**	Dolci**	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	74,8	46,5	27,6	57,8	81,7	62,3	20,6	39,6	42,8	56,7	26,4	53,3	96,0	76,0	45,8
Valle d'Aosta	76,1	46,1	32,7	58,6	80,5	62,6	22,0	36,1	47,0	58,7	23,1	50,4	96,2	72,6	68,7
Lombardia	72,7	43,7	24,3	62,7	79,6	58,3	20,4	40,6	45,4	60,0	35,0	55,7	97,6	74,6	48,4
Bolzano-Bozen	64,7	53,0	35,5	62,1	52,2	42,4	15,5	30,1	30,0	31,5	23,9	44,8	92,4	61,2	69,1
Trento	76,7	45,5	33,2	61,6	76,9	53,7	18,2	47,9	52,9	53,9	27,3	53,1	97,9	78,2	65,0
Veneto	69,8	43,6	21,3	56,2	78,2	60,3	18,2	43,1	61,7	57,9	30,3	55,9	96,9	74,0	57,9
Friuli Venezia Giulia	69,7	47,1	28,8	60,0	77,7	58,3	15,0	44,7	41,5	52,5	29,3	57,6	97,3	72,0	54,5
Liguria	73,8	48,8	22,2	56,3	79,8	58,5	17,4	36,7	45,4	59,5	25,4	51,9	97,7	73,5	41,6
Emilia-Romagna	79,0	43,7	21,0	62,4	80,4	57,5	21,3	46,4	48,7	57,3	27,2	53,5	98,2	76,9	57,0
Toscana	78,4	54,5	20,2	61,0	85,3	62,8	20,9	49,2	64,7	63,6	25,9	52,8	98,7	72,0	49,0
Umbria	83,5	52,8	20,3	66,1	86,5	65,8	30,8	58,6	61,8	63,6	26,9	55,3	99,1	75,5	60,7
Marche	80,1	46,1	19,1	64,4	85,2	63,7	26,7	50,3	49,6	69,2	24,9	54,8	97,2	76,8	47,6
Lazio	76,6	54,1	16,9	52,0	79,5	62,7	27,0	42,2	53,3	63,7	27,2	48,1	98,3	69,9	42,1
Abruzzo	83,0	49,2	15,6	61,5	80,6	54,3	32,4	45,5	66,8	60,1	27,2	53,0	98,0	72,8	38,2
Molise	82,6	55,3	20,1	72,8	84,4	63,4	38,3	59,4	75,5	68,5	33,9	51,8	98,4	74,3	47,1
Campania	80,4	47,4	11,6	62,4	79,2	65,1	35,9	56,1	75,4	71,0	35,0	44,6	98,2	68,2	39,0
Puglia	76,3	58,0	17,7	61,5	77,3	60,0	33,9	43,3	66,2	64,1	32,5	47,7	98,4	73,9	48,8
Basilicata	81,7	44,2	14,6	67,5	83,0	63,7	41,3	55,6	80,1	64,7	33,8	49,7	98,6	77,1	62,4
Calabria	84,0	45,8	22,0	64,7	78,4	60,4	30,5	46,5	66,4	68,4	32,7	48,3	97,2	73,0	47,3
Sicilia	84,4	50,2	19,7	59,9	78,4	67,7	32,9	44,8	56,3	68,1	29,0	45,9	97,9	67,6	38,5
Sardegna	71,4	49,3	25,7	57,6	78,2	56,0	30,8	52,2	42,5	57,3	25,9	49,8	97,5	72,5	33,6
Italia	76,7	48,3	20,7	60,2	79,7	61,0	25,6	45,2	53,5	62,1	30,0	51,3	97,9	72,7	47,3

*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 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

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 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 oggetto di sorveglianza (6) perché un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) confermato anche nella più recente revisione delle Linee Guida per una sana alimentazione, sottolineando che “dobbiamo considerare le 5 porzioni al giorno come un obiettivo di minima: anche in questo caso, almeno, 5 porzioni, ma se sono di più è meglio” (2). Nel 2019, il consumo quotidiano di VOF ha riguardato solo otto persone su dieci, rimanendo ben al di sotto del *target* complessivo della popolazione totale; tra i consumatori giornalieri di frutta e verdura, inoltre, solo il 5,8% raggiunge le 5 porzioni al giorno (5+ VOF).

Le raccomandazioni indicate negli anni passati (9) restano perciò valide, specialmente perché anche nel 2019 sembra proseguire la riduzione della percentuale di popolazione che consuma quotidianamente VOF, passando dall'83,3% del 2017 all'81,7% del 2018 e all'80,3% del 2019.

Anche alla luce dei risultati dell'analisi di sintesi sull'aderenza alla dieta mediterranea, restano di attualità, dunque, i programmi come “Frutta e verdura nelle scuole” (10) e “Latte nelle scuole” (11), promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (12).

Più in generale, è importante promuovere l'adozione di modelli di dieta salutari e sostenibili di cui il consumo di VOF sia parte integrante (13), con l'ausilio dei produttori (14) e dei ristoratori (15); 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” (16). 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 (17). 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 a un livello dettagliato (18). La questione è da lungo tempo dibattuta e, grazie al programma EU-Menu, attivato dall'*European Food Safety Authority*, gli Stati membri dell'Unione Europea stanno realizzando le indagini alimentari individuali che rilevano le abitudini a tavola seguendo una metodologia armonizzata (19) a comporre una banca dati europea dei consumi alimentari individuali (20). In Italia, è stato appena conclusa dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA) la raccolta dei dati del quarto studio su scala nazionale nell'ambito del programma EU-Menu. La formazione dei rilevatori è realizzata in collaborazione tra il CREA, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (21).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” - 2019. Istat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (2) CREA Alimenti e Nutrizione. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2018. Roma. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-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) Menotti A., Puddu E. (2015) Le origini storiche della Dieta Mediterranea: il Seven Countries Study of cardiovascular diseases. *Epidemiologia e Prevenzione*, numero speciale “Cibo per prevenire, cibo per curare”. *Epidemiol Prev* 2015; 39 (5-6): 285-288. Disponibile sul sito: www.epi-prev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_285_art1.pdf.
- (5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en.
- (6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epi-centro.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*, Volume 8 - pages 433-440. Disponibile sul sito: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407.
- (8) Alberti-Fidanza A, Fidanza F. (2004): Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. *Public Health Nutr*. 2004 Oct;7(7):937-41. doi: 10.1079/phn2004557. PMID: 15482621.
- (9) Turrini A, Bologna E. 2020. Consumo di alimenti per tipologia. In “Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione” capitolo del “Rapporto Osservasalute 2019”, 41-46. Disponibile sul sito: www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/06/ro-2019-fattori_rischio.pdf.
- (10) Programma “Frutta e verdura nelle scuole” Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it.
- (11) Programma “Latte nelle scuole” Disponibile sul sito: www.lattanellescuole.it/P42A78C14S11/Latte-nelle-scuole-a-s--2020-2021.htm.
- (12) Piano d'Azione 2015-2020 del European Food and Nutrition Action Plan. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf.
- (13) 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 (2016): A consensus proposal for nutritional indicators to assess the sustainability of a healthy diet: the Mediterranean diet as a case study. *Frontiers*, 29 August 2016. Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2016.00037> <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnut.2016.00037/full>.

(14) 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&id=1400&area=stiliVita&menu=protocoll.

(15) SINU. Meno Sale Più Salute. Disponibile sul sito: <https://sinu.it/meno-sale-piu-salute>.

(16) 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.

(17) Turrini A (a cura di). 2013. Indagini armonizzate sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana. Monografia del progetto "PALINGENIO Indagini armonizzate permanenti sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana" ISBN

978-88-97081-40-1. Disponibile su richiesta.

(18) 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>.

(19) EFSA - European Food Safety Authority (2014). Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, 12. Disponibile sul sito:

<https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2014.3944>.

(20) 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.

(21) Corsi di Formazione a Distanza (FAD) conclusi e in corso. Disponibili sul sito: www.eduiss.it.





Sovrappeso e obesità

Significato. Nel mondo l'obesità rappresenta la seconda causa evitabile di tumore dopo il fumo. Sono 25 milioni gli italiani in sovrappeso o obesi. Tra questi, il 46% degli adulti è in condizioni di sovrappeso (1). L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) misura che 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) e che ridurrà la speranza di vita di 3 anni entro il 2050. Si stima, inoltre, che i Paesi dell'area OCSE sostengano una spesa pari all'8,6% del *budget* dei sistemi sanitari per affrontare tutte le malat-

tie correlate al sovrappeso e all'obesità (2).

Recentemente, l'Ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) regionale ha convocato una riunione virtuale di esperti e rappresentanti di vari Paesi (tra cui l'Italia) per discutere sul ruolo dell'obesità in pazienti con COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*). Sono molti, infatti, gli studi che hanno evidenziato che la presenza di obesità (specie nei giovani adulti) aumenta il rischio di complicanze e morte in persone affette da COVID-19. L'obesità è di per sé associata a diversi problemi di salute che possono aumentare questo pericolo: disfunzioni respiratorie, livelli alti di infiammazione, alterata risposta immune a infezioni virali e presenza di altre patologie associate (3, 4).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore	Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-29 e ≥ 30	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre	$\times 100$

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m^2). La classificazione dell'OMS distingue, inoltre, l'obesità in tre livelli: di primo grado o lieve (IMC fino a 34,99); di secondo grado o moderata (IMC da 35,00 a 39,99); di terzo grado o grave (ICM con un valore di 40 e più) (4).

Per la sua semplicità d'uso, l'IMC rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (5).

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 "Aspetti della vita quotidiana" dell'Istituto Nazionale di Statistica relativa al 2019 ed è stata condotta con tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. 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

Stabile in Italia la quota delle persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso. Infatti, anche nel 2019, si conferma che il 35,4% della popolazione adulta è in eccesso di peso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,9%). Complessivamente, il 46,3% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1, Grafico 1). Questi valori non presentano variazioni significative negli ultimi anni, a conferma che le variazioni di questo fenomeno siano apprezzabili in intervalli temporali più ampi.

Le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli nel confronto regionale (si evidenzia una differenza di quasi 10 punti percentuali tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa).

La prevalenza più alta di persone di più di età 18 anni ed oltre obese si rileva in Molise (15,0%), Basilicata (13,7%), Puglia (12,8%) e Abruzzo (12,7%); le regioni con la prevalenza minore di persone obese sono PA di Bolzano (7,7%), Sardegna (7,9%) e PA di Trento (8,8%). Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti, con Campania e Puglia e Calabria a pari merito che presentano valori pari a 39,5% e 39,2%, rispettivamente. Nella parte bassa della graduatoria vi sono PA di Trento (29,7%), PA di Bolzano (31,2%) e Valle d'Aosta (31,9%).



Se si procede ad una analisi delle serie storiche dal 2001 al 2019 si osservano variazioni più decise: l'andamento dei dati sul sovrappeso è crescente in tutte le ripartizioni fino al 2013-2014, per poi diminuire leggermente senza tornare ai livelli del 2001. Rispetto all'obesità l'andamento nel ventennio in esame è in crescita, anche se non lineare. Raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna) (Grafico 1), si osserva che, dal 2001, nella ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso (il Nord-Ovest) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese), mentre se si considerano solo le persone obese l'incremento maggiore si registra nel Nord-Est.

Al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa).

Anche nel 2019, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 15,8% della fascia di età 18-24 anni al 45,3% tra i 65-74 anni, fascia di età che si conferma più critica rispetto alla condizione di eccesso di peso. Anche l'obesità segue questa condizione, passando dal 3,0% dei giovani di età compresa tra 18-24 anni al 15,6% per le fasce di età 60-64 e 65-74 anni (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere a sfavore degli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 43,3% degli uomini vs il 28,1% delle donne ed obeso l'11,7% degli uomini vs il 10,3% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella di età compresa tra i 60-74 anni. La fascia di età compresa tra i 35-44 anni è quella in cui vi è la più elevata differenza tra uomini e donne in sovrappeso e quelle comprese tra i 45-54 e i 60-64 anni per le persone obese; in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2019

Regioni	Sovrappeso	Obese
Piemonte	33,4	9,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,9	10,2
Lombardia	32,1	10,0
Bolzano-Bozen	31,2	7,7
Trento	29,7	8,8
Veneto	33,1	11,2
Friuli Venezia Giulia	32,6	11,1
Liguria	33,1	10,4
Emilia-Romagna	36,6	12,3
Toscana	34,6	9,6
Umbria	34,2	11,6
Marche	34,4	11,6
Lazio	37,1	9,3
Abruzzo	34,2	12,7
Molise	37,9	15,0
Campania	39,5	11,7
Puglia	39,2	12,8
Basilicata	38,9	13,7
Calabria	39,2	12,6
Sicilia	38,0	12,6
Sardegna	34,2	7,9
Italia	35,4	10,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2019

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2019

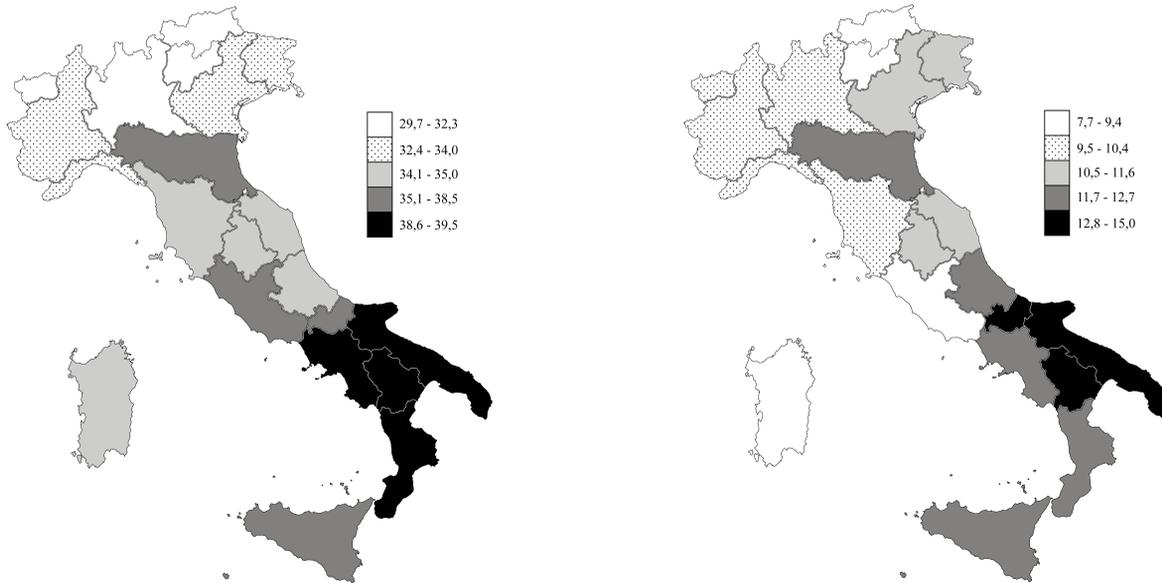
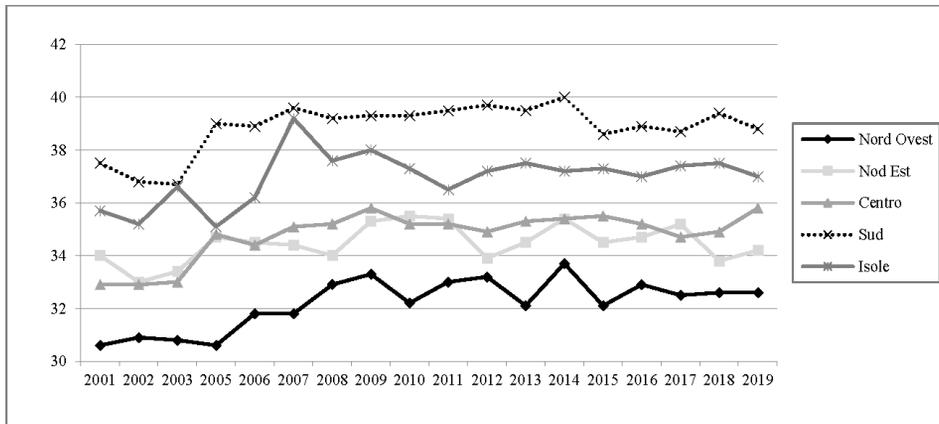
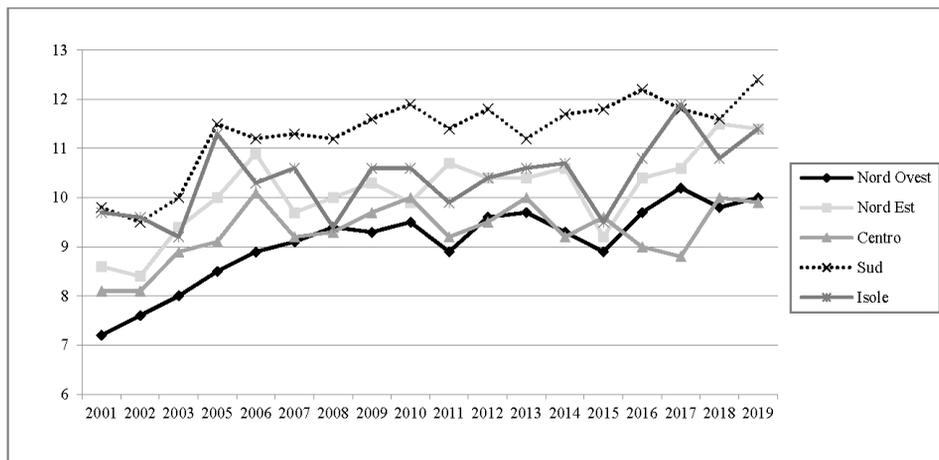


Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2019

Sovrappeso



Obese



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.



**Tabella 2** - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2019

Classi di età	Sovrappeso			Obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	19,9	11,5	15,8	3,1	2,9	3,0
25-34	33,8	16,6	25,3	6,4	5,6	6,0
35-44	42,5	21,3	31,9	10,4	7,4	8,9
45-54	46,8	27,5	37,1	13,0	9,7	11,3
55-60	50,4	30,8	40,2	14,3	11,7	12,9
60-64	49,2	34,0	41,5	17,3	14,0	15,6
65-74	51,4	39,9	45,3	16,0	15,2	15,6
75+	48,8	38,0	42,3	13,5	14,1	13,9
Totale	43,3	28,1	35,4	11,7	10,3	10,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Già i dati esaminati che si riferiscono al 2019 mostrano la presenza diffusa tra la popolazione adulta di obesità e sovrappeso. L'associazione negativa con il COVID-19 mostra la necessità di mettere in campo azioni di contrasto ad abitudini alimentari non corrette e, in generale, ad uno stile di vita non salubre. La prevenzione, infatti, può migliorare la salute della popolazione a un costo inferiore rispetto a molti trattamenti offerti dai sistemi sanitari dei Paesi OCSE. In Italia, quasi tutti gli interventi esaminati dall'OCSE in tal senso hanno un rapporto costo-efficacia favorevole. Tuttavia, molti programmi richiedono tempi lunghi per produrre effetti tangibili sulla salute e questo si traduce in un rapporto costo-efficacia meno favorevole nel breve termine (6).

Riferimenti bibliografici

- (1) IBDO Foundation, Istat "1° Italian Obesity Barometer Report", 9 aprile 2019.
- (2) OCSE "The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention" pubblicato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) a ottobre 2019.
- (3) Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid.
- (4) Disponibile sul sito: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/10/obesity-significantly-increases-chances-of-severe-outcomes-for-covid-19-patients>
- (5) Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi.
- (6) Disponibile sul sito: www.oecd.org/els/health-systems/46061866.pdf.





Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, nel 2019, 38 milioni di bambini di età <5 anni sono in condizione di sovrappeso o obesità. A questi si aggiungono i 340 milioni di bambini ed adolescenti di età compresa tra i 5-19 anni nella stessa condizione (1).

La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambi-

ni e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono nell'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.

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

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

Numeratore: Minori di età 3-17 anni in eccesso di peso
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 3-17 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 socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei

minori (attività fisico-sportiva pratica vs sedentarietà). Inoltre, è possibile effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.

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

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 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

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.



pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento; si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (2018-2019). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi, età 3-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2018-2019) mostrano che, in Italia, la quota dei bambini e adolescenti di età 3-17 anni in eccesso di peso è pari al 25,6% (6).

Emergono forti differenze di genere: il fenomeno è più diffuso tra i maschi (27,9% vs il 23,1% femmine). Tali differenze non sussistono tra i bambini di età 3-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età (Tabella 1).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di età 3-10 anni, dove raggiunge il 32,5%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di età 14-17 anni.

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, passando

dal Nord al Sud del Paese (20,0% Nord-Ovest, 22,4% Nord-Est, 23,9% Centro, 28,4% Isole e 34,1% Sud, dati non presenti in tabella), con percentuali particolarmente elevate in Campania (37,8%), Molise (33,5%) e Basilicata (32,4%) (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 36,9% rispetto alla percentuale del 30,9% (solo madre in eccesso di peso) e del 24,0% (solo padre in eccesso di peso).

Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 18,9% (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 rispetto al Mezzogiorno: se al Centro e al 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 4 punti percentuali, tale distanza si annulla del tutto tra chi vive nelle regioni del Sud e nelle Isole.

Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2018-2019

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5	31,8	32,4	32,1
6-10	33,9	31,8	32,8
11-13	27,9	18,3	23,2
14-17	18,5	10,8	14,8
Totale	27,9	23,1	25,6

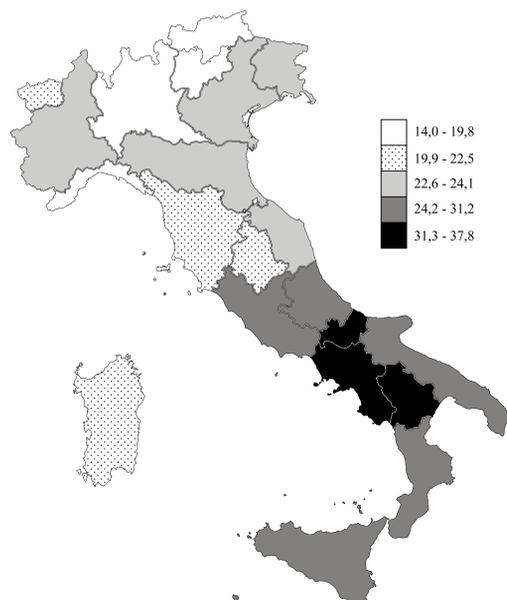
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.



Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2018-2019

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	22,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	21,7
Lombardia	19,1
Bolzano-Bozen	14,0
Trento	16,0
Veneto	23,1
Friuli Venezia Giulia	22,9
Liguria	18,1
Emilia-Romagna	23,5
Toscana	20,8
Umbria	21,7
Marche	23,6
Lazio	26,3
Abruzzo	31,2
Molise	33,5
Campania	37,8
Puglia	31,2
Basilicata	32,4
Calabria	29,9
Sicilia	30,3
Sardegna	21,4
Italia	25,6

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2018-2019



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per genere e alcune caratteristiche dei genitori/famiglia - Anni 2018-2019

Caratteristiche genitori/famiglia	Maschi	Femmine	Totale
<i>Titolo di studio della madre*</i>			
Dottorato di ricerca e Laurea	23,3	20,1	21,7
Diploma scuola superiore	24,9	21,7	23,3
Scuola dell'obbligo	32,4	26,1	29,4
<i>Titolo di studio del padre*</i>			
Dottorato di ricerca e Laurea	20,8	17,5	19,1
Diploma scuola superiore	26,5	23,1	24,9
Scuola dell'obbligo	30,7	25,0	28,0
<i>Risorse economiche della famiglia</i>			
Risorse economiche ottime-adequate	26,6	21,4	24,1
Risorse economiche scarse o insufficienti	29,7	25,6	27,7
<i>Eccesso di peso dei genitori*</i>			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	20,2	17,6	18,9
Solo la madre in eccesso di peso	34,6	26,8	30,9
Solo il padre in eccesso di peso	26,1	21,7	24,0
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	40,0	33,6	36,9
Totale	27,9	23,1	25,6

*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 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede nel Meridione e tra chi vive in famiglie in cui





almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e con un livello socio-economico non elevato).

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

Un ruolo fondamentale gioca la famiglia, che risulta centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi e rappresenta 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, 1 April 2020.
- (2) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. *Arch. Dis. Children* 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula M.K., Ivery D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine* 1993, 22: 167-77.
- (4) Rolland-Cachera M. F., Deheeger M., Bellisle F., Guilloud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *The American Journal of clinical Nutrition* 39, pp 129-135. 1984.
- (5) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *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).





Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. Sebbene la prevalenza complessiva di eccesso ponderale in età pediatrica si sia stabilizzata in diversi Paesi ad economia avanzata, persiste la presenza di notevoli disparità sociali che influiscono sullo stato di salute delle giovani generazioni (1).

Il Sistema di Sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE (2), attivo nel nostro Paese dal 2008, è in grado di fornire informazioni circa la prevalenza dello stato ponderale misurato nei bambini di età 8-9 anni in tutte le regioni italiane e favorire confronti a livello europeo; tale sorveglianza è, infatti, parte dell'iniziativa della Regione Europea dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità denominata "Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI" (3).

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, oltre alla misurazione di peso e statura, raccoglie importanti informazioni sugli stili di vita dei bambini con una particolare attenzione al contesto di vita 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

$$\text{Numeratore} = \text{Bambini di età 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso} \times 100$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione scolastica di età 8-9 anni partecipante a OKkio alla SALUTE}$$

Prevalenza di bambini obesi

$$\text{Numeratore} = \text{Bambini di età 8-9 anni misurati e risultati obesi} \times 100$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione scolastica di età 8-9 anni partecipante a OKkio alla SALUTE}$$

Prevalenza di bambini in stato di grave obesità

$$\text{Numeratore} = \text{Bambini di età 8-9 anni misurati e risultati in stato di grave obesità} \times 100$$

$$\text{Denominatore} = \text{Popolazione scolastica di età 8-9 anni partecipante a OKkio alla SALUTE}$$

Validità e limiti. La rilevazione di peso e statura dei bambini avviene ad opera di personale formato secondo procedure comuni e con le stesse strumentazioni. Questo consente di avere delle misure oggettive ed uniformi su tutto il territorio nazionale.

Si adotta l'Indice di Massa Corporea come indicatore indiretto per stabilire lo stato di adiposità, mentre per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave dei bambini, si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole e Lobstein (4).

Come tecnica di campionamento si impiega 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

Sono più di 50.000 i bambini della III classe della scuola primaria che, nella primavera del 2019, sono stati misurati e hanno risposto al questionario di OKkio alla SALUTE, insieme ad altrettanti genitori e a circa 2.500 dirigenti scolastici e insegnanti (5).

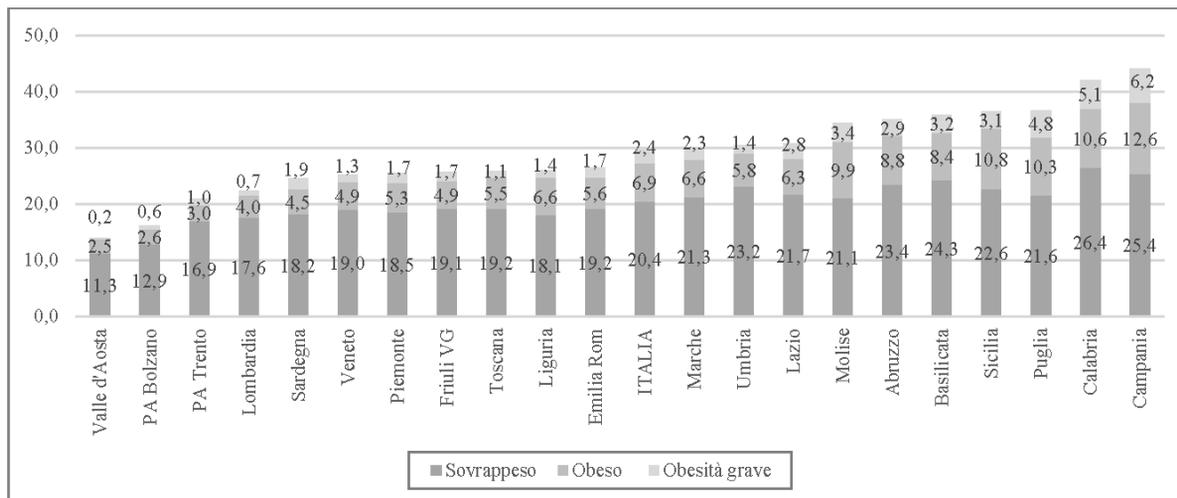
Applicando i valori soglia dell'IOTF, i bambini in sovrappeso sono il 20,4% (Intervallo di Confidenza-IC 95%: 19,9-20,9%) e gli obesi il 9,4% (IC 95%: 9,0-9,7%), compresi i bambini gravemente obesi che rappresentano il 2,4% (IC 95%: 2,3-2,6%) (Grafico 1). I maschi hanno valori di obesità leggermente superiori alle femmine (maschi obesi 9,9% vs femmine obese 8,8%). Si evidenzia un chiaro trend geografico che vede le regioni del Meridione avere valori più elevati di eccesso ponderale (Grafico 1). Prevalenze di obesità più elevate si osservano tra i bambini i cui genitori hanno un basso livello di istruzione (Grafico 2) e in famiglie in



condizioni socio-economiche svantaggiate (Grafico 3). L'analisi del trend (Grafico 4) mostra che il sovrappeso è diminuito negli anni, passando dal 23,2% nel

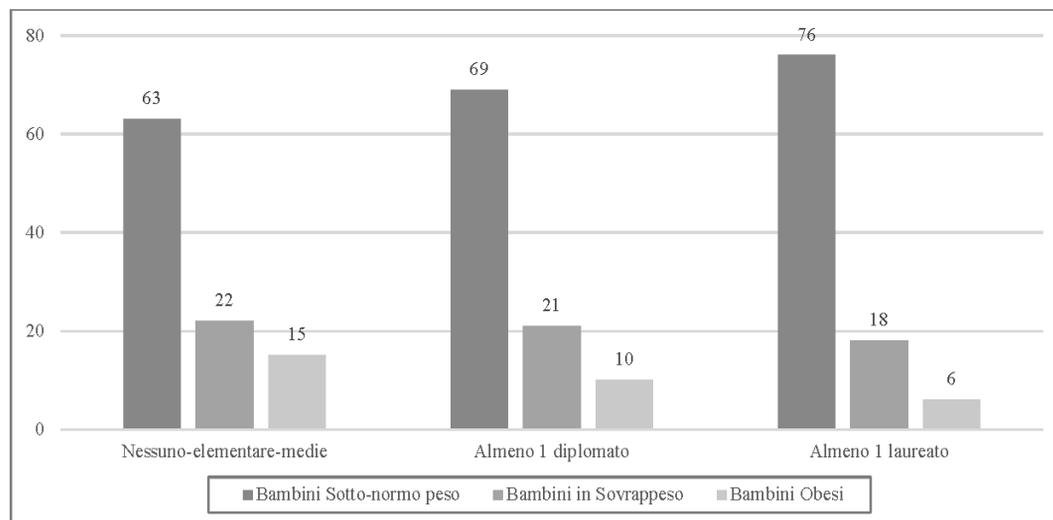
2008-2009 al 20,4% nell'ultima rilevazione (2019), così come l'obesità (dal 12,0% nel 2008-2009 al 9,4% nel 2019).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 6-9 anni in sovrappeso, obesi e con obesità grave (International Obesity Task Force cut-off) per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2020.

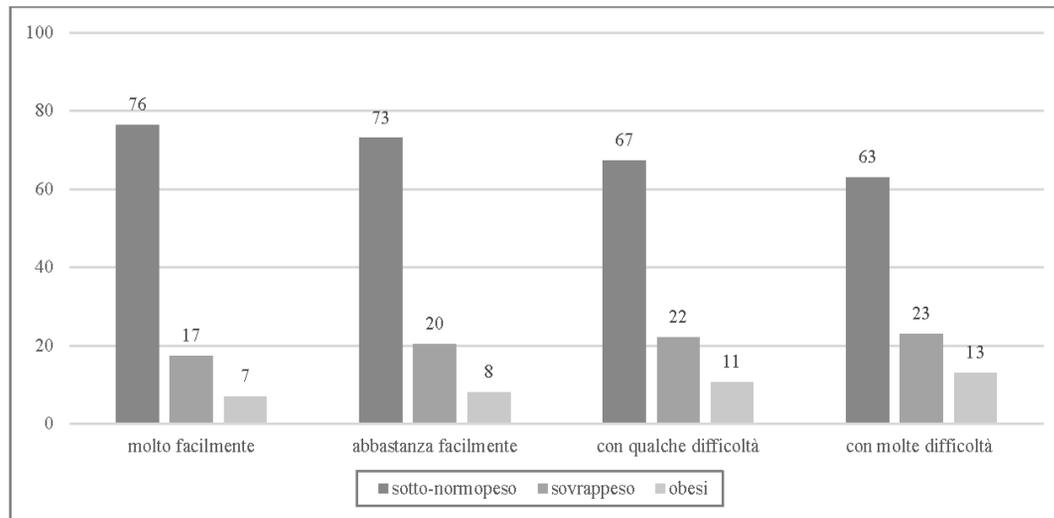
Grafico 2 - Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni sotto-normopeso, in sovrappeso ed obesi secondo il grado di istruzione dei genitori - Anno 2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2020.

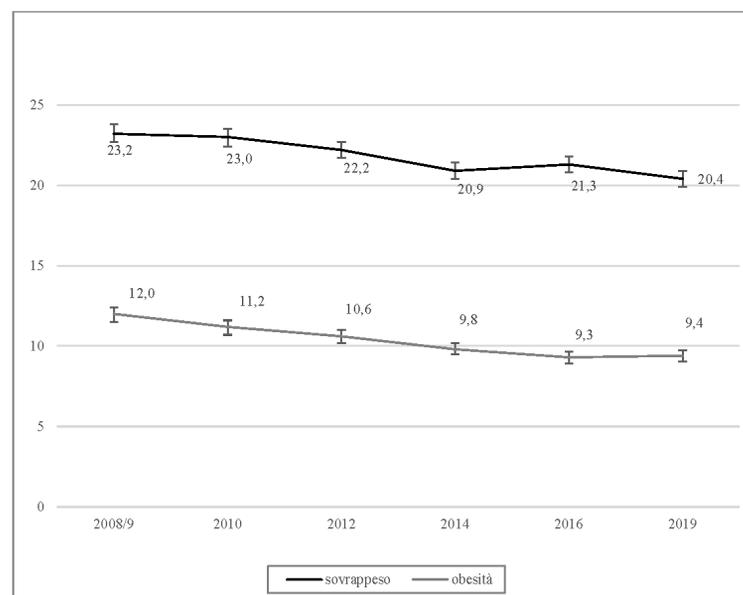


Grafico 3 - Bambini (valori per 100) di età 8-9 anni sotto-normopeso, in sovrappeso ed obesi secondo le difficoltà economiche della famiglia - Anno 2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2020.

Grafico 4 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi - Anni 2008/2009-2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il monitoraggio periodico dell'eccesso ponderale dei bambini su tutto il territorio nazionale attraverso misurazioni dirette e standardizzate contribuisce alla conoscenza del fenomeno e di alcuni fattori che possono influenzare la sua diffusione e al confronto con la situazione di altri Paesi europei. Le cause dell'eccesso ponderale sono, infatti, molto complesse e l'obesità può avere conseguenze gravi sulla salute fisica e psicologica del bambino ed è un fattore predittivo della sua presenza in età adulta. Negli anni si è osservata una diminuzione delle prevalenze di sovrappeso e obesità nei bambini in Italia, probabilmente grazie all'aumento della consapevolezza collettiva circa l'adozione di stili di vita corretti sin dalla giovane età e dagli interventi attuati a livello locale. Tuttavia, i valori italiani rimangono tra i più alti in Europa e mostrano delle ampie differenze geografiche e per condizioni socio-economiche. Come indicato dall'OMS nel suo Rapporto della *Commission On Ending Childhood Obesity* (6) molte sono le possibili azioni da intraprendere per bambini e adolescenti e che includono il coinvolgimento di molti settori della società: 1) implementare programmi che promuovono l'assunzione di alimenti sani e riducono il consumo di

peso e obesità nei bambini in Italia, probabilmente grazie all'aumento della consapevolezza collettiva circa l'adozione di stili di vita corretti sin dalla giovane età e dagli interventi attuati a livello locale.

Tuttavia, i valori italiani rimangono tra i più alti in Europa e mostrano delle ampie differenze geografiche e per condizioni socio-economiche. Come indicato dall'OMS nel suo Rapporto della *Commission On Ending Childhood Obesity* (6) molte sono le possibili azioni da intraprendere per bambini e adolescenti e che includono il coinvolgimento di molti settori della società: 1) implementare programmi che promuovono l'assunzione di alimenti sani e riducono il consumo di



bevande zuccherate, agendo in tutti gli ambienti di vita; 2) implementare programmi che promuovono l'attività fisica e riducono le abitudini sedentarie; 3) diffondere stili di vita salutari già a livello preconcezionale e nei primi anni di vita; 4) promuovere ambienti scolastici salutari e che diffondano la cultura di sane abitudini tra gli studenti e le loro famiglie; 5) promuovere il monitoraggio della crescita ponderale dei bambini e adolescenti e la presenza di servizi per la presa in carico dei giovani obesi.

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) Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. A cura di P. Nardone, A. Spinelli, M. Buoncristiano, L. Lauria, D. Pierannunzio e D. Galeone. Supplemento 1, al vol. 31 n. 7-8 (Luglio-Agosto 2018) del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1.827-6.296 (online).
- (3) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi.
- (4) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.
- (5) OKkio alla SALUTE dati nazionali 2019. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019.
- (6) WHO. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. WHO 2016. Disponibile sul sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1.



Attività fisica

Significato. Svolgere attività fisica con regolarità favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici di tipo psicofisico per l'individuo. 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).

Le stime globali sull'attività fisica indicano che nel 2016 il 27,5% degli adulti e l'81,0% degli adolescenti non ha soddisfatto le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2010 e i dati di tendenza mostrano nell'ultimo decennio solo dei lievi miglioramenti a livello globale. I dati evidenziano che nella maggior parte dei Paesi le donne sono meno attive degli uomini e che ci sono significative differenze

nei livelli di attività fisica tra i diversi Paesi e tra le regioni di uno stesso Paese. Queste differenze possono essere spiegate dalle disuguaglianze nell'accesso alle opportunità di essere fisicamente attivi e non fanno altro che amplificare ulteriormente le disuguaglianze nella salute. Attualmente non ci sono stime globali dei comportamenti sedentari, ma di certo l'innovazione tecnologica e lo spostamento verso attività lavorative e ricreative sempre più sedentarie hanno contribuito alla riduzione dell'attività fisica praticata (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. È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (3). 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 dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta tra febbraio-aprile 2019 su un campione di 19.535 famiglie, per un totale di 44.627 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di età 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica, invece, sono compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica. L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di età 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e 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 con-

siderata in riferimento alla regione con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

Nel 2019, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 35% della popolazione, pari a circa 20 milioni e 500 mila persone. Tra questi, il 26,6% si dedica allo sport in modo continuativo, mentre l'8,4% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 29,4% della popolazione, mentre i sedentari sono quasi 21 milioni, pari al 35,6%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 26,6% del 2019). Rispetto al 2018 si osserva un aumento significativo sia nella quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo (+0,9 punti percentuali) che nella quota delle persone che praticano almeno qualche attività fisica (+0,9 punti percentuali), ma una sostanziale stabilità della popolazione sedentaria. Tali andamenti riguardano sia gli uomini che le donne e si osservano, seppure in maniera differenziata, in tutte le classi di età (Tabella 1, Tabella 3).





L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, verosimilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate. 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 34,3% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono Campania (21,3%), Sicilia (23,3%) e Calabria (24,1%), mentre le regioni settentrionali, in particolare PA di Bolzano, PA di Trento e Valle d'Aosta, rappresentano le zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport.

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica. In particolare, in Sicilia si osserva la quota più elevata di sedentari (55,2%), seguita da Molise (53,0%), Campania (51,7%), Basilicata (51,4%) e Calabria (51,1%) dove oltre la metà delle persone di età >3 anni è sedentaria. L'analisi territoriale mette in luce, inoltre, una maggiore tendenza alla pratica sportiva nei Comuni in centro e nelle periferie delle aree

metropolitane (rispettivamente, 35,7% e 38,2%) e nei medi e grandi Comuni superiori ai 2.000 abitanti. Quote meno elevate, invece, si registrano nei piccoli Comuni fino a 2.000 abitanti (30,7%) (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 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 compresa tra gli 11-14 anni (75,7%, di cui 66,7% in modo continuativo e 9,0% in modo saltuario). A partire dai 15 anni 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 in poi le quote diminuiscono progressivamente, fino a raggiungere per entrambi i generi il 7,2% tra gli ultra 74enni. L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), 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 fra gli uomini: il 31,2% pratica sport con continuità e il 9,8% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è del 22,2% e del 7,0%, rispettivamente (Tabella 1, Tabella 3).





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

53

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, 2005-2019

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
2017	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
2018	30,0	11,3	26,9	31,6	0,2
2019	31,2	9,8	27,5	31,5	0,0
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
2015	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
2016	20,8	8,3	27,2	43,4	0,3
2017	21,0	7,2	28,9	42,5	0,4
2018	21,7	8,0	30,1	40,0	0,3
2019	22,2	7,0	31,1	39,5	0,1
Totale					
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
2016	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3
2017	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4
2018	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3
2019	26,6	8,4	29,4	35,6	0,0

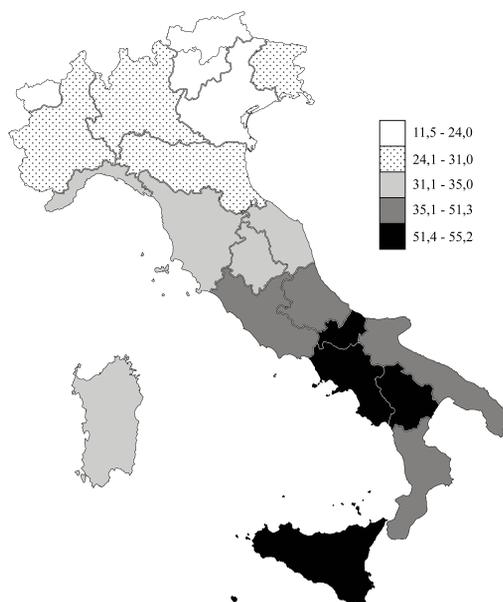
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.



**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 2019

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	27,4	9,9	33,8	28,8	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,1	13,3	29,0	23,3	0,3
Lombardia	32,0	10,7	32,2	25,0	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>42,4</i>	<i>13,7</i>	<i>32,3</i>	<i>11,5</i>	<i>0,2</i>
<i>Trento</i>	<i>33,7</i>	<i>15,8</i>	<i>36,5</i>	<i>14,1</i>	<i>n.d.</i>
Veneto	32,2	10,9	33,7	23,2	n.d.
Friuli Venezia Giulia	30,1	10,7	33,8	25,2	0,2
Liguria	23,6	9,0	34,1	33,3	n.d.
Emilia-Romagna	30,8	10,4	29,7	28,9	0,1
Toscana	28,8	7,6	32,0	31,5	n.d.
Umbria	28,0	7,3	30,6	34,1	n.d.
Marche	27,9	9,8	30,1	32,1	0,0
Lazio	26,7	7,4	26,1	39,7	0,1
Abruzzo	27,5	6,6	30,6	35,3	n.d.
Molise	20,9	6,3	19,8	53,0	n.d.
Campania	16,5	4,8	27,0	51,7	n.d.
Puglia	24,1	6,8	25,4	43,7	n.d.
Basilicata	19,6	6,1	22,9	51,4	n.d.
Calabria	19,4	4,7	24,8	51,1	n.d.
Sicilia	18,2	5,1	21,4	55,2	0,0
Sardegna	26,9	7,4	30,8	34,9	n.d.
Italia	26,6	8,4	29,4	35,6	0,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.**Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2019**



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

55

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 classe di età - Anno 2019

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	31,2	3,0	25,1	40,3	0,4
6-10	65,4	4,9	15,1	14,6	n.d.
11-14	66,7	9,0	12,5	11,7	0,1
15-17	60,2	9,3	15,1	15,4	n.d.
18-19	50,6	14,6	17,4	17,4	n.d.
20-24	47,4	12,3	21,3	19,1	n.d.
25-34	38,7	14,1	21,2	25,8	0,1
35-44	30,7	12,2	26,6	30,4	0,0
45-54	25,7	11,9	30,0	32,4	0,0
55-59	23,4	10,8	32,1	33,8	n.d.
60-64	20,5	9,8	35,9	33,8	n.d.
65-74	15,9	7,0	39,6	37,4	0,1
75+	6,9	2,2	32,3	58,6	n.d.
Totale	31,2	9,8	27,5	31,5	0,0
Femmine					
3-5	33,7	2,7	18,1	45,5	n.d.
6-10	58,1	4,0	15,1	22,7	n.d.
11-14	53,6	7,8	18,7	19,8	n.d.
15-17	43,4	9,8	24,4	22,5	n.d.
18-19	27,8	12,3	38,6	21,3	n.d.
20-24	34,4	10,5	32,5	22,6	n.d.
25-34	27,6	10,3	31,6	30,4	0,1
35-44	21,7	10,2	34,9	33,2	n.d.
45-54	20,7	8,4	37,0	33,9	0,0
55-59	16,6	7,9	37,5	38,0	n.d.
60-64	15,9	5,8	37,6	40,5	0,2
65-74	11,1	3,7	35,6	49,6	0,1
75+	4,4	1,5	20,5	73,4	0,2
Totale	22,2	7,0	31,1	39,5	0,1
Totale					
3-5	32,4	2,9	21,7	42,8	0,2
6-10	61,9	4,5	15,1	18,5	n.d.
11-14	60,3	8,4	15,5	15,7	0,1
15-17	52,1	9,5	19,6	18,8	n.d.
18-19	40,3	13,6	27,0	19,1	n.d.
20-24	41,0	11,4	26,8	20,8	n.d.
25-34	33,2	12,2	26,4	28,1	0,1
35-44	26,2	11,2	30,7	31,8	0,0
45-54	23,2	10,2	33,5	33,1	0,0
55-59	19,8	9,2	34,9	36,0	n.d.
60-64	18,2	7,8	36,7	37,2	0,1
65-74	13,4	5,3	37,5	43,8	0,1
75+	5,4	1,8	25,3	67,5	0,1
Totale	26,6	8,4	29,4	35,6	0,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, tanto a livello internazionale quanto nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di controllare la sedentarietà insieme ai fattori di rischio per la salute, i risultati del 2019, pur confermando una significativa riduzione della sedentarietà iniziata a partire dal 2017, non soddisfano quelli

che dovrebbero essere gli obiettivi da raggiungere. Dall'analisi descritta emerge, infatti, che circa quattro persone su dieci sono sedentarie e che la sedentarietà cresce 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" (4), ad esempio, sostenuta anche dal Piano Nazionale





di Prevenzione, è stata avviata in Italia da più di un decennio, per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e dell'obesità, la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro inter-istituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Il *Global action plan on physical activity 2018-2030* ha, inoltre, definito quattro Obiettivi strategici e venti Azioni politiche per ottenere una riduzione relativa del 15% nella prevalenza globale dell'inattività fisica tra gli adulti e gli adolescenti entro il 2030 (5).

Per quanto riguarda le Linee Guida sulle quantità di attività fisico-sportiva da praticare per avere effetti positivi sulla salute, l'OMS ha pubblicato nel novembre 2020 le nuove raccomandazioni globali che hanno sostituito le Linee Guida del 2010 e che si basano sui più recenti progressi negli studi sui comportamenti attivi/sedentari in associazione alle loro ricadute sulla salute (6). Tali raccomandazioni sono state fornite, per la prima volta, mettendo in evidenza l'associazione sia dei comportamenti attivi che di quelli sedentari e le ricadute di entrambi questi tipi di comportamento sulla salute. Le Linee Guida del 2020, inoltre, oltre a dare indicazioni sulla quantità di attività fisica (frequenza, intensità e durata) necessaria per offrire significativi benefici per la salute nelle diverse fasce di

popolazioni distinte per età (bambini, adolescenti, adulti e anziani), si sofferma anche su altri *target* di popolazione come le donne in gravidanza e dopo il parto e le persone che vivono in condizioni di disabilità o cronicità (7).

Riferimenti bibliografici

- (1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
- (2) Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(10):e1077-e86.
- (3) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet* 2011; 378: 1.244-1.253.
- (4) 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*.
- (5) World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization; 2018.
- (6) World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (7) World Health Organization (WHO). "WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour". Geneva: World Health Organization; 2020.





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. In Italia, per il 2020, si stimano 54.976 nuove diagnosi di carcinoma della mammella femminile, responsabile del 30% di tutti i casi incidenti per tumore fra le donne (del 41% dei nuovi casi prima dei 50 anni, del 35% nella classe di età 50-69 anni e del 22% dopo i 70 anni).

Il rischio di ammalare di carcinoma della mammella aumenta con l'aumentare dell'età e, in particolare, dopo i 50 anni. La prognosi è buona, con sopravvivenza pari all'87% a 5 anni dalla diagnosi. Malgrado l'alta sopravvivenza e la continua tendenza alla riduzione della mortalità per questa neoplasia, anche nel 2017 il carcinoma mammario è stato comunque la prima causa di morte per tumore fra le donne, responsabile di 12.841 decessi (1).

Una quota rilevante di donne viene diagnosticata in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening mammografico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza. Il Ministero della

Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne 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, dentro i programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

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

In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2015-2018, stimati su un campione complessivo di 26.920 donne di età compresa fra 50-69 anni.

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

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea}}{\text{Denominatore} \quad \text{Donne di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia}} \times 100$$

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

A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata, anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia. 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 sin-

gole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati.

Va ricordato, infine, 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. È difficile individuare univocamente un valore di riferimento per questo indicatore. Nelle realtà dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunga 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 sopprime in parte la mancanza di offerta attiva di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening



mammografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare in parte l'adesione a quest'ultimi.

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2016-2019, il 55% 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).

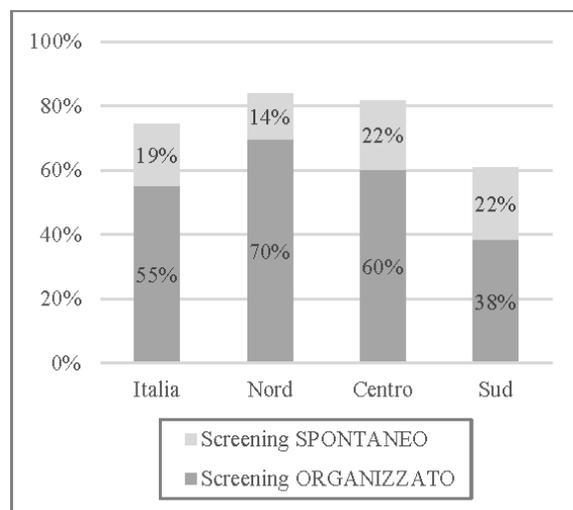
Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono essenzialmente determinate dalle differenze nelle coperture dello screening organizzato più elevate al Nord (70%), meno al Centro (60%) e ancor più bassa al Meridione (38%). Di contro, la geografia dello screening mammografico spontaneo è più bassa al Nord (14%) e maggiore al Centro (22%) e al Sud ed Isole (22%) senza, tuttavia, riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato (Grafico 1).

Nel periodo 2008-2019 è aumentata significativamen-

te la copertura totale dello screening mammografico in tutto il Paese, sostenuta principalmente dall'aumento dell'offerta dei programmi organizzati; mentre nelle regioni del Meridione, dove l'offerta di programmi organizzati è ancora bassa, continua ad aumentare anche la copertura dello screening spontaneo, nelle regioni del Nord-Italia, che hanno raggiunto una buona copertura dello screening organizzato, si riduce significativamente la quota di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea; questo trend in riduzione si inizia ad intravedere anche nelle regioni del Centro (Grafico 2).

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore nella fascia di età 50-59 anni rispetto alla classe di età 50-69 anni (22% vs 15%), nelle donne più istruite (27% fra le laureate vs 11% con istruzione fino al diploma di scuola secondaria di secondo grado) e in quelle che riferiscono una situazione economica migliore (20% di chi riferisce di non avere difficoltà economiche vs 15% di chi riferisce di avere difficoltà) (dati non presenti nei grafici).

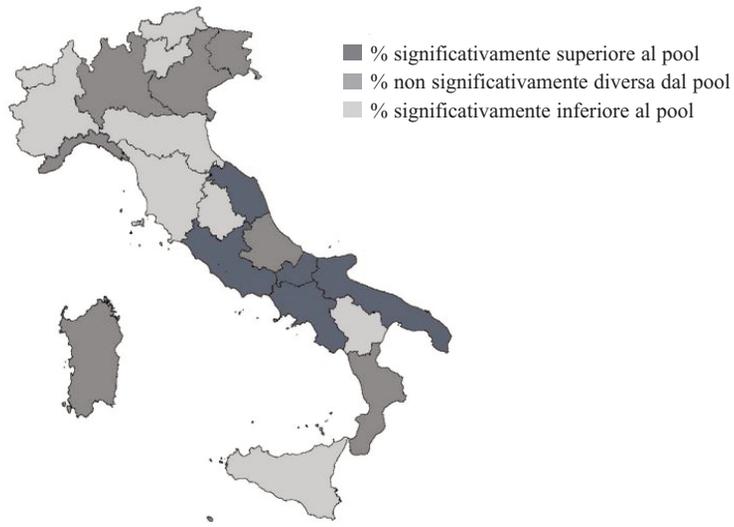
Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2016-2019



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2020.

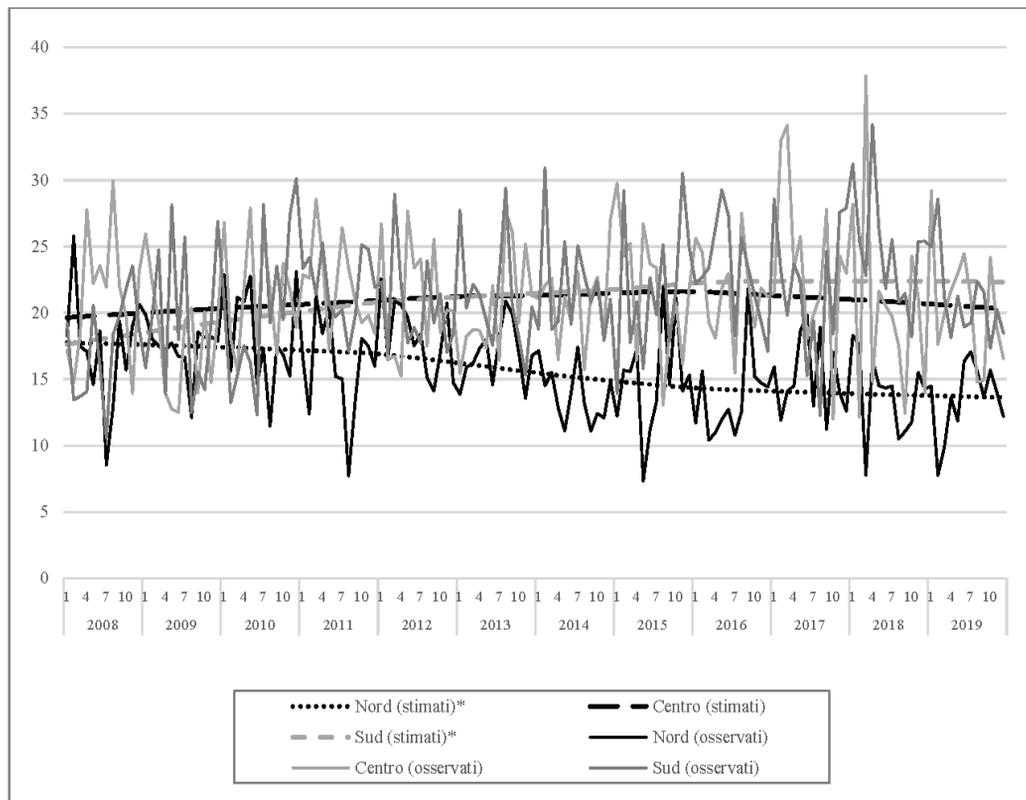


Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2016-2019



Nota: il dato della Lombardia si riferisce al solo 2016 su una copertura parziale del territorio regionale.

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 2008-2019



*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 2020.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2016-2019, 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, sia su iniziativa spontanea. Infatti, il 35% delle donne di età 50-69 anni, si sottopone a screening mammografico nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo state raggiunte da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale al 64% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a mammografia preventiva, al 78% fra le donne che hanno

ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL e raggiunge l'89% 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, 2020. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, SIAPEC-IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf.





Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Il carcinoma della cervice uterina è al secondo posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne. In Italia, si stimano 2.365 nuovi casi di tumori della cervice uterina (pari all'1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne). Questa neoplasia rappresenta la quinta neoplasia più frequente fra le donne prima dei 50 anni (4%). La sopravvivenza è pari al 68% a 5 anni dalla diagnosi; 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 test), si registrano ancora oggi alcune centinaia di decessi evitabili ogni anno: nel 2017 sono stati 494 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 Herpes simplex o *Human Immunodeficiency Virus*, fumo e assunzione di estrogeni) facilitano la persistenza dell'infezione e l'insorgenza del carcinoma (1).

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

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2016-2019, stimati su un campione complessivo di 52.132 donne di età compresa fra 25-64 anni.

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

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

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

camente da PASSI, che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

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



Descrizione dei risultati

Nel periodo 2016-2019 il 49% 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 31%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

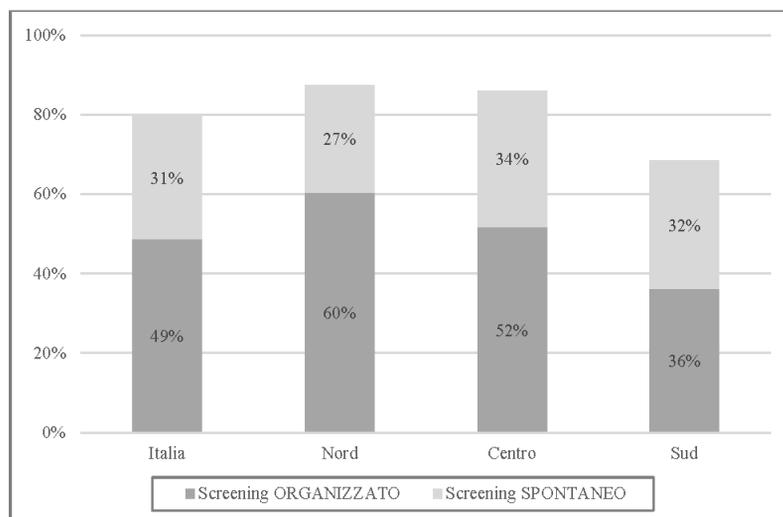
La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea al Nord (60% vs 27%) e al Centro (52% vs 34%). Nelle regioni meridionali, invece, la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse e non molto diversa dalla

quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (36% vs 32%) (Grafico 1).

Dal 2008 al 2019, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile nelle regioni del Meridione e diminuisce significativamente nelle regioni del Nord e del Centro (Grafico 2).

La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore nella fascia di età 35-49 anni (36%) e tra le più istruite (39%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari, infatti, al 33% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 24% fra quelle con molte difficoltà economiche (dati non presenti nei grafici).

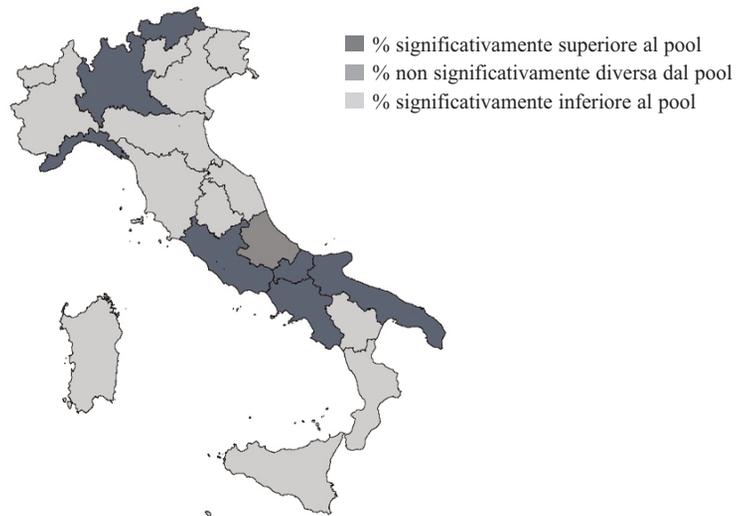
Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2016-2019



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2020.

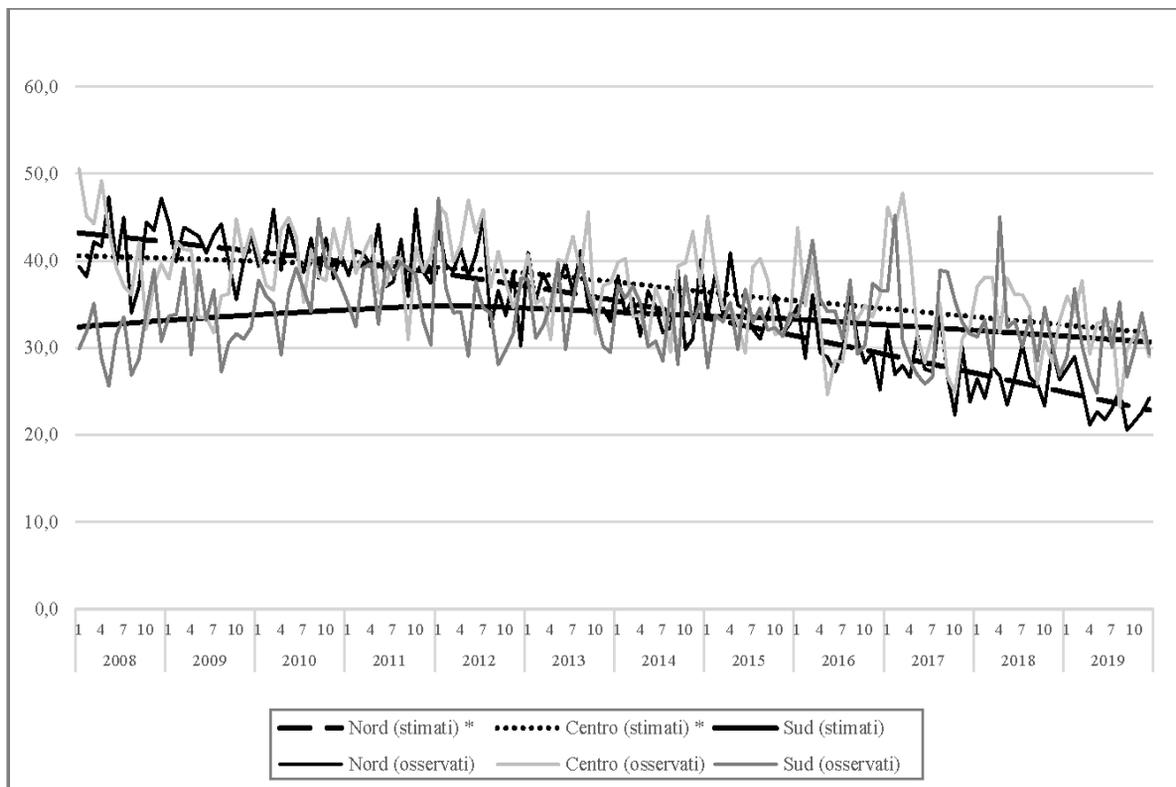


Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2016-2019



Nota: il dato della Lombardia si riferisce al solo 2016 su una copertura parziale del territorio regionale.

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 2008-2019



*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 2020.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2016-2019, 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, sia su iniziativa spontanea. Infatti, il 44% 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 all'81% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL, all'82% fra quelle che hanno ricevuto il consi-

glio da parte di un medico e al 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, 2020. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, SIAPEC-IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf.





Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto è uno dei tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana: fra gli uomini è responsabile del 12% di tutti i nuovi casi di tumore, secondo solo al tumore della prostata (19%) e del polmone (14%); tra le donne è responsabile dell'11% dei nuovi casi di tumore, preceduto dal tumore della mammella (30%). Il tumore del colon-retto rappresenta, complessivamente, la seconda causa di morte per neoplasie dopo il tumore del polmone. In Italia nel 2020 si stimano 43.700 nuove diagnosi di tumore del colon-retto e 21.600 decessi.

Tra il 2008-2016, l'incidenza di molti tumori del colon-retto è diminuita (-4,1% negli uomini e -3,0% nelle donne, considerando la classe di età 50-69 anni oggetto degli screening) e la sopravvivenza è andata aumentando (dal 52% di sopravvivenza relativa a 5 anni negli anni Novanta al 65% attuale), grazie soprattutto alla diagnosi e al trattamento delle lesioni pre-maligne identificate allo screening (1).

La ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) e l'endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) sono i principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici e 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 la con-

seguinte 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, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale. Tutte le regioni (con l'eccezione del Piemonte) offrono alle persone di età compresa tra 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni (con colonscopia come test di secondo livello, nei casi positivi al SOF). Alcune regioni (fra cui il Lazio e l'Umbria) estendono l'invito fino ai 74 anni. Il Piemonte offre la retto-sigmoidoscopia a 58 anni una volta nella vita e in caso di mancata risposta offre il SOF biennale fino a 69 anni.

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

Nella presente Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2016-2019, stimati su un campione complessivo di 47.011 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi in quanto non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

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

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

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

In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni, seguendo l'indicazione del *Behavioural Risk Factor Surveillance System*.

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

Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si calcola questo indicatore cumulativo, possono sovrastimare la copertura; pertanto, mancando studi effettuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nell'interpretazione di questo dato. L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la



totalità delle persone nella fascia di età 50-69 anni sia invitata a eseguire lo screening e lo esegua nei tempi consigliati.

Descrizione dei risultati

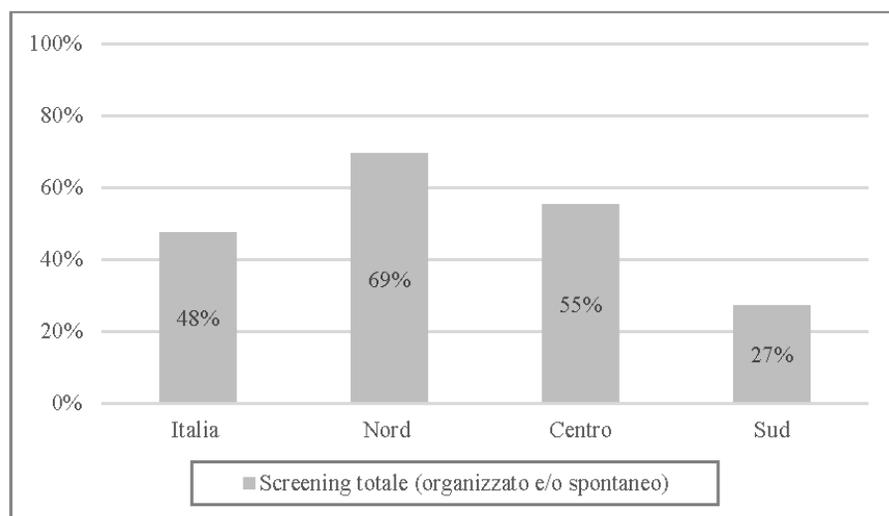
La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2016-2019, il 48% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni, oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia, negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorrettali.

Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (69%), mentre è significativamente più basso fra i residenti del Centro (55%) e del Meridione (27%) (Grafico 1).

Il dato più elevato di copertura si registra in Veneto (75%), 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'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato (Grafico 2).

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente nella classe di età 60-69 anni (53%) rispetto alla classe di età 50-59 anni (43%), nelle persone più istruite (51% fra i laureati vs 39% in persone senza titolo di studio o con licenza elementare) e tra le persone senza difficoltà economiche (57% vs 33% fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (48% 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 2016-2019



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 colorettaali ad una fascia di popolazione diversa e con cadenza diversa.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2020.



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 2016-2019

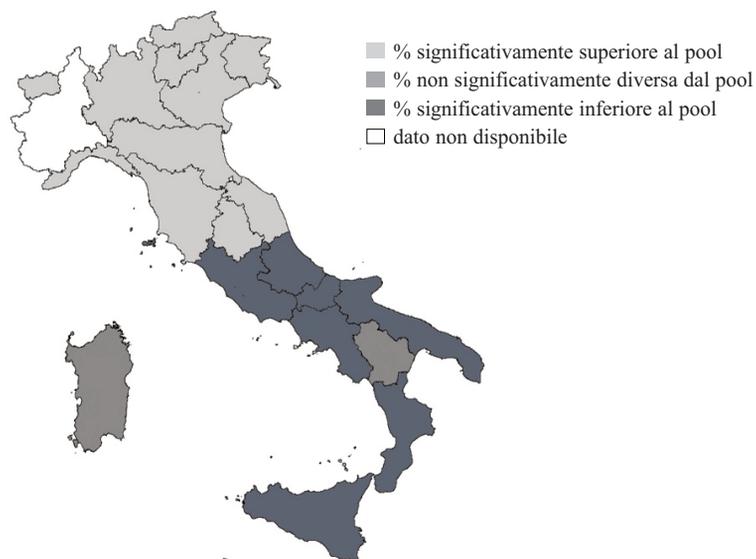
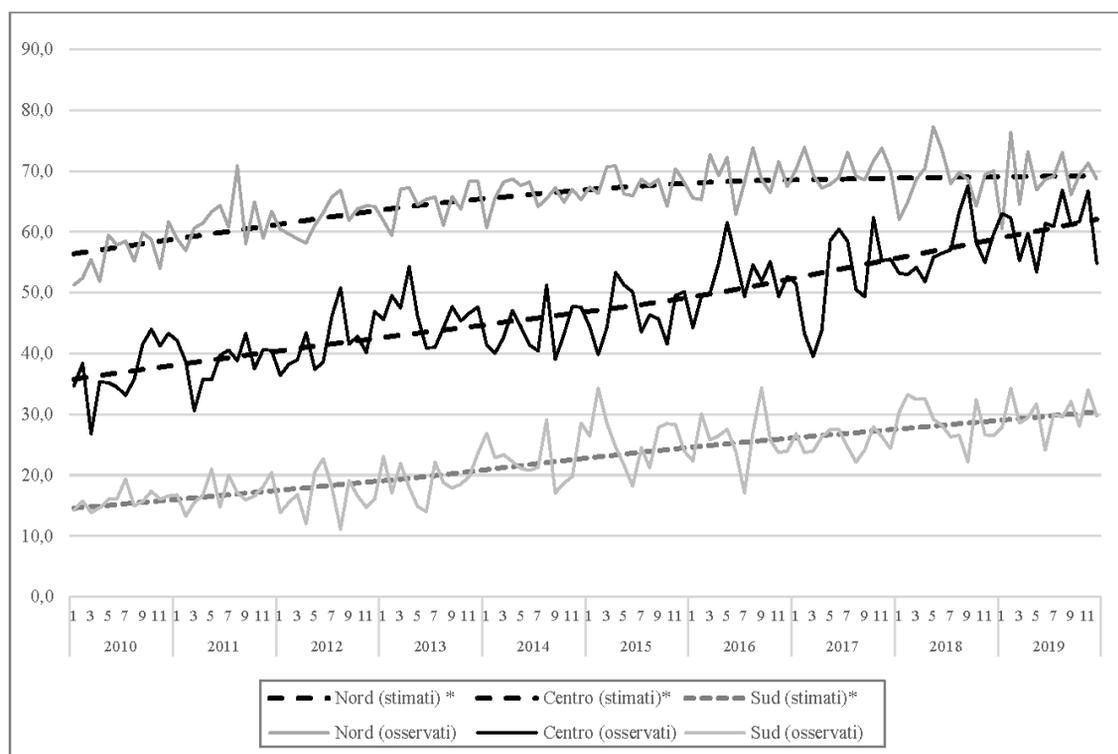


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2019



* $p < 0,01$.

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 2016-2019, quasi sette persone su dieci di età compresa fra i 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, e in particolar modo se combinati: fra chi non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione, 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 chi ha ricevuto, oltre alla lettera, anche il consiglio del pro-

prio medico o di un operatore sanitario. La lettera di invito da parte della ASL da sola non è sufficiente a garantire una buona adesione ai programmi di screening. Molto importante è il consiglio del proprio medico o di un operatore sanitario per cui promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione, diventa prioritario.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2020. Intermedia Editore. A cura di: AIOM, AIRTUM, SIAPEC-IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf.





Come sono cambiate le abitudini alimentari durante il *lockdown*

Dott.ssa Alessandra Tinto

Ad aprile 2020¹, durante il *lockdown* della Fase 1 dell'epidemia legata alla diffusione del COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), un quarto della popolazione di età 18 anni ed oltre riferisce di aver mangiato di più, a fronte di un 61,5% di persone che dichiarano di non aver cambiato le proprie abitudini alimentari rispetto al periodo precedente le misure restrittive. La percentuale di quanti riferiscono di aver mangiato di più aumenta tra i più giovani (39,5% 18-24 anni), tra i residenti nel Mezzogiorno (30,6%) e tra le persone che vivono in famiglie con almeno un minore (35,0%). Una quota inferiore di persone (6,4%) dichiara, invece, di aver modificato le proprie abitudini mangiando meno durante il *lockdown*.

Le abitudini, oltre che rispetto alla quantità, sembrano essersi modificate anche in relazione alla qualità del cibo. Infatti, il 6,4% delle persone riferisce di aver mangiato cibi più salutari nel periodo della Fase 1, mentre il 6,6% riferisce di mangiare cibi meno salutari. Tra coloro che hanno optato più spesso per alimenti poco salutari si osservano ancora una volta quote maggiori tra i giovani, tra i quali la percentuale raddoppia (13,8% 18-24 anni) (Grafico 1).

Dunque, considerando insieme sia i cambiamenti quantitativi che i cambiamenti qualitativi in meglio e/o in peggio, il 38,5% delle persone riferisce di aver modificato le proprie abitudini: si evidenzia così un impatto del periodo di restrizioni dovute alla Fase 1 della pandemia da COVID-19 sulle abitudini alimentari. La quota supera la metà tra i giovani (55,8%) ed è più elevata al Mezzogiorno (41,1%) e nelle famiglie in cui vive almeno un minore (43,1%).

Combinando insieme i cambiamenti intervenuti nel periodo di *lockdown* sia nelle abitudini alimentari sia in altri ambiti come, ad esempio, nel tempo dedicato al sonno e alla pratica di attività sportiva, e valutando l'associazione tra queste variabili a parità di alcune caratteristiche socio-demografiche degli individui (genere, età, livello di istruzione, area di residenza) attraverso l'applicazione di un modello di regressione logistica, si evidenzia che coloro che hanno cambiato le proprie abitudini nei tempi del sonno e nel tempo dedicato alla pratica sportiva hanno più spesso modificato anche le proprie abitudini alimentari. È possibile, in tal modo, individuare un profilo di individui più giovani, più spesso residenti al Mezzogiorno e che vivono in famiglie con minori, per i quali l'impatto sulle abitudini è stato più forte. È possibile, quindi, ipotizzare che il cambiamento sia legato alla riorganizzazione del luogo e tempo di lavoro, aspetti materiali che non riguardavano la maggior parte delle persone più anziane molte delle quali in pensione.

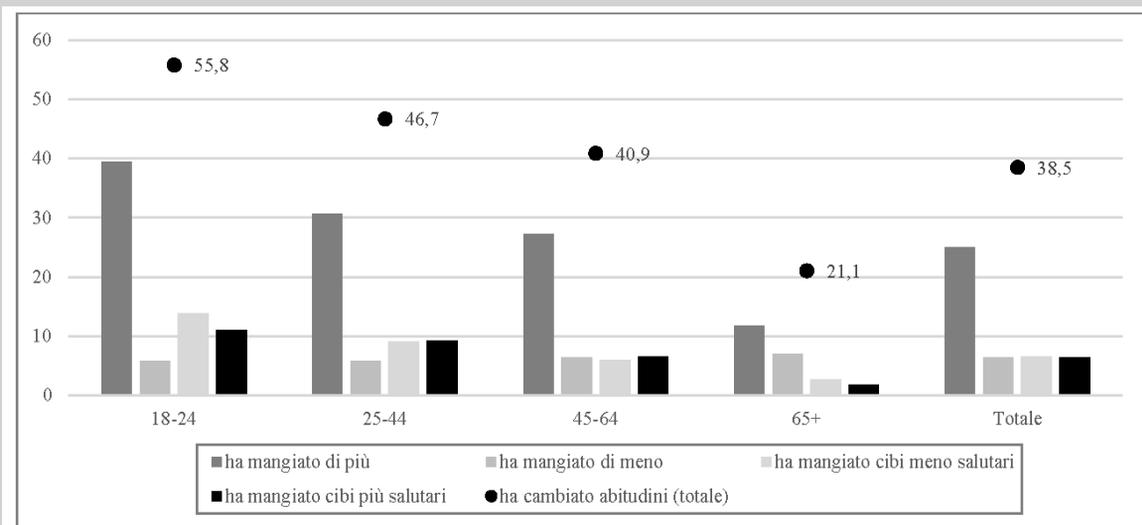
Come è cambiato il tempo dedicato ai pasti durante il *lockdown*

Anche quando si considera il tempo dedicato al consumo dei pasti, oltre il 30% delle persone riferisce di aver modificato le proprie abitudini a tavola, dichiarando nel 27,0% dei casi di avervi dedicato più tempo rispetto al periodo pre-COVID-19. La quota sale particolarmente tra chi vive in famiglie con almeno un minore (38,5%) e di conseguenza tra i giovani e tra gli adulti fino a 44 anni. Una quota residuale di persone (3,7%) riferisce di aver dedicato, invece, meno tempo ai pasti rispetto a una giornata simile quando non erano ancora state messe in atto le misure restrittive contro il COVID-19 (Grafico 2).

¹Nel mese di aprile 2020 l'Istituto Nazionale di statistica ha condotto una indagine su circa 3.000 individui, per analizzare come il diffondersi del Coronavirus stia cambiando le abitudini della popolazione. Una batteria di quesiti, in particolare, aveva l'obiettivo di comprendere se e come si sono modificate le abitudini alimentari durante il periodo di restrizioni agli spostamenti imposte nella Fase 1 della pandemia da COVID-19.

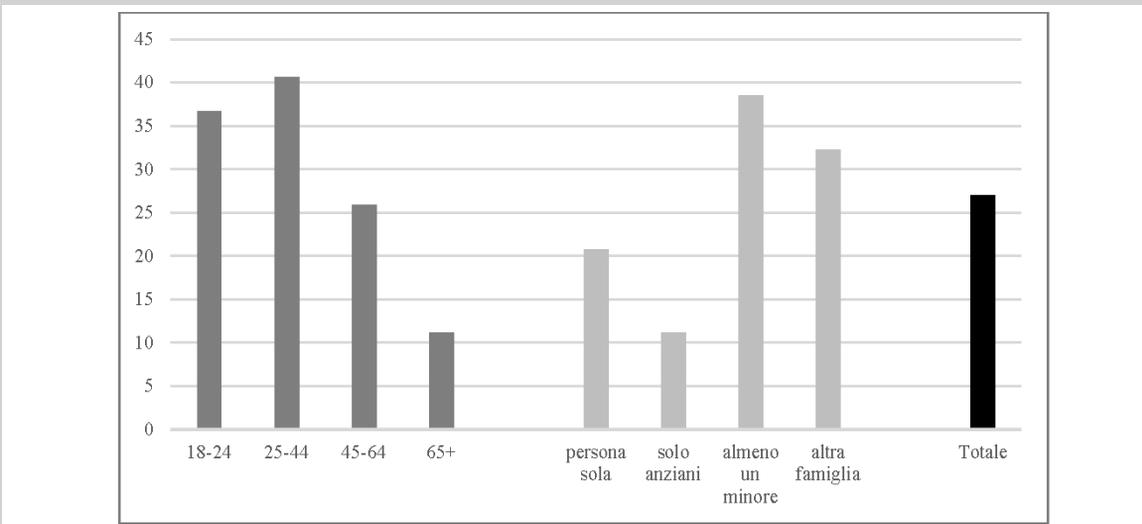


Grafico 1 - Persone (valori per 100) di età 18 anni ed oltre che hanno cambiato abitudini alimentari durante il lockdown per classe di età - Anno 2020



Fonte dei dati: Istat, Indagine Diario della giornata e attività ai tempi del Coronavirus. Anno 2020.

Grafico 2 - Persone (valori per 100) di età 18 anni ed oltre che hanno dedicato più tempo ai pasti rispetto a una giornata media del periodo precedente alle restrizioni della Fase 1 per classe di età e tipo di famiglia - Anno 2020



Fonte dei dati: Istat, Indagine Diario della giornata e attività ai tempi del Coronavirus. Anno 2020.



La pratica di sport e attività fisica durante un giorno medio del *lockdown* dovuto alla pandemia da COVID-19

Dott.ssa Emanuela Bologna

In un giorno medio della Fase 1 dell'emergenza COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) (aprile 2020¹) il 22,7% della popolazione adulta di età 18 anni ed oltre (pari a circa 11 milioni e 400 mila persone) ha praticato attività fisica o sportiva organizzandosi prevalentemente presso la propria abitazione, sfruttando anche gli eventuali spazi aperti disponibili come balconi, giardini condominiali e giardini privati (94,0%) (1). Solo il 7,3% dei praticanti riferisce di aver svolto l'attività fisica all'aperto in uno spazio non pertinente l'abitazione. Le persone che vivono in abitazioni dotate di un terrazzo/balcone, di un giardino privato o spazio condominiale esterno (giardino o terrazzo) hanno praticato maggiormente l'attività fisico-sportiva nel giorno medio di riferimento rispetto a chi, invece, vive in abitazioni senza alcun spazio esterno (23,4% e 11,0%, rispettivamente). Diversamente da quanto osservato generalmente, non si osservano significative differenze di genere e la quota di donne che dichiarano di aver praticato attività fisico-sportiva è sovrapponibile a quella degli uomini (uomini: 23,5%, donne: 21,9%). Si conferma la maggiore propensione a svolgere l'attività fisica tra i più giovani (31,7%) e tra le persone con più alto titolo di studio (35,0% vs il 15,7% di chi ha frequentato solo la scuola dell'obbligo).

Quote più alte di praticanti si sono osservate nella cosiddetta "zona rossa" (27,9%) che corrispondeva alle regioni del Centro-Nord in cui nel primo periodo della pandemia i contagi da SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) sono risultati più elevati (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Marche). Meno elevata risulta la quota di praticanti nelle regioni del Meridione (16,4%), confermando il trend territoriale già presente prima della diffusione della pandemia.

Rispetto al periodo precedente l'introduzione delle misure restrittive, solo un praticante su quattro riferisce di aver ridotto il tempo dedicato all'attività fisica o sportiva, mentre gli altri o non hanno modificato le loro abitudini (37,0%) o hanno dedicato maggior tempo all'attività fisica (37,0%). Le donne sono riuscite ad incrementare il tempo dedicato all'attività fisica più degli uomini (45,6% vs 29,0%).

Tabella 1 - Persone (valori per 100) di età 18 anni ed oltre che hanno praticato attività fisica o sportiva il giorno precedente l'intervista per genere, classe di età, titolo di studio e zona di residenza nella Fase 1 del *lockdown* - Aprile 2020

Alcune caratteristiche	Pratica di sport o attività fisica in un giorno medio della Fase 1 del <i>lockdown</i>
<i>Genere</i>	
Maschi	23,5
Femmine	21,9
<i>Classe di età</i>	
18-34	31,7
35-54	23,7
55-64	19,6
65+	16,1
<i>Titolo di studio</i>	
Scuola dell'obbligo	15,7
Media-Superiore	26,2
Laurea/Post-laurea	35,0
<i>Zona di Residenza</i>	
Zona Rossa (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche)	27,9
Area 2 (Valle d'Aosta, PA di Trento, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Tosca, Umbria, Lazio)	22,5
Area 3 (Sud ed Isole)	16,4
Totale	22,7

Fonte dei dati: Istat, Indagine Diario della giornata e attività ai tempi del coronavirus. Anno 2020.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Fase 1: le giornate in casa durante il *lockdown*. Statistica Report, 5 aprile 2020.

¹Nel mese di aprile 2020 l'Istituto Nazionale di Statistica ha condotto una indagine su circa 3.000 individui, per analizzare come il diffondersi del *Coronavirus* stia cambiando le abitudini della popolazione. Una batteria di quesiti, in particolare, aveva l'obiettivo di comprendere se e come si sono modificate le abitudini alimentari durante il periodo di restrizioni agli spostamenti imposte nella Fase 1 della pandemia da COVID-19.





I comportamenti a rischio dei giovanissimi attraverso i dati della sorveglianza *Health Behaviour in School-aged Children 2018 in Italia*

Dott.ssa Lorena Charrier, Dott. Alessio Vieno, Dott.ssa Daniela Pierannunzio, Dott.ssa Paola Nardone, Dott.ssa Silvia Ciardullo, Gruppo di Lavoro “Health Behaviour in School-aged Children 2018 in Italia”

Contesto

I comportamenti a rischio sono una tematica particolarmente importante affrontata nella sorveglianza *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), in quanto è proprio in pre-adolescenza e adolescenza che le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità che i giovani sperimentino e adottino comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute, quali l'uso di sostanze come tabacco, alcol, cannabis e le esperienze con il gioco d'azzardo, riconosciuto ormai come un'altra tematica da affrontare in ambito di Sanità Pubblica, anche fra i più giovani (1).

Indagine

L'HBSC è una sorveglianza internazionale promossa nel 1982 da un gruppo di ricercatori inglesi, finlandesi e norvegesi; dal 1983 è svolta in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2). Nel corso degli anni l'HBSC ha coinvolto un numero sempre maggiore di Paesi e, ad oggi, è presente in 50 Stati tra Europa e Nord-America. Scopo della sorveglianza è rilevare, monitorare e comprendere i comportamenti correlati alla salute degli adolescenti di età 11, 13 e 15 anni attraverso uno studio trasversale condotto ogni 4 anni (l'ultima rilevazione è stata effettuata nel 2018). La metodologia dell'indagine segue un protocollo comune predisposto dal *network* internazionale, consentendo così il confronto tra i Paesi partecipanti e il monitoraggio dei dati nel tempo (2). L'Italia aderisce allo studio dal 2001 e da allora ha condotto cinque indagini nazionali; dal 2010 il campione in studio è rappresentativo a livello regionale, permettendo di ottenere informazioni riguardanti le diverse realtà territoriali italiane. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 “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 (ISS) l'Ente presso il quale è istituito (3). L'ISS ha coordinato la rilevazione del 2018 con la collaborazione delle Università degli Studi di Torino, Siena e Padova, storicamente coinvolte nell'HBSC. L'indagine del 2018 ha coinvolto, complessivamente, 58.976 ragazzi di età 11, 13 e 15 anni distribuiti in tutte le regioni italiane (1).

Fumo

È ben noto che, nonostante le conseguenze negative legate all'abitudine al fumo, gli adolescenti attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia regolatoria, come il controllo dell'umore o del peso, che relazionale, come l'appartenenza al gruppo o la sensazione di maturità e indipendenza (4, 5).

Sebbene la maggior parte dei ragazzi intervistati dichiarò di non aver mai fumato nell'ultimo mese, tale percentuale si riduce in entrambi i generi all'aumentare dell'età, passando dal 99% negli 11enni al 92% nei 13enni, senza differenze di genere, sino al 75% e al 68% nei 15enni, maschi e femmine rispettivamente. Aumentano parallelamente le frequenze di coloro che dichiarano di aver fumato tutti i giorni nell'ultimo mese, circa l'8% dei 15enni, sia maschi che femmine.

Al fine di mettere in relazione il dato relativo al consumo di tabacco individuale dichiarato con il comportamento dei pari, ai 15enni è stato chiesto “quanti dei tuoi amici pensi fumino sigarette?”; la stragrande maggioranza dei rispondenti pensa di avere molti, la maggior parte o addirittura tutti gli amici che fumano sigarette, con prevalenze che vanno dal 58% fra coloro che dichiarano di non aver mai fumato negli ultimi 30 giorni, al 96% di quanti riferiscono di aver fumato tutti i giorni nell'ultimo mese.

Alcol

Nonostante sia stato evidenziato negli ultimi anni in vari Paesi un trend di riduzione del consumo di alcolici (6) e un aumento del numero di astinenti tra i 15enni (7), il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti resta un fenomeno da non sottovalutare, poiché, come per altre sostanze, è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi probabilmente mantenuti nell'età adulta.

A differenza del fumo, il consumo di bevande alcoliche resta un fenomeno più frequente nei maschi.

Analogamente al fumo, anche per l'alcol la prevalenza di astinenti si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 90% dei maschi e 97% delle femmine di 11 anni, al 77% e 84% di maschi e femmine di 13 anni, fino a scendere al 47% dei maschi di 15 anni e al 55% delle loro coetanee femmine.





Il dato relativo alla tipologia di bevande alcoliche consumate con maggior frequenza (settimanale o quotidiana) (Grafico 1) evidenzia come la bevanda più consumata, per entrambi i generi, sia la birra, seguita da vino, alcopops (bevande gassate leggermente alcoliche) e aperitivi alcolici tipo spritz nei maschi, spritz/aperitivi e alcopops nelle femmine.

Rispetto al consumo di alcolici da parte degli amici, anche per questa sostanza la quota di 15enni che pensa di avere amici che bevono cresce parallelamente ai consumi che essi stessi dichiarano: se, infatti, il 57% di coloro che riferiscono di non aver mai bevuto nell'ultimo mese dice di ritenere che molti, la maggior parte o tutti gli amici bevano alcolici, questa percentuale sale all'84% fra coloro che dichiarano di aver bevuto 1-9 giorni negli ultimi 30 giorni, al 93% fra chi riferisce di aver bevuto 10 o più giorni ma non tutti i giorni e al 94% fra coloro che hanno bevuto tutti i giorni nell'ultimo mese. Lo stesso si evidenzia per il dato sugli amici che i ragazzi intervistati pensano si ubriachino almeno una volta alla settimana: si passa dal 18% fra i 15enni che non hanno mai bevuto negli ultimi 30 giorni al 56% di quelli che lo hanno fatto tutti i giorni.

Cannabis

La sperimentazione di sostanze stupefacenti durante l'adolescenza è un fenomeno la cui diffusione resta preoccupante (8, 9), soprattutto perché i dati a livello internazionale mostrano un aumento dell'utilizzo di sostanze e un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione (8).

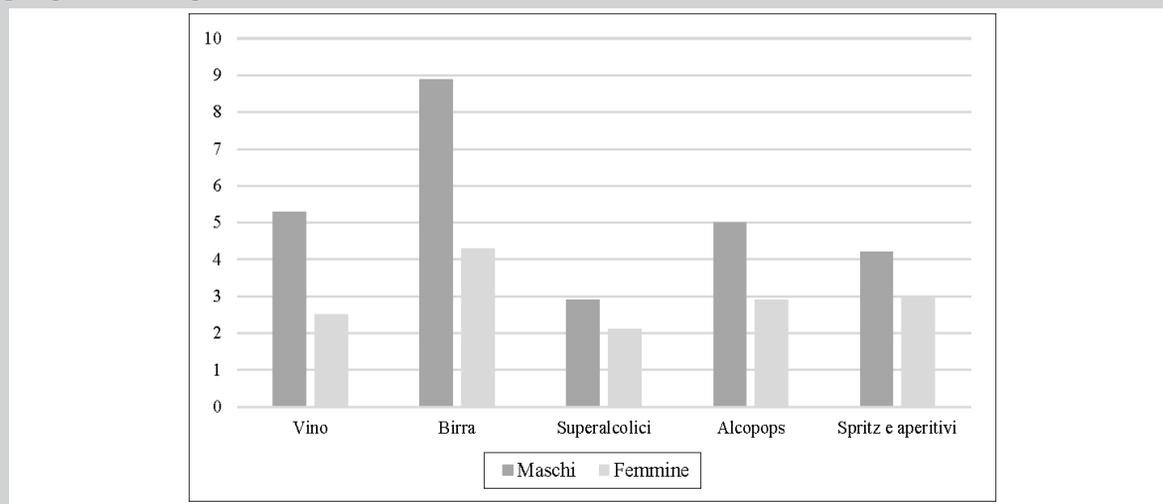
Il dato dell'HBSC è indagato solo nei 15enni e mostra una quota di non consumatori negli ultimi 30 giorni pari all'84% fra i maschi e all'89% fra le femmine.

Anche in questo caso è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni quanti amici pensano di avere che facciano uso di cannabis. Come per fumo e alcol, la percentuale di coloro che ritengono di avere molti, la maggior parte o tutti gli amici che fumano cannabis aumenta parallelamente ai consumi dichiarati e passa dal 26% fra coloro che riferiscono di non aver mai fatto uso di cannabis nell'ultimo mese, al 95% di quelli che dichiarano un consumo quotidiano negli ultimi 30 giorni.

Gioco d'azzardo

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo nell'intera popolazione e nello specifico fra gli adolescenti è stata riconosciuta come una importante tematica di salute pubblica, essendo diventato, nonostante i divieti di legge, una popolare forma di svago anche fra i più giovani (10, 11). I ragazzi sono, inoltre, considerati un gruppo ad alto rischio perché tendono a sottostimare le conseguenze legate a questa dipendenza (comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione della relazione con genitori e amici, abuso di sostanze, depressione e persino suicidio) e spesso falliscono nel richiedere aiuto (12, 13). All'interno del contesto italiano, tra gli adolescenti di 15 anni, i risultati evidenziano un significativo divario di genere rispetto alla sperimentazione del gioco d'azzardo, con meno della metà dei maschi 15enni (49,7%), vs il 97% delle coetanee femmine, che ha dichiarato di non aver mai scommesso o giocato denaro negli ultimi 12 mesi.

Grafico 1 - Consumo (valori per 100) almeno settimanale (ogni settimana o ogni giorno) di vino, birra, superalcolici e liquori (come grappa, chupito, mojito, limoncello e simili), alcopops, spritz e altri aperitivi alcolici per genere dei ragazzi di età 11, 13 e 15 anni - Anno 2018



Fonte dei dati: Indagine HBSC-Italia. Anno 2020.



**Riferimenti bibliografici**

- (1) La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. A cura di Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Serena Donati, Franco Cavallo, Paola Dalmaso, Alessio Vieno, Giacomo Lazzeri, Daniela Galeone. Supplemento 1, al n. 9 vol. 33 (2020) del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1827-6296 (online). Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/HBSC-2018.pdf.
- (2) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Disponibile sul sito: www.hbsc.org.
- (3) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 109, 12 maggio 2017.
- (4) Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Rodgers K, et al. Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2012; 120: 181-189.
- (5) Lambert M, Verduykt P, Van den Broucke S. Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels (Belgium): Flemish Institute for Health Promotion 2002.
- (6) de Looze M, Raaijmakers Q, Ter Bogt T, et al. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health* 2015; 25: 69-72.
- (7) Vieno A, Altoe G, Kuntsche E, et al. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev* 2018; 37: S120-128.
- (8) Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): cannabis use opportunities - an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction* 2017; 112: 1.983-1.984.
- (9) Burdzovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction* 2017; 112 (11): 1.973-1.982.
- (10) Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, et al. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction* 2018; 113: 1.862-1.873.
- (11) Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. *J Gambl Stud* 2017; 33: 397-424.
- (12) Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, et al. Adolescent gambling-oriented attitudes mediate the relationship between perceived parental knowledge and adolescent gambling: implications for prevention. *Prev Sci* 2016; 17: 970-980.
- (13) Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health* 2010; 47 (3): 223-236.





Servizio “Telefoni Verde Dipendenze e Doping”

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

Il Servizio “Telefoni Verde Dipendenze e Doping” dell’Istituto Superiore di Sanità, ospitato presso il Centro Nazionale Dipendenze e *Doping* (CNDD), si configura non solo come uno strumento utile a diffondere consapevolezza e conoscenze su problematiche di salute pubblica quali quelle connesse alle dipendenze, ma anche come un servizio di sostegno e *counselling* che offre un primo intervento e indirizza il cittadino verso le strutture del territorio più idonee a rispondere alle molteplici richieste portate dall’utenza (1).

Il Servizio è, dunque, uno strumento di promozione della salute grazie al quale le Istituzioni entrano in contatto diretto con i cittadini, offrendo nello specifico il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) - 800 554088 - il Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d’Azzardo (TVNGA) - 800 558822 - il Telefono Verde Alcol - 800 632000 - il Telefono Verde Droga - 800 186070 - e il Telefono Verde Anti-*Doping* - 800 896970.

Una *équipe* di psicologi, attraverso la metodologia del *counselling* telefonico, motiva e sostiene l’utente facilitando scelte salutari e percorsi di cambiamento, 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 *help line* 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.

Tutte le informazioni raccolte dal Servizio consentono agli operatori di conoscere caratteristiche e bisogni dell’utenza per offrire interventi sempre più personalizzati.

La funzione di prevenzione e le potenzialità delle *help line* nell’ambito della tutela della salute pubblica sono particolarmente evidenti nel caso del TVF e del TVNGA. Il primo, infatti, a seguito del D. Lgs. n. 6 del 2016, compare su tutti i prodotti del tabacco da fumo con la dicitura “numero verde 800 554088 per smettere di fumare”; il secondo, a seguito del Decreto del 18 settembre 2018 del Ministro della Salute, compare sui tagliandi cartacei delle lotterie istantanee con la dicitura “telefono verde nazionale 800 558822 per i disturbi legati al gioco d’azzardo” e la stessa deve anche essere visibile in un’area dedicata sulle lotterie telematiche.

Il Servizio “Telefoni Verde Dipendenze e Doping”, operando nell’ottica di favorire la continuità con il sistema di cura, ha tra i suoi obiettivi quello di sostenere il *network* dei servizi territoriali e di facilitarne la fruizione da parte dei cittadini.

Per questo, gli operatori svolgono costantemente attività di monitoraggio e supportano i referenti dei servizi ad inserire e modificare le informazioni, attraverso la compilazione di un questionario *online*, in modo da disporre di un indirizzario e una offerta assistenziale sempre aggiornati.

Le informazioni raccolte consentono di avere delle mappature articolate dei servizi per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Anti Fumo-CAF) e dei servizi dedicati al disturbo da gioco d’azzardo (servizi di cura e di auto-mutuo aiuto e altre strutture specifiche per i problemi legali ed economici connessi al gioco).

L’ultimo aggiornamento della mappatura dei CAF, effettuato nel 2019, ha rilevato, complessivamente, 292 Centri di cui 234 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale, 54 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e 4 sono strutture del privato sociale. I Centri sono distribuiti su tutto il territorio nazionale: 169 servizi (58%) sono collocati al Nord, 52 (18%) al Centro e 71 (24%) nel Meridione. La mappatura dei CAF è resa disponibile ai cittadini attraverso la “Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco” (3).

Sull’esperienza della mappatura dei CAF, nel 2015 è stata condotta una indagine che ha consentito di identificare e censire sul territorio nazionale un numero significativo di Centri pubblici e del privato sociale che fornivano assistenza a persone con disturbo da gioco d’azzardo (4). L’aggiornamento negli anni ha visto inseriti anche i gruppi di auto-mutuo aiuto e le risorse di supporto per le problematiche legali ed economiche, spesso legate all’indebitamento.

Nel 2019, le chiamate giunte al TVF sono state circa 11.400, di cui 7.849 attinenti alle finalità del Servizio. Sono pervenuti contatti da tutte le regioni, con una maggiore frequenza dalla Lombardia (15,3%), Campania (13,9%), Lazio (11,0%) e Sicilia (9,7%) (Grafico 1).

Hanno telefonato soprattutto fumatori (92%) con la richiesta di aiuto per smettere di fumare (93%). Non sono mancate telefonate di familiari (6%) che hanno richiesto suggerimenti per sostenere i propri cari nel processo di disassuefazione (94%) e di professionisti del mondo della salute e della scuola (2%). Tra i fumatori, due utenti su tre sono uomini (67% uomini vs 33% donne); sono distribuiti in tutte le classi di età, con una rappresentatività maggiore per gli uomini nella classe di età 45-55 anni (18%) e per le donne nella classe di età 56-65 anni (20%).





Il 43% degli uomini e il 46% delle donne dichiara di fumare tra le 11-20 sigarette al giorno, ma il desiderio di abbandonare questa dipendenza accomuna i fumatori che si rivolgono al Servizio e prescinde dalla quantità di sigarette consumate.

In considerazione delle richieste dell'utenza, l'invio ai CAF rimane la principale proposta degli operatori (71%), seguita dall'offerta di informazioni (30%) e di materiali di *self help* per i fumatori che desiderano abbandonare la sigaretta in autonomia (25%).

A partire dal 2019 gli operatori del TVF hanno proposto a coloro che si sono mostrati maggiormente motivati a smettere e che avevano difficoltà o impossibilità a raggiungere un CAF un percorso telefonico di disassuefazione (2%), in linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha riconosciuto le *quit line* tra le azioni che aumentano la probabilità che i tentativi di smettere di fumare abbiano successo (5), in particolare quando sono gratuite, facilmente accessibili e propongono un intervento personalizzato offerto da personale specializzato (6).

Nel 2019 le telefonate giunte al TVNGA sono state circa 2.400 telefonate, di cui 1.518 attinenti alle finalità del servizio. Le telefonate sono pervenute da tutte le regioni, ma con una frequenza maggiore per Lazio (20,0%), Campania (15,1%) e Lombardia (13,8%) (Grafico 2).

A differenza dei contatti giunti al TVF, nel TVNGA i familiari rappresentano il 51% degli utenti, il 47% sono giocatori d'azzardo, mentre il restante 2% è rappresentato soprattutto da operatori socio-sanitari.

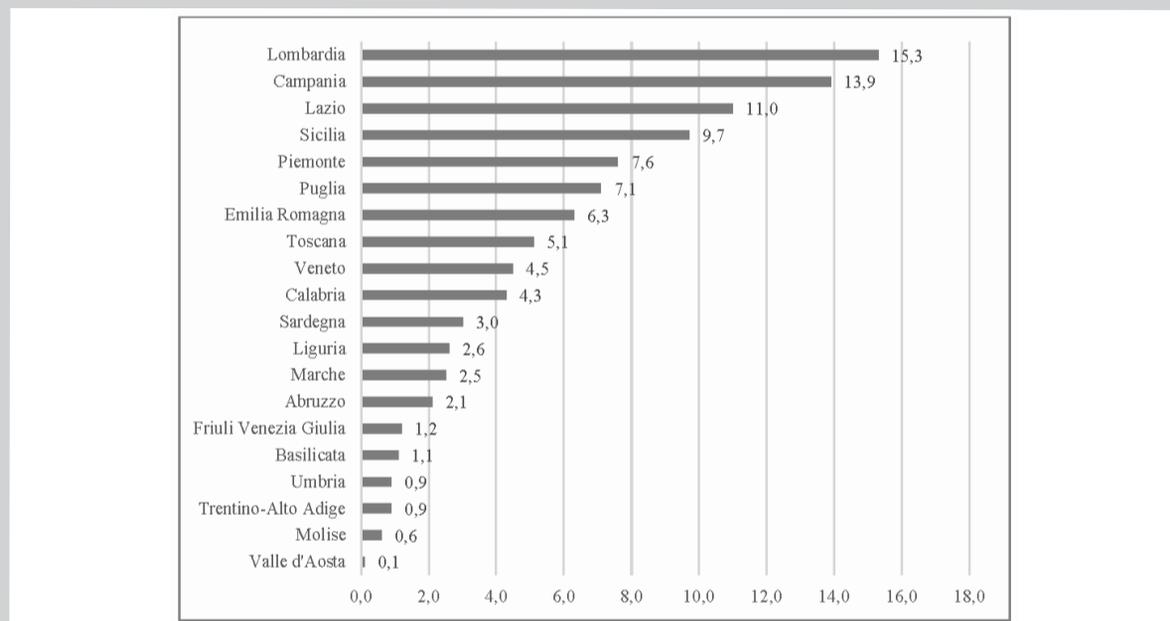
Nel gruppo dei giocatori è possibile osservare importanti differenze di genere; infatti, a contattare il Servizio sono stati soprattutto gli uomini (80% uomini vs 20% donne). Tra i familiari che si rivolgono al servizio troviamo, invece, un'inversione rispetto al genere in quanto il 59% sono donne mentre il 41% sono uomini. Circa il 70% dei giocatori si distribuisce nella fascia di età 26-55 anni (26-35 anni, 21%; 36-45 anni, 25%; 46-55 anni, 22%).

Le principali motivazioni alla base della decisione di rivolgersi al Servizio riguardano il desiderio di smettere di giocare (71% giocatori vs 65% familiari) e la richiesta di informazioni sui servizi di cura (60% giocatori vs 70% familiari).

L'offerta principale del Servizio, come nel caso del TVF, è orientare l'utenza sul territorio verso i servizi di cura (85% giocatori vs 86% familiari), i servizi di auto-mutuo aiuto (31% giocatori vs 41% familiari) e le strutture per far fronte alle problematiche legali ed economiche legate all'indebitamento (30% giocatori vs 36% familiari).

Tutti i Telefoni del Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" hanno carattere nazionale, sono anonimi e gratuiti e sono attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00. Sono raggiungibili anche attraverso gli indirizzi *e-mail* dedicati (*telefono.dipendenze@iss.it* e *tvdiplis@iss.it* rivolto alle persone sorde) e pubblicano le loro iniziative attraverso il sito *web* dell'Istituto Superiore di Sanità e i canali *social Facebook, Instagram, Twitter* e *YouTube* del CNDD.

Grafico 1 - Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde contro il Fumo per regione - Anno 2019

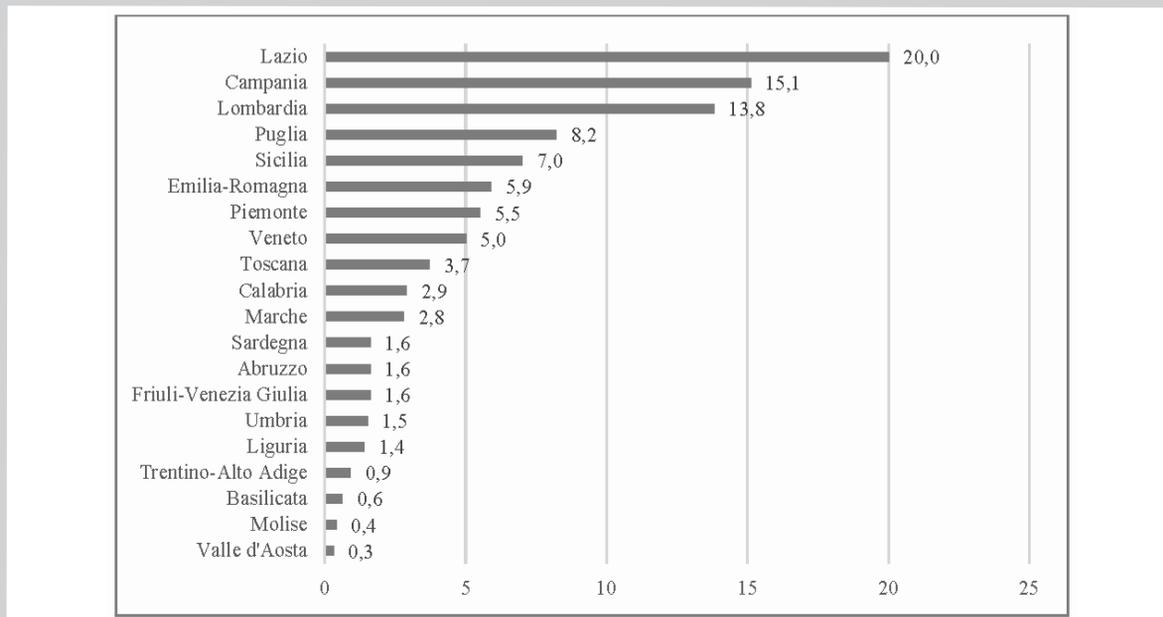


Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2020.





Grafico 2 - Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo per regione - Anno 2019



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2020.

Riferimenti bibliografici

- (1) Mortali C, Martucci L, Lanzillotta G, Massaccesi P, Di Pirchio R, Mortali G, Mastrobattista L. Telefono Verde Nazionale 800 558822 per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo. In Pacifici R, Mastrobattista L, Minutillo A, Mortali C (Ed.). "Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione": risultati di un progetto integrato. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/28).
- (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) Centro Nazionale Dipendenze e Doping (Ed.). Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento maggio 2019). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Strumenti di riferimento 19/S1).
- (4) Minutillo A, Mortali C, Pacifici R, Mastrobattista L. Strutture cliniche per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo. In Pacifici R, Giuliani M, La Sala L (Ed.). Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/5).
- (5) 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.
- (6) 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.



L'abitudine tabagica fra gli adulti in Italia dai dati della sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: cosa è cambiato nell'ultimo decennio?

Dott.ssa Maria Masocco, Dott.ssa Valentina Minardi, Dott.ssa Benedetta Contoli

Il fumo di tabacco è responsabile di molte malattie gravi, come tumori, malattie cerebro-cardiovascolari (ictus, infarto) e malattie respiratorie (enfisema, asma e broncopolmonite cronica ostruttiva). L'istituto americano *Institute for Health Metrics and Evaluation* ha calcolato che nel 2017, in tutto il mondo, il consumo di tabacco sia stato responsabile del 14,5% dei decessi totali (pari a 8,1 milioni di morti di cui 1,2 imputabili al fumo passivo) e di 38 milioni di anni vissuti con disabilità. In Italia si stima, analogamente, che nel 2017 il 14,5% di tutti i decessi sia attribuibile al consumo di tabacco (pari a 90.000 morti, di cui 7.000 riferibili a fumo passivo) e che sia responsabile di 552 mila anni vissuti con disabilità.

Il fumo di tabacco è riconosciuto essere fortemente associato ai tumori del polmone, cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e di alcuni tipi di leucemie e a malattie cardio-cerebrovascolari.

Interventi di contrasto al fumo di tabacco e la stima del carico delle malattie fumo-correlate non possono prescindere dalla conoscenza del fenomeno, di quanto sia diffusa nella popolazione l'abitudine al fumo di tabacco, quali siano i gruppi più esposti, quali le aree più interessate e quali i cambiamenti nel tempo che vanno delineandosi.

In questo *Box* verrà presentata un'analisi dei trend temporali per genere, classe di età e area di residenza, dal 2008 al 2018, della prevalenza di fumatori nella popolazione adulta residente in Italia tratti dal sistema di sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI).

Materiali e metodi

Il sistema di sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione adulta di età 18-69 anni residente in Italia, connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

Riconosciuto come sistema a rilevanza nazionale¹, strumento necessario alla costruzione dei profili di salute per le regioni², PASSI coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità è a regime dal 2008 e si caratterizza come strumento interno al Servizio Sanitario Nazionale in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e regione al fine di guidare a livello locale le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, effettuate nel corso di tutto l'anno da operatori delle ASL, opportunamente formati, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione di 18-69enni del proprio bacino di utenza.

Fra i temi indagati da PASSI anche l'abitudine al fumo di sigaretta, che consente di stimare la prevalenza di fumatori nella popolazione adulta italiana di età 18-69 anni, cogliendo differenze per genere, età, residenza e per caratteristiche socio-economiche, come istruzione, difficoltà economiche o condizione professionale. Inoltre, la raccolta in continuo dei dati su 12 mesi dell'anno e la possibilità di disporre di campioni numericamente importanti della popolazione generale, rendono possibili analisi stratificate e l'uso di modelli matematici per l'analisi delle serie storiche.

Definizioni operative degli indicatori PASSI

Non fumatore: è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.

Fumatore: (secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Ex fumatore: è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

¹DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (GU Serie Generale n. 109 del 12 maggio 2017 - All. A).

²DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (GU Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15 - Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica - programma F2).

**Risultati***La prevalenza di fumatori in Italia per caratteristiche socio-anagrafiche*

Dai dati PASSI relativi al periodo 2015-2018 (tratti da un campione di oltre 132 mila individui di età 18-69 anni) emerge che, in Italia, una persona su quattro fuma (25,7% Intervallo di Confidenza-IC 95%: 25,4-26,0%) e una persona su sei è un ex fumatore (17,5%, IC 95%: 17,3-17,8%).

Il fumo di sigaretta è più frequente negli uomini (29,9%; IC 95%: 29,4-30,3%) rispetto alle donne (21,6%; IC 95%: 21,2-22,0%) e fra i 25-34enni (30,8%; IC 95%: 30,0-31,6%) rispetto alle altre classi di età.

È più frequente nelle classi sociali più svantaggiate per bassa istruzione o difficoltà economiche: fra le persone con licenza media la quota di fumatori è del 30,5% (IC 95%: 29,9-31,1%) mentre è del 19,2% (IC 95%: 18,6-19,9%) fra i laureati; fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche sale al 34,3% (IC 95%: 33,4-35,3%), mentre fra coloro che dichiarano di non averne è del 21,9% (IC 95%: 21,5-22,3%).

Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

Le regioni con più alta percentuale di fumatori sono le regioni del Centro-Sud ed Isole, come Umbria (29,8%), Lazio (28,6%) o Abruzzo (28,2%).

I dati rilevano anche un'attenzione degli operatori sanitari al fumo dei loro assistiti troppo bassa: solo un fumatore su due riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario, fra quelli incontrati nell'anno precedente l'intervista.

I trend temporali

Analizzando i dati dal 2008, si conferma il calo della prevalenza di fumo in Italia che si osserva ormai da almeno 30 anni. La riduzione in quest'ultimo decennio va da circa il 30% del 2008 a circa il 25% nel 2018 ed è statisticamente significativa dal Nord al Meridione, sia fra gli uomini che fra le donne e mediamente in ogni fascia di età. Tuttavia, un'analisi stratificata per genere, classe di età e area di residenza mette in luce differenze fra gruppi della popolazione, mostrando che tale riduzione non riguarda in egual misura le diverse generazioni, non è analoga fra uomini e donne e non è sempre statisticamente significativa (Grafico1)

Fra gli uomini, la quota maggiore di fumatori si registra fra i più giovani (<35 anni). Dopo i 35 anni, il calo è meno significativo o non si registra affatto (come fra i residenti nel Centro). Nel Sud ed Isole, invece, dove la prevalenza di fumatori è sempre stata eccezionalmente più elevata che nel resto del Paese, in questi 10 anni la riduzione ha coinvolto tutte le classi di età al punto che la prevalenza di fumo fra gli uomini residenti nel Meridione ha raggiunto livelli paragonabili al resto d'Italia.

Anche fra le donne la quota di fumatrici è generalmente più alta fra le quelle di età <35 anni e, come per gli uomini, è meno rilevante la riduzione del fumo dopo questa età, in particolare dopo i 50 anni. Nel Centro Italia si osserva una riduzione costante del numero di fumatrici ad ogni età. Al Nord si registra una preoccupante stazionarietà dell'abitudine al fumo nelle giovanissime di età compresa tra 18-24 anni. Fra le donne residenti nel Sud ed Isole il calo del fumo è meno rilevante, talvolta assente o con momenti che segnalano un'inversione di tendenza, come fra le 25-34enni, con il risultato che la quota di fumatrici residenti nel Meridione non è così diversa dalla quota di donne che fuma nel resto del Paese.

In sintesi, a fronte di una riduzione statisticamente significativa della prevalenza di fumo in tutta Italia, sia fra gli uomini che fra le donne e mediamente in tutte le classi di età, questa analisi stratificata mette in luce che:

- le generazioni di giovani adulti (<35 anni) sono e restano quelle più esposte all'abitudine al fumo;
- le generazioni più mature, che hanno già decenni di esposizione agli effetti del fumo di tabacco, sono più restie al cambiamento e abbandonano più difficilmente questa cattiva abitudine;
- in alcune aree del Paese si osserva una preoccupante stazionarietà del fenomeno fra le giovanissime (18-25 anni) e particolare attenzione va posta alle residenti nel Sud ed Isole fra le quali, malgrado la prevalenza di fumo sia stata sempre meno elevata, la sua riduzione non è sempre significativa né continua. Infatti, hanno perso il loro vantaggio storico, per bassa prevalenza di fumo, che avevano sulle donne del Centro-Nord;
- la riduzione del fumo si osserva anche nelle diverse classi sociali, ma si ampliano le disuguaglianze a sfavore delle classi più povere, fra le quali la prevalenza di fumo è più elevata e la riduzione è meno rilevante;
- il profilo di rischio che emerge nel Mezzogiorno preoccupa nel suo complesso: la prevalenza di fumo resta comunque alta fra gli uomini di tutte le età e fra le donne è a livelli paragonabili al resto del Paese. A questo si aggiungono un'alta prevalenza di altri fattori di rischio comportamentali, come sedentarietà e obesità e una più bassa copertura degli screening oncologici.

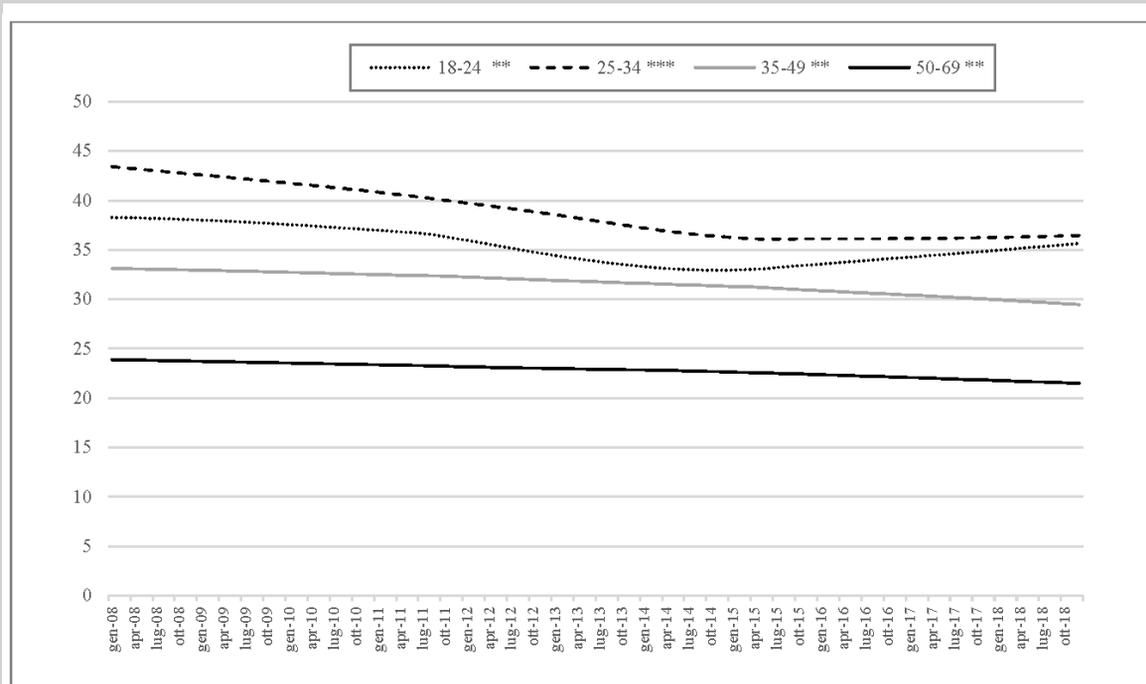
Per ulteriori approfondimenti sui dati PASSI consultare il sito: www.epicentro.iss.it/passi.



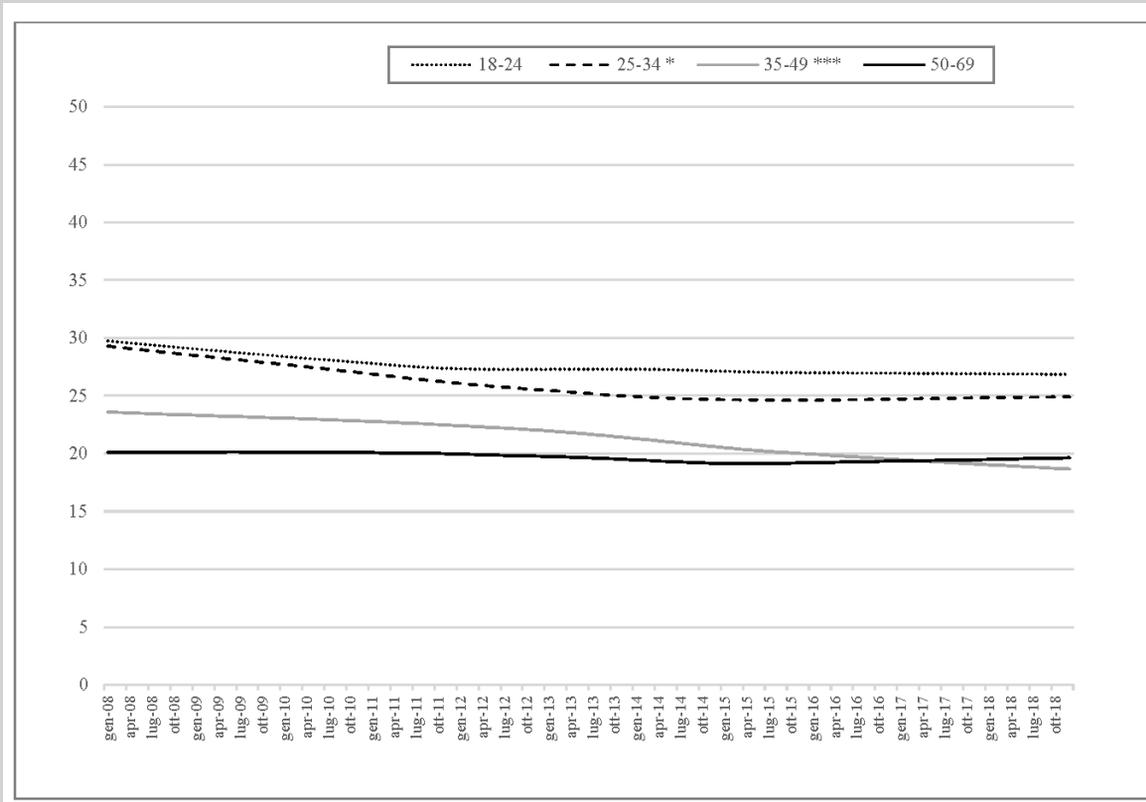


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 1000) di fumatori adulti per genere, classe di età e area geografica di residenza per macroaree - Anni 2008-2018

Uomini Nord



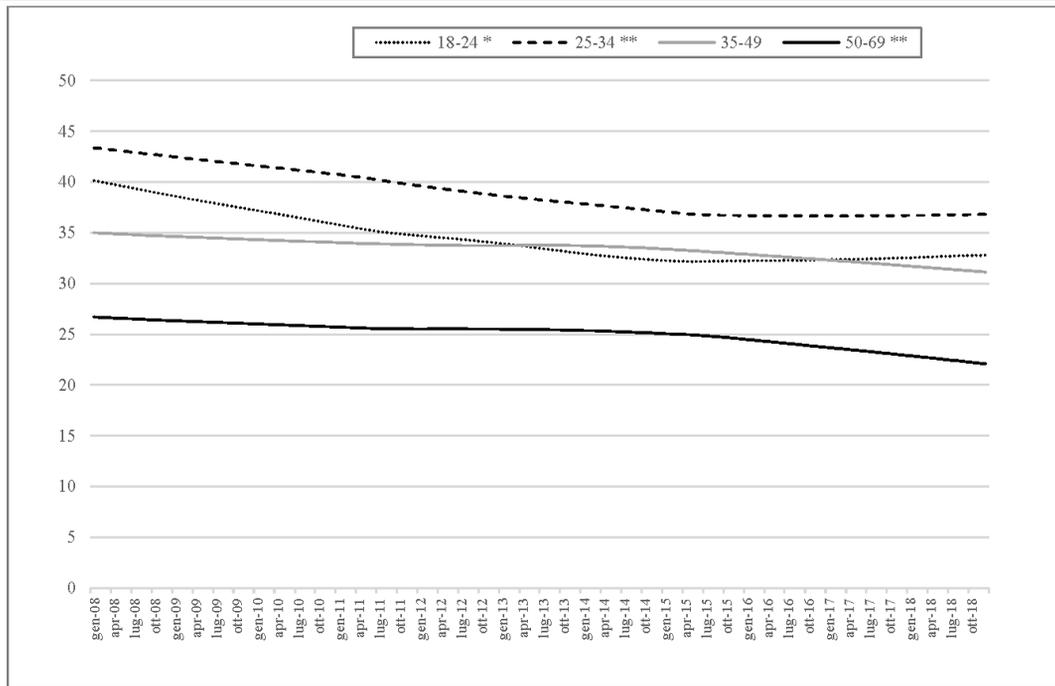
Donne Nord



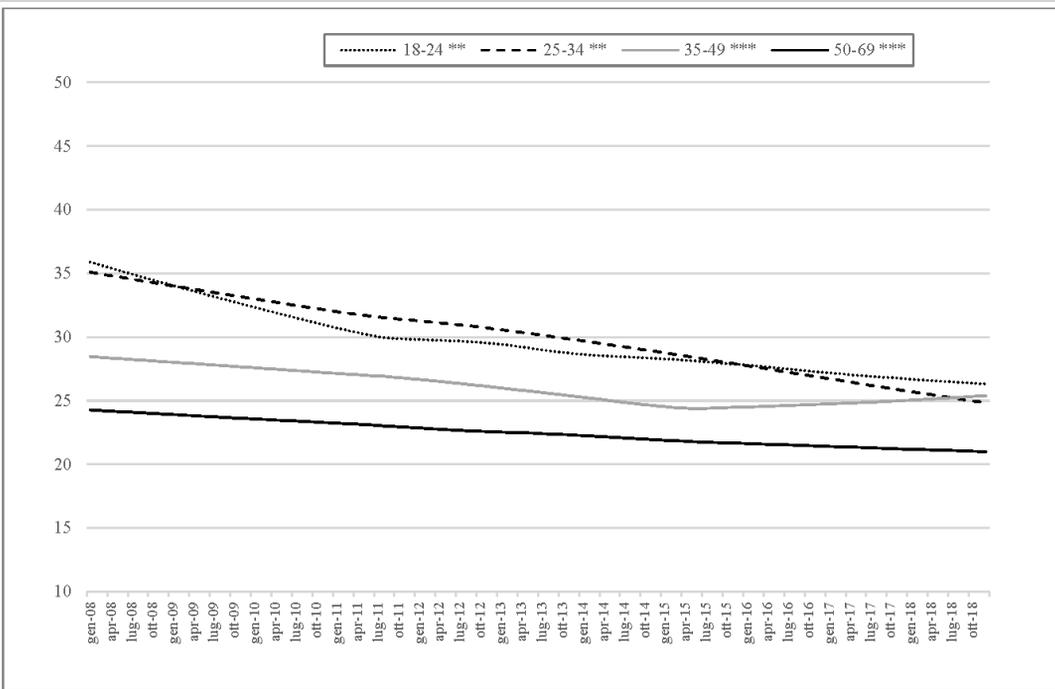


FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Uomini Centro

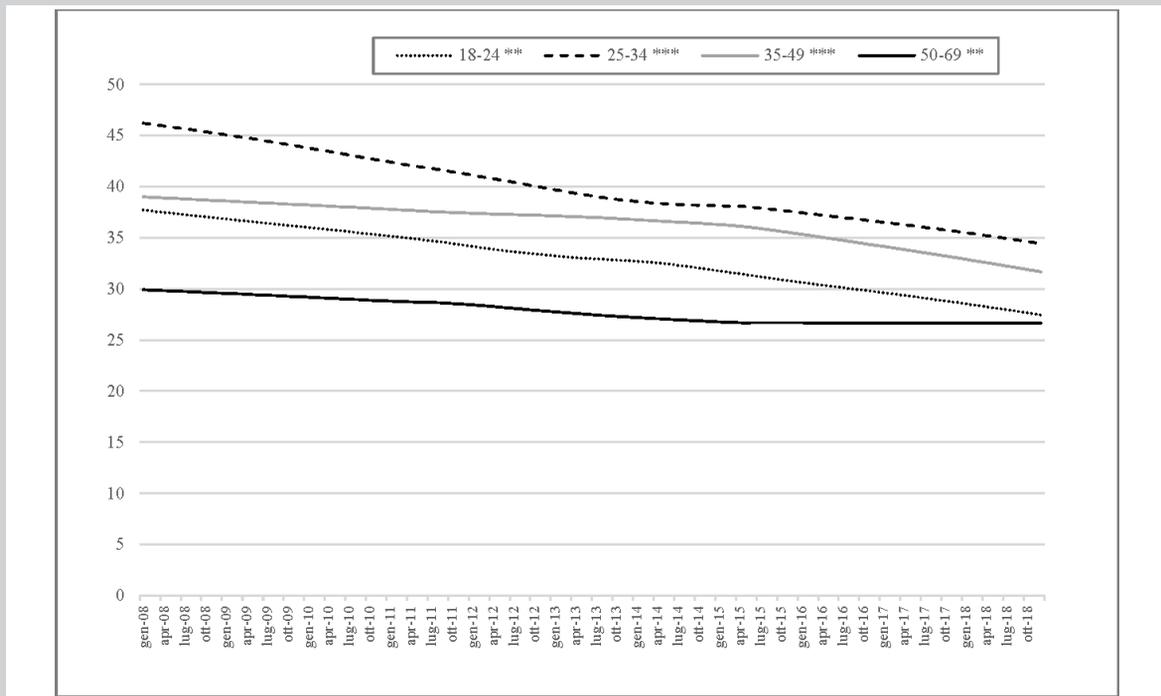


Donne Centro

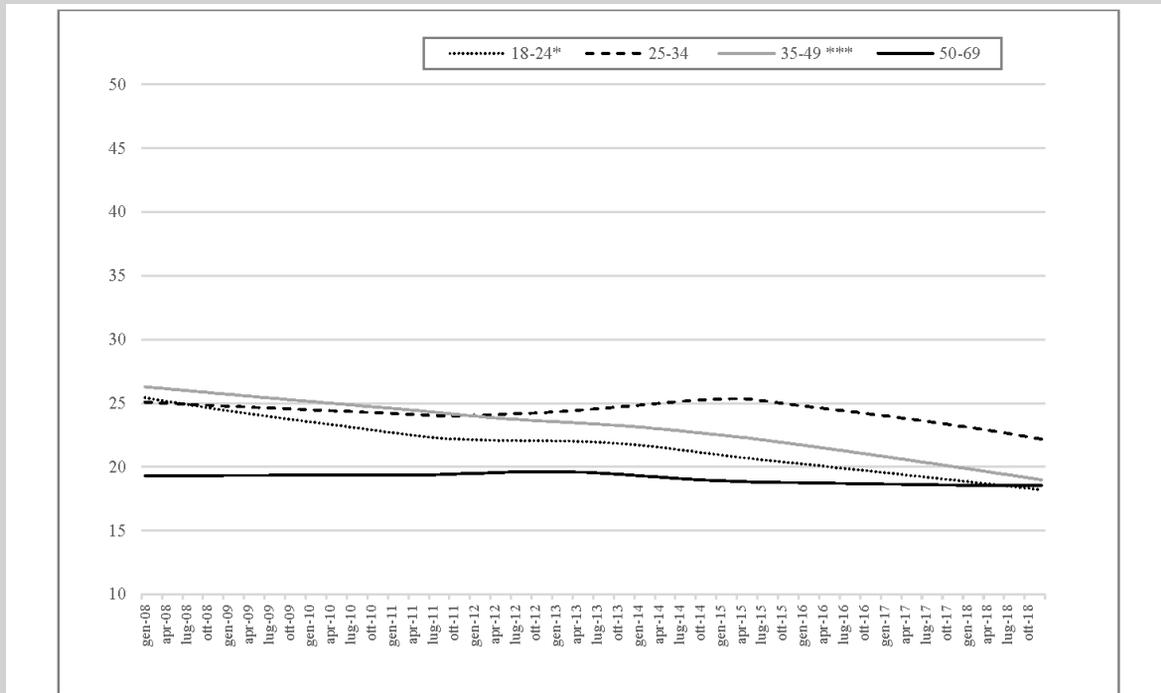




Uomini Sud ed Isole



Donne Sud ed Isole



Nota: Prevalenze mensili stimate da modelli di serie storiche (*Locally Weighted Scatterplot Smoothing*).
 ***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,5 Cochrane-Orcutt test.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2020.

