

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

Le malattie croniche non trasmissibili (*Noncommunicable Diseases-NCDs*) sono la principale causa di morte in Italia, in Europa e nel mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rileva, nei recenti rapporti inerenti lo stato di salute globale, che circa 36 milioni di persone ogni anno muoiono per malattie cardiache, ictus, malattie polmonari croniche, tumori e diabete e quasi l'80% di questi decessi si è verificato nei Paesi a basso e medio reddito.

L'aumento delle malattie non trasmissibili croniche rappresenta una sfida enorme, non solo sanitaria e di salute, ma più complessivamente di sviluppo sostenibile; non a caso, il Direttore Generale dell'OMS ha affermato che non è esagerato definire la situazione derivante dal carico di malattia nella popolazione mondiale come "un disastro imminente, un disastro per la salute, per la società e soprattutto per le economie nazionali. Le malattie croniche non trasmissibili causano miliardi di dollari di perdite di reddito nazionale e spingono, ogni anno, milioni di persone al di sotto della soglia di povertà". Ogni singolo decesso causato da uno dei principali fattori di rischio collegati agli stili di vita è, per definizione, evitabile alla luce di comportamenti individuali che seguono elementari norme di comportamento, rispettose di modelli salutari di cui è nota l'efficacia nel prevenire l'insorgenza della stragrande maggioranza delle malattie croniche. Milioni di morti possono essere, inoltre, evitate attraverso un più forte impegno nell'attuazione di misure connesse alle risposte di salute pubblica, che caratterizzano i piani e le strategie di prevenzione già in essere. Se da un lato è doveroso richiamare l'individuo a essere protagonista della sua "salutogenesi", dall'altra è imperativo garantire la prevenzione e la promozione della salute attraverso politiche che promuovano l'azione a livello di governo contro le malattie non trasmissibili: strategie anti-tabacco più efficienti, promozione di diete più sane, promozione dell'attività fisica e riduzione del consumo dannoso e rischioso di alcol. Fondamentale, il miglioramento dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari essenziali e la resa disponibilità di programmi e iniziative di identificazione precoce e intervento breve mirati al cambiamento degli stili di vita non salutari.

Il "Rapporto sullo stato globale sulle malattie non trasmissibili" fornisce statistiche globali, regionali e specifiche per ciascun Paese, evidenze e esperienze necessarie per avviare una risposta più efficiente ed efficace alla crescente minaccia rappresentata dalle NCDs, fornendo una base utile per poter tracciare le future tendenze anche in termini di impatto socio-economico e le raccomandazioni per contrastare le principali cause di malattia, quali le malattie cardiovascolari, il cancro, le malattie respiratorie e il diabete che, insieme, rappresentano oltre l'80% di tutti i decessi per NCDs e condividono quattro fattori di rischio comuni: l'uso del tabacco, inattività fisica, il consumo dannoso di alcol e l'alimentazione inadeguata.

In Italia, una delle Nazioni più longeve al mondo, il carico di malattia legato alle NCDs è notevole, ma non circoscritto alle popolazioni più anziane come logico in una dimensione di cronicità; così come nel mondo circa il 30% delle persone che muoiono di NCDs appartengono a fasce di popolazione a basso e medio reddito, anche in Italia il fenomeno segue lo stesso trend che si rende più evidente tra le persone con una età <60 anni e si trovano nel loro periodo più produttivo della vita. Nella valutazione del *burden of disease*, del carico di malattia nella popolazione, gli anni di vita persi a causa di NCDs rappresentano la principale causa di morti premature, di disabilità e di malattia di lunga durata che sottrae milioni di anni di vita e di qualità di vita, esitando in una sopravvivenza che vede, soprattutto per le donne, gli ultimi anni di vita trascorsi in condizioni di malattia ed esclusione sociale fisica e psichica. Gran parte di queste condizioni legate a stili e modelli di vita e di consumo non salutari, sono ampiamente prevenibili e potrebbero essere affrontate in maniera più determinata non solo a livello individuale, ma anche a livello di nuclei sociali, primo tra tutti la famiglia, influenzando profondamente il benessere individuale e sociale e la stessa forza lavoro di un Paese.

I fattori di rischio responsabili del 63% dei decessi nel mondo, equivalenti a 36 milioni di morti "evitabili" a fronte di una maggiore consapevolezza e di una corretta interpretazione degli stili di vita salutari e dei modelli di consumo, non sono un problema esclusivo della società del benessere, poichè la povertà influenza in maniera significativa l'adozione di stili di vita non salutari. Motivo, questo, per il quale è fondamentale intervenire sulle condizioni di povertà, così come stabilito in uno degli obiettivi dei *Millenium goals*, in modo da contrastare i 52 milioni di decessi previsti entro il 2030.

Tutto ciò induce ad affrontare le sfide nell'intraprendere azioni efficaci e misure in grado di salvare milioni di vite e di ridurre i costi crescenti di assistenza sanitaria. Tali misure comprendono, ad esempio, l'attuazione della Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (come l'aumento delle tasse sul tabacco), che vieta la pubblicità del tabacco e utilizza leggi per limitare il fumo nei luoghi pubblici; il favorire l'attività

fisica come risorsa preziosa del contrasto di numerose patologie tra le quali l'obesità; l'adozione dei *best buys*, definiti dalla *Global Strategy on Alcohol*, per ridurre la disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche per i minori; la riduzione dei livelli di sale nei cibi, diffondendo l'educazione alimentare e quella alla salute nelle scuole; le scelte informate per la prevenzione del cancro, delle malattie cardiovascolari e del diabete intervenendo su *life skills* e resilienza dei *target* più sensibili attraverso progetti, iniziative, provvedimenti e misure che, come valorizzato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, possano e debbano essere azioni orientate a sollecitare e sostenere il cambiamento individuale.

Si parla, quindi, di strategie trasversali di comunità e programmi mirati alla creazione non solo di stili di vita sani o salutari, ma anche di ambienti favorevoli alla salute della popolazione.

Lo stato dell'arte e i trend supportano l'adozione di politiche, interventi, piani di azione e strategie di cui oggi, più che mai, si rileva l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura, iniziative di screening e interventi nel sociale. Quest'ultimo aspetto in considerazione del fatto che, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esposizione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita e ai comportamenti.

Non tutte le scelte delle *policy* di prevenzione e promozione della salute sono di carattere sanitario. Il concetto di *health in other policies* richiama la necessità di interventi incisivi e di attivazione, ad esempio, di competenze commerciali, economiche e di mercato rivolte a creare forme di regolamentazione, ma anche di comunicazione e, non ultima, di ricerca attraverso il monitoraggio epidemiologico e la prevenzione finalizzata al contenimento e al contrasto degli effetti dei fattori di rischio e di malattia. In tal modo, si tutela la promozione di interventi di sensibilizzazione nelle scuole, rivolte ai minori, da parte delle Istituzioni e Autorità sanitarie competenti, contribuendo a rendere più sicuri e salutari i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari favorendo scelte consapevoli e responsabili.

La finalità ultima è di garantire a tutti il più elevato livello di benessere a cui l'individuo possa aspirare, attraverso l'adozione di comportamenti salutari e sicuri per se stessi e per la collettività, partecipando attivamente e aderendo ai programmi di prevenzione e di screening offerti dalle Istituzioni e da operatori sanitari formati nel merito e promotori della necessità di garantire l'interesse individuale e collettivo di tutela e protezione dalle malattie che possono trovare contrasto nell'adesione all'offerta attiva dei piani vaccinali.

"Salute per tutti" è il messaggio ancora valido per sintetizzare uno scenario che, da oggi sino al 2030, pone in una Agenda internazionale delle Nazioni Unite e dell'OMS il concetto di "salute sostenibile", resa tale dalle persone come risorsa, dai *policy maker* come *provider* di interventi, infrastrutture, servizi, trattamenti e prestazioni di qualità che, in Italia, possono ancora contare su un Servizio Sanitario Nazionale universale, fattore non indifferente su *outcome* di salute e standard legittimamente auspicabili di salute e benessere.

Fumo di tabacco

Significato. “Get ready for plain packaging” (1): questo è lo *slogan* della Giornata mondiale senza tabacco 2016 che si è celebrata il 31 maggio scorso. Si tratta dell’ultima strategia individuata e proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) agli *stakeholder* internazionali per contrastare la diffusione dell’abitudine tabagica, che mira a ridurre il potere attrattivo dei loghi presenti sui pacchetti di sigarette.

Secondo le stime dell’OMS l’abitudine al consumo di tabacco in tutto il mondo determina 5 milioni di decessi e più di 600 mila morti tra i non fumatori esposti a fumo passivo (2), rappresentando una delle

principali cause di morte evitabili. In Italia, a partire dagli anni Ottanta, il consumo di tabacco è in progressivo calo grazie anche agli interventi di carattere legislativo a tutela dei non fumatori e alle iniziative promosse per scoraggiare i fumatori, che hanno contribuito ad aumentare la consapevolezza nella popolazione dei danni causati dal fumo. Obiettivo del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018¹ (3) è ridurre del 10% il numero dei fumatori entro il 2018.

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

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Validità e limiti. Riguardo l’abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell’Indagine Multiscopo dell’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) “Aspetti della vita quotidiana”, condotta nel febbraio 2015 su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui.

I quesiti riguardanti l’abitudine al fumo di sigarette sono auto dichiarati, per cui si tratta di valutazioni di tipo soggettivo.

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

Descrizione dei risultati

Sono circa 10 milioni e 300 mila i fumatori in Italia nel 2015, poco meno di 6 milioni e 200 mila uomini e poco più di 4 milioni e 100 mila donne. Si tratta del 19,6% della popolazione di 14 anni ed oltre. Il numero di coloro che fumano è rimasto pressochè costante rispetto al 2014. Il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2001, passando da una media di 14,7 sigarette a 12,1 nel 2014 e 11,6 nel 2015, variazioni che confermano, quindi, la tendenza alla riduzione di tale abitudine.

Le regioni e PA che superano la media nazionale in termini di percentuale di fumatori di 14 anni ed oltre sul totale dei pari età sono 11 nel 2015 (Grafico 1). La più alta prevalenza di fumatori si continua a registrare in Campania (22,2%), seguita dalla Liguria (21,4%) e dall’Umbria (21,3%). La PA di Trento pre-

senta la minore prevalenza di fumatori di sigarette (14,0%), seguita dalla Puglia (17,0%). Rispetto alla tipologia comunale, in termini dimensionali, si nota un certo differenziale tra i Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell’area metropolitana (rispettivamente, 21,3% e 20,7%), rispetto ai piccoli Comuni di dimensioni più piccole (Tabella 1).

Lo studio della prevalenza di coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, continua ad evidenziare un andamento altalenante rispetto agli altri indicatori sopra analizzati, in quanto, nel 2015, presenta un valore di 22,8% rispetto al 22,6% del 2014 e al 23,3% del 2013. Ciò sembrerebbe indicare che, una volta presa l’abitudine al fumo di sigarette, la capacità di smettere sia influenzata meno dalle politiche e più dalle tendenze che stanno determinando la diminuzione di tale abitudine.

La prevalenza maggiore di ex-fumatori, anche nel 2015, si evidenzia in Emilia-Romagna con il 27,5% che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque aree, sono le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (26,0%), mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (18,2%).

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2015, infatti, si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: il 15,0% di donne dichiara di fumare sigarette rispetto al 24,6% di uomini di pari età.

Differenze ancora più marcate si registrano tra gli ex-

¹Il Piano Nazionale della Prevenzione è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale ed affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, prevedendo che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano.

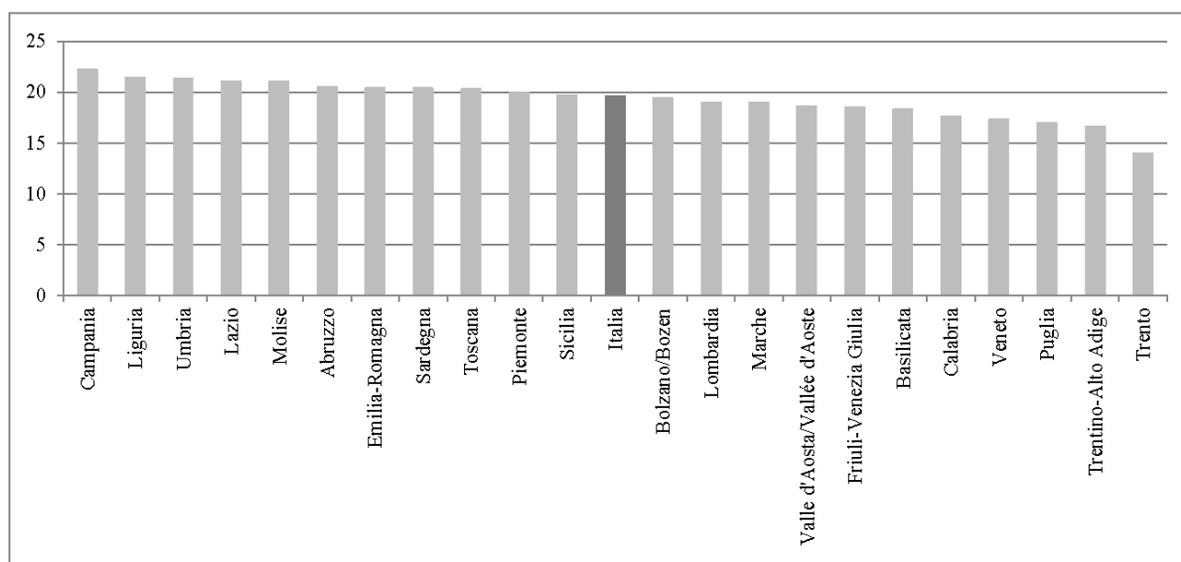
fumatori: 30,5% tra gli uomini *over* 14 anni vs 15,7% tra le donne (Tabella 2).

Le fasce di età che risultano molto critiche, con differenze maggiori rispetto al valore medio, sia per gli uomini che per le donne, sono, nel 2015, quella dei giovani tra i 20-24 anni e 25-34 anni in cui, rispetti-

vamente, il 30,4% e il 33,0% degli uomini e il 19,3% e il 19,4% delle donne si dichiarano fumatori.

In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini e le donne tra i 60-64 anni con, rispettivamente, 15,1 e 11,7 sigarette fumate ogni giorno (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione - Anno 2015



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

29

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 tipo di Comune - Anno 2015

Regioni	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,0	22,7	56,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,6	22,3	57,3
Lombardia	19,0	26,2	53,6
Bolzano-Bozen	19,4	23,7	54,6
Trento	14,0	25,2	59,8
Veneto	17,3	24,8	56,5
Friuli Venezia Giulia	18,5	26,7	53,4
Liguria	21,4	21,4	56,3
Emilia-Romagna	20,4	27,5	51,4
Toscana	20,3	25,1	54,0
Umbria	21,3	25,3	52,7
Marche	19,0	25,0	54,1
Lazio	21,1	22,9	55,0
Abruzzo	20,5	22,9	54,7
Molise	21,1	22,7	54,9
Campania	22,2	16,5	60,5
Puglia	17,0	18,5	62,5
Basilicata	18,3	19,0	60,7
Calabria	17,6	18,4	62,0
Sicilia	19,7	18,8	60,2
Sardegna	20,4	25,2	53,4
Italia	19,6	22,8	56,3
Nord-Ovest	19,5	24,7	54,6
Nord-Est	18,5	26,0	54,3
Centro	20,6	24,0	54,4
Sud	19,7	18,2	60,6
Isole	19,9	20,4	58,4
Comune centro dell'area metropolitana	21,3	23,0	54,8
Periferia dell'area metropolitana	20,7	23,3	54,8
Fino a 2.000 abitanti	19,1	21,7	57,9
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,8	23,0	57,0
Da 10.001 a 50.000 abitanti	18,9	22,7	57,0
50.001 abitanti ed oltre	19,8	22,8	56,3

Nota: nella tabella vi è una quota residuale di "non indicato". Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta <100.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2015

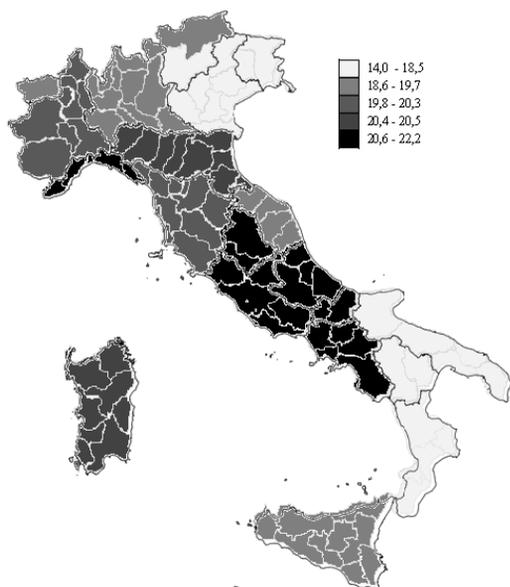


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori e ex-fumatori e numero (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e per classe di età - Anno 2015

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio al giorno*
14-17	7,4	3,5	7,3	6,2	3,0	5,9	6,8	3,3	6,7
18-19	23,3	7,3	8,7	12,1	7,4	7,0	18,0	7,3	8,1
20-24	30,4	7,3	9,8	19,3	8,4	8,0	24,9	7,8	9,1
25-34	33,0	16,8	12,2	19,4	15,9	8,7	26,2	16,4	10,9
35-44	31,3	22,0	13,0	17,5	16,0	9,8	24,3	19,0	11,9
45-54	29,5	27,3	13,9	19,7	17,9	10,7	24,5	22,5	12,6
55-59	25,6	36,7	14,2	20,8	22,2	10,8	23,1	29,2	12,6
60-64	24,7	44,0	15,1	16,5	19,8	11,7	20,4	31,5	13,6
65-74	16,1	53,3	13,3	11,3	18,1	10,4	13,5	34,5	12,0
75+	7,4	60,7	11,1	3,9	12,6	9,1	5,3	31,9	10,2
Totale	24,6	30,5	12,8	15,0	15,7	9,9	19,6	22,8	11,6

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Come ogni anno, arrivano dall'OMS, in occasione della Giornata mondiale senza tabacco del 2016, una serie di raccomandazioni finalizzate al contrasto dell'abitudine tabagica e all'interruzione della stessa.

Da febbraio 2016, anche in Italia è entrata in vigore la nuova legislazione che rende più omogenei, tra i Paesi europei, i provvedimenti relativi al consumo di sigarette. Sono stati introdotti numerosi divieti e restrizioni (ad esempio l'abolizione dei pacchetti da 10 sigarette e confezioni di tabacco da arrotolare contenenti meno di 30 grammi di tabacco), alcuni non previsti dalla legislazione europea, ma proposti dal Ministero della Salute (ad esempio il divieto di fumo negli autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza).

Tutti questi provvedimenti risultano essere efficaci, ma come approfondito anche nel Piano Nazionale di Prevenzione, molte possono e devono essere le azioni di contrasto al consumo di tabacco, soprattutto nei confronti delle categorie più a rischio. Infatti, in Italia si continua ad osservare una tendenza positiva nella diminuzione dei fumatori e anche nella diminuzione del numero medio di sigarette fumate, sebbene rimanga, tuttavia, non confortante il dato della prevalenza dei fumatori tra i giovani. Si parla, quindi, di "strategie

di comunità", ossia programmi che mirano a creare stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, che siano intersettoriali (che operino, quindi, sia sull'individuo che sull'ambiente in cui vive), che abbiano un approccio basato su tutto il ciclo di vita dell'individuo e che riguardino i vari ambienti di vita dell'individuo (scuola, lavoro etc.).

In conclusione, come già indicato nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute (5), si propongono "strategie individuali" che ritengono di "efficacia elevata" le azioni effettuate direttamente dal personale sanitario, il *counselling* rivolto a specifici *target* di popolazione a rischio e, laddove necessario, anche il trattamento farmaceutico.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en.
- (3) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2579.
- (4) Decreto Lgs. n. 6 del 12 gennaio 2016, Direttiva europea 2014/40/UE.
- (5) Disponibile sul sito: www.tabaccologia.it/filedirectory/monografie/raccomandazioni_SITAB.pdf.

Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre 200 condizioni patologiche (1) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro (2), come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer*, che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (3-4). Nel 2012, si sono registrati 14 milioni di nuovi casi di cancro e 8,2 milioni di decessi e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che, nello stesso anno, circa 3 milioni e 300 mila morti nel mondo, pari al 5,9% del totale (uomini=7,6%; donne=4,0%) sono attribuibili al consumo di alcol, come anche i 139 milioni di "anni di vita corretti per disabilità" (*Disability-Adjusted Life Year*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattia e infortunio (1). I nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (5), pubblicati nel 2014 e già acquisiti dal Ministero della Salute (6), dall'Istituto Superiore di Sanità (7) e dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), hanno per-

nesso l'aggiornamento delle quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*) che è consigliato non superare mai per non incorrere in problemi per la salute. Secondo i nuovi limiti, al di sotto dei 18 anni qualunque consumo deve essere evitato. Per le donne adulte e per gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA¹=12 grammi di alcol puro), mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Validità e limiti. Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel febbraio 2015 su un campione di oltre 19.000 famiglie per un totale di circa 46.000 individui. Attraverso il calcolo della frequenza e delle quantità di alcol assunte dagli individui e le occasioni di consumo a maggior rischio, è possibile identificare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai membri delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.

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): 19,0%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 19,0%, donne 8,3% ;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 36,4%, donne 9,0%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2015, la prevalenza italiana dei non consumatori, ossia di coloro che non hanno consumato alcol sia durante l'anno precedente che nel corso della vita (astinenti degli ultimi 12 mesi ed astemi) di età >11 anni, è stata del 34,8% ed è diminuita, rispetto al 2013, di 0,8 punti percentuali. A livello territoriale, l'unica regione in cui si rileva un incremento dei non consumatori è il Friuli Venezia Giulia (+4,6 punti percentuali), mentre delle diminuzioni statisticamente significative si registrano in Emilia-Romagna (-3,3 punti percentuali), Toscana (-5,0 punti percentuali) e Abruzzo (-4,2 punti percen-

tuali). Le variazioni segnalate sono confermate anche tra gli astemi in tutte le regioni sopra riportate, cui si aggiunge un incremento significativo nella PA di Trento e una diminuzione in Piemonte. Relativamente all'ultimo anno, si rileva un aumento delle persone che hanno smesso di bere bevande alcoliche in Valle d'Aosta (+2,7 punti percentuali) ed in Sicilia (+1,8 punti percentuali) e una diminuzione in Umbria (-2,1 punti percentuali). La regione con il più basso valore di prevalenza dei non consumatori, come già rilevato nel 2014, è la PA di Bolzano, mentre i valori più elevati si registrano in Campania e Sicilia.

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2015, è pari al 23,0% per gli uomini e al 9,0% per le donne. Il dato è rimasto pressoché stabile rispetto al 2014 per gli uomini, mentre è aumentato di 0,8 punti percentuali tra le donne. A livello territoriale, tra gli uomini si registra un aumento dei consumatori a rischio nelle Marche, pari a 5,2 punti percentuali, ed una diminuzione di 3,4 punti percentuali in Campania, mentre tra le donne l'unica diminuzione statisticamente significativa si registra nella PA di Bolzano (-6,3 punti percentuali). In tutte le realtà territoriali la prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne. Nel 2015, le regioni con valori di prevalenza di consumatori a rischio inferiori al valore nazionale sono state, per entrambi i generi, la Sicilia (M=15,5%; F=5,2%) e la Campania (M=15,1%; F=5,4%), oltre al Lazio per i soli uomini (M=18,6%) e all'Abruzzo (7,0%), Basilicata (5,4%) e Calabria (6,7%) per le sole donne. Valori superiori alla media sono stati rilevati, per entrambi i generi, in Valle d'Aosta (M=32,8%; F=12,7%), PA di Bolzano (M=33,4%; F=11,9%), Veneto (M=27,9%; F=11,4%) e Friuli Venezia Giulia (M=31,3%; F=12,2%), a cui si aggiungono per i soli uomini la Sardegna (30,8%), il Molise (27,9%), il Piemonte (M=27,7%) e la PA di Trento (M=27,6%) e per le sole donne la Toscana (11,6%) e l'Emilia-Romagna (11,3%).

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-17 anni di età, nel 2015, è pari al 19,0% (M=22,4%; F=15,6%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2014 (19,4%), così come a livello regionale. La PA di Bolzano risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente superiore al dato nazionale (29,6%), mentre presentano valori inferiori al valore italiano la Liguria (10,9%) e la Campania (12,4%).

Adulti (Tabella 3). Nel 2015, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché invariata rispetto al 2014 tra gli uomini (19,0% vs 18,3%) ed è aumentata tra le donne di 1,0 punto percentuale (8,3%).

A livello territoriale tra gli uomini si rileva, rispetto al 2014, un incremento dei consumatori a rischio pari a 6,3 punti percentuali nelle Marche e una diminuzione di 4,0 punti percentuali in Campania. Le prevalenze risultano più elevate tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le regioni, ad eccezione dell'Umbria, dove la differenza non risulta significativa. Risultano al di sotto del valore nazionale, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori a rischio in Campania (M=11,3%; F=5,0%) e Sicilia (M=13,5%; F=4,2%), oltre ad Umbria, Puglia e Lazio per i soli uomini, Basilicata e Abruzzo per le sole donne. Le regioni, infine, con valori al di sopra del dato nazionale risultano essere, per entrambi i generi, la PA di Bolzano (M=34,5%; F=12,2%) e la Valle d'Aosta (M=29,7%; F=13,3%), a cui si aggiungono per i soli uomini il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna, il Molise, il Piemonte e la PA di Trento.

La Tabella 4 consente una attenta analisi delle due diverse componenti che permettono di identificare il consumo a rischio: il consumo in modalità *binge drinking* ed il consumo abituale eccedentario. Nel 2015, a

livello nazionale, tra gli uomini la prevalenza di *binge drinkers* è più elevata di quella dei consumatori abituali eccedentari, mentre tra le donne la differenza tra i due comportamenti a rischio non risulta statisticamente significativa. A livello regionale, sia tra gli uomini adulti che tra le donne, la prevalenza di *binge drinkers* è più elevata di quella dei consumatori abituali eccedentari in Piemonte, nella PA di Bolzano ed in Sardegna ed il medesimo andamento si registra per i soli uomini in tutte le regioni del Nord-Est, in Emilia-Romagna, nelle Marche, in Abruzzo, in Molise, in Calabria ed in Sicilia. In Toscana ed in Puglia, infine, la prevalenza delle donne che consumano bevande alcoliche abitualmente in quantitativi eccedentari è superiore a quella delle consumatrici in modalità *binge drinking*.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2015, è pari al 36,4% tra gli uomini ed al 9,0% tra le donne, senza differenze significative rispetto al 2014. I valori di prevalenza sono, ovunque, più elevati tra gli uomini rispetto alle donne.

A livello regionale, tra gli uomini si registra una diminuzione rispetto al 2014 della prevalenza dei consumatori a rischio in Liguria, mentre tra le donne si registra una consistente diminuzione delle anziane che consumano in modalità a rischio, rispetto al precedente anno, nella PA di Bolzano. Per entrambi i generi, si rilevano valori inferiori al dato nazionale in molte regioni del Meridione ed in particolare in Calabria (M=27,5%; F=4,0%) ed in Sicilia (M=20,9%; F=3,1%) e tra le sole donne in Molise (2,4%), in Sardegna (2,6%), in Basilicata (3,2%), nella PA di Bolzano (3,3%) ed in Puglia (4,3%). La percentuale di anziani a rischio è superiore al valore nazionale per entrambi i generi in Veneto (M=45,5%; F=14,8%), oltre che in Emilia-Romagna per le sole donne (14,7%).

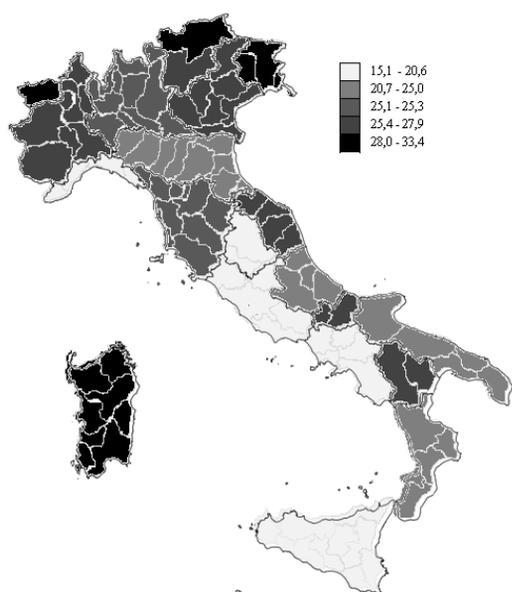
Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2014, 2015*

Regioni	2014				2015			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,5	28,7	33,2	65,3	4,8	26,0	30,8	68,4
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	3,3	25,5	28,8	69,3	6,0	25,6	31,5	67,7
Lombardia	5,5	28,9	34,4	64,1	5,8	27,0	32,7	66,8
Bolzano-Bozen	6,4	16,9	23,3	74,8	7,1	18,7	25,8	72,7
Trento	5,0	25,7	30,8	68,8	4,0	29,5	33,5	65,5
Veneto	4,8	28,6	33,4	65,4	4,8	26,2	31,0	68,5
Friuli Venezia Giulia	4,2	22,6	26,8	71,0	4,9	26,5	31,4	68,3
Liguria	4,1	32,2	36,3	63,1	4,2	30,3	34,5	64,9
Emilia-Romagna	4,5	28,1	32,6	66,5	5,0	24,3	29,3	70,2
Toscana	6,0	29,5	35,5	62,2	6,8	23,6	30,5	69,1
Umbria	6,4	28,4	34,9	63,7	4,3	28,3	32,6	67,0
Marche	3,8	30,0	33,8	64,2	5,0	26,9	31,9	66,9
Lazio	4,7	32,9	37,5	61,5	4,8	32,8	37,7	61,3
Abruzzo	3,9	31,8	35,7	62,3	4,7	26,8	31,5	67,3
Molise	4,1	33,9	38,0	61,1	4,1	34,2	38,3	60,6
Campania	5,0	34,5	39,5	59,8	5,6	36,5	42,1	57,2
Puglia	4,4	32,2	36,5	61,9	4,6	32,4	37,0	61,5
Basilicata	4,0	35,7	39,7	57,7	3,9	34,1	38,0	60,4
Calabria	3,7	34,5	38,2	59,8	4,8	32,1	36,9	62,2
Sicilia	3,6	36,8	40,4	58,4	5,4	36,9	42,3	57,1
Sardegna	3,9	31,7	35,6	62,7	5,4	32,1	37,6	61,8
Italia	4,7	30,9	35,6	63,0	5,2	29,6	34,8	64,5

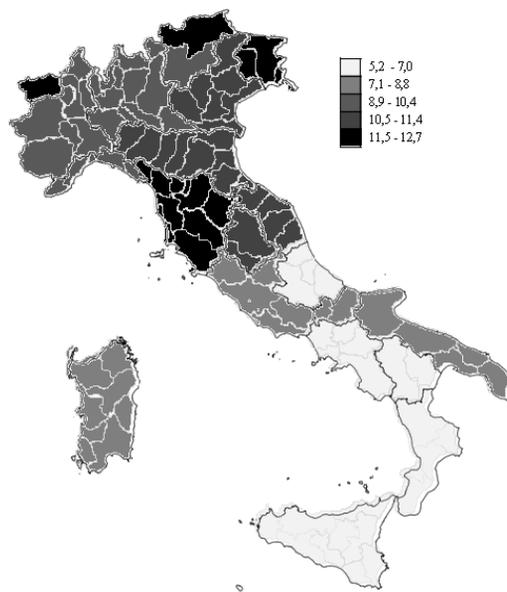
*La somma dei "Consumatori" e dei "Non consumatori" non corrisponde al 100% in quanto la popolazione al denominatore comprende anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2015



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2015



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

35

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 11-17 anni per genere e per regione - Anno 2015

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2015

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Tabella 4 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per tipologia di comportamento a rischio nella popolazione di età 18-64 anni per genere e per regione - Anno 2015

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Tabella 5 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) nella popolazione di età 65 anni ed oltre per genere e per regione - Anno 2015

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	39,2	9,4	22,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	46,1	9,9	25,7
Lombardia	38,1	11,1	22,7
Bolzano-Bozen	32,2	3,3	16,0
Trento	44,2	10,0	24,8
Veneto	45,5	14,8	28,1
Friuli Venezia Giulia	43,1	13,5	26,2
Liguria	34,5	8,9	19,6
Emilia-Romagna	37,6	14,7	24,7
Toscana	41,5	12,6	25,1
Umbria	39,8	10,7	23,3
Marche	36,9	9,2	21,2
Lazio	35,5	6,6	19,0
Abruzzo	35,3	7,5	19,6
Molise	35,0	2,4	16,6
Campania	30,0	5,7	16,2
Puglia	38,3	4,3	19,2
Basilicata	38,7	3,2	18,8
Calabria	27,5	4,0	14,5
Sicilia	20,9	3,1	10,8
Sardegna	39,3	2,6	18,7
Italia	36,4	9,0	20,8

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa in Italia milioni di individui di tutte le fasce di età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine.

I giovani rappresentano un *target* di popolazione estremamente vulnerabile all'uso di alcol che risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità, evitabile se venisse garantito e supportato il rispetto delle norme di tutela della salute e di sicurezza, rese ampiamente disponibili da anni in tutti i contesti.

Lo stato dell'arte e i trend supportano l'adozione di politiche, interventi, piani di azione e strategie di cui oggi, più che mai, si rileva l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura, iniziative di screening e interventi nel sociale. Quest'ultimo aspetto in considerazione del fatto che, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esposizione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita e ai comportamenti.

Una attenzione particolare è indispensabile relativamente ai problemi del rispetto della legalità per il mancato rispetto delle leggi (che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni), ma anche quello delle disuguaglianze in salute causate dall'alcol e non adeguatamente contrastate da politiche, piani, strategie e azioni nazionali e regionali.

Molti italiani bevono ben oltre i limiti che il nostro organismo possa tollerare; c'è chi lo fa in maniera quotidiana e chi assume alcol occasionalmente, ma tutti in maniera dannosa per se stessi e spesso per gli altri. Ci sono molte azioni, iniziative, strategie e programmi da realizzare e che, sicuramente, non sono completamente compatibili con quelle di tutela del prodotto e del *marketing* lì dove non controbilanciate da un approccio supportato dal concetto europeo di "salute nelle altre politiche" e di pieno rispetto delle leggi nazionali di tutela dei minori.

Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un *continuum* di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni subiti, appare centrale e urgente garantire e integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (attraverso il test AUDIT) nei *setting* di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani (*setting* pediatrici e di assistenza primaria erogata dai medici di famiglia), favorendo l'erogazione di tecniche di *counselling* motivazionale, tra le quali l'inter-

vento breve che garantisce i più elevati livelli di efficacia e i più vantaggiosi profili di costo e di beneficio. Nel 2016, si attuerà la verifica dell'*Action Plan 2014-2016 on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)* (8) in merito alle azioni e strategie adottate dai Governi attivi nel *Committee on National Alcohol Policy and Action*. Il comitato formale che si riunisce a Lussemburgo per dirimere le questioni specifiche, ha impegnato gli Stati membri a considerare sei aree di azioni prioritarie:

- ridurre il *binge drinking* (inteso come consumo eccessivo episodico);
- ridurre l'accesso e la disponibilità delle bevande alcoliche ai giovani;
- ridurre l'esposizione dei giovani alla pubblicità e al *marketing* delle bevande alcoliche;
- ridurre il danno da alcol in gravidanza;
- assicurare un ambiente sicuro e salutare ai giovani;
- supportare il monitoraggio e incrementare la ricerca.

Il Piano di azione sul bere dei giovani e sul *binge drinking* non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull'evidenza che, sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l'alcol è nocivo per lo sviluppo cerebrale sino ai 25 anni (aggiornate le evidenze che ponevano questa "soglia" ai 21-24 anni). Questo è il motivo per cui il Piano di azione si focalizza sui diversi *target* dei giovani a partire dai bambini, passando attraverso gli adolescenti, i maggiorenni (secondo le differenti età legali correnti nelle diverse Nazioni della Unione Europea) e, non ultimi, i giovani adulti. In questa fascia ampia di età l'alcol fa registrare in tutta Europa il più elevato contributo in termini di mortalità prematura, morbilità per causa e disabilità causate dal consumo di bevande alcoliche tra i giovani. Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario e interventi incisivi sono da attivare relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolti a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di *marketing* con istituzione di modalità di prelievo fiscale, analogamente a quanto avviene per le sigarette, attraverso tasse di scopo. Con esse è possibile finanziare la ricerca, il monitoraggio epidemiologico e la prevenzione finalizzata al contenimento e al contrasto degli effetti del consumo dannoso e rischioso di alcol nella popolazione, tutelando la promozione di interventi di sensibilizzazione nelle scuole rivolte ai minori da parte delle Istituzioni e Autorità sanitarie competenti, escludendo esplicitamente qualunque intervento da interlocutori portatori di interessi commerciali, come richiesto e richiamato dall'OMS. La finalità condivisa da tutte le strategie e i Piani di azione, in cui l'Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale, è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutarissimi i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate capaci di guidare verso stili e modelli del

bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza, basati su informazioni valide e oggettive. La finalità ultima è di garantire a tutti il più elevato livello di benessere a cui l'individuo possa aspirare attraverso l'adozione di comportamenti salutari e sicuri per se stessi e per la collettività.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en.
- (2) International Agency for Research on Cancer (IARC). (2015). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Retrieved. Disponibile sul sito: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classification.php.
- (3) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the

Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.

(4) Stewart BW, Wild CP (Ed.). World Cancer Report 2014. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2014.

(5) Società Italiana di Nutrizione Umana. Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana IV Revisione. Milano: SICS editore; 2014.

(6) 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 2013. Roma: Ministero delle Salute; 2014. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf.

(7) Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2016. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016 (Rapporti ISTISAN 16/4).

(8) European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). Brussels: European Commission; 2014. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_action-plan_youthdrinking_en.pdf.

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 2015 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni, in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti, dichiarata dalle persone di 3 anni ed oltre.

La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale e della quantità di porzione ritenuta auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i

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

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

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

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

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

Denominatore

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

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

Denominatore

Validità e limiti. Il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha dichiarato di consumare ciascun gruppo di alimenti secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (7).

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

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

Valore di riferimento/Benchmark. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di VOF e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti sono analizzate in relazione all'indicatore obiettivo.

Descrizione dei risultati

Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2015, tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre consuma giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda in media poco più della metà della popolazione (52,6%), e di ortaggi, che risulta pari al 45,5%.

I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione 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 più diffuso è sempre al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesta tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Molise, Basilicata, PA di Bolzano e Calabria), circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF. Il benchmark delle 5 porzioni di VOF è più diffuso in Piemonte, dove riguarda l'8,1% dei consumatori giornalieri di VOF. Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in alcune regioni del Meridione (Molise, Basilicata e Sicilia) (Tabella 1).

L'andamento nel tempo dell'indicatore "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (5+VOF), per 100 persone che consumano quotidiana-

namente VOF, è riportato nella Tabella 2. In essa sono evidenziati i valori percentuali dell'indicatore per la modalità "5+VOF al dì" (espressa come percentuale su consumatori di almeno 1 porzione al giorno di VOF - "1+VOF") per ciascuna regione e PA negli anni 2005-2015, nonché il trend dell'indicatore mediante il tasso medio periodale annuo percentuale (TMA%) e il trend del denominatore (percentuale su consumatori di 1+VOF).

Nel quadro generale si osserva una sostanziale stabilità dell'indicatore obiettivo nell'intero periodo (TMA% = +0,19%), poiché la diminuzione osservata fino al 2014 (dal 5,3% di 5+VOF nel 2003 al 4,9% nel 2014) è stata compensata nel 2015 tornando al 5,4%.

Possiamo raggruppare le regioni in 5 sottoinsiemi:

a) le regioni in cui, a parità o aumento dei consumatori di 1+VOF al dì, si osserva un incremento o un non decremento del consumo di 5+VOF al dì: Marche (+5,56%), Calabria (+5,20%), Emilia-Romagna (+4,31%) e Piemonte (+2,09%);

b) le regioni in cui il valore di 5+VOF al dì resta pressoché costante a fronte di un aumento del denominatore sono la Toscana (0,35%) e la Puglia (0,00%);

c) le regioni in cui i consumatori di 1+VOF al dì diminuiscono, ma tra questi il consumo di 5+VOF al dì aumenta: PA di Bolzano (+2,67%) e Lazio (+1,09%). Tutte le regioni dei gruppi a) e b) si spostano verso un quinto più elevato nel 2015 rispetto a quello in cui si collocavano nel 2005, tranne il Piemonte, che era già al massimo, mentre la Calabria, passa dal primo al secondo quinto della distribuzione regionale.

d) le regioni in cui si osserva una diminuzione della percentuale di persone che consumano 5+VOF al dì, a fronte di un aumento o costanza dei consumatori di 1+VOF al dì, che rappresentano il raggruppamento più numeroso: Valle d'Aosta (-0,61%), PA di Trento (-0,93%), Basilicata (-3,23%), Liguria (-1,25%), Friuli Venezia Giulia (-1,82%), Veneto (-1,94%), Umbria (-3,92%), Molise (-6,38%), Sardegna (-1,25%);

e) le regioni in cui si osserva una riduzione dei consumatori di 1+VOF al dì oltre che del consumo quotidiana

no di 5+VOF al dì sono la Sicilia (-3,41%) e la Campania (-1,83%).

Tutte le regioni dei gruppi d) e e) mantengono la posizione nella graduatoria o si spostano verso un quinto meno elevato nel 2015 rispetto a quello in cui si collocavano nel 2005, tranne l'Abruzzo, in cui si registra un miglioramento, passando dal 1° al 2° quinto della distribuzione regionale.

Dall'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 3).

Tra gli alimenti consumati giornalmente troviamo al primo posto il consumo di pane, pasta e riso, che è più diffuso in molte regioni del Centro e del Meridione, ma anche in Emilia-Romagna. Il consumo giornaliero di latte è anch'esso più diffuso al Centro e al Meridione, mentre il consumo giornaliero di formaggi è, principalmente, diffuso nelle regioni del Nord.

Se passiamo ad analizzare il consumo almeno settimanale di carne, si osserva un maggiore consumo di carni bianche in alcune regioni del Centro e del Nord (con la Toscana al primo posto della graduatoria con l'86,2%), mentre il consumo di carni bovine e di carne di maiale è maggiormente diffuso al Centro e al Meridione. Al Centro e al Meridione si osserva anche una maggiore diffusione del consumo almeno settimanale di pesce. Considerando il consumo almeno settimanale di legumi e uova, si osserva una maggiore diffusione di queste tipologie di alimenti nelle regioni del Meridione e meno nelle altre zone del Paese. Al Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa anche l'abitudine di usare l'olio di oliva ed altri olii vegetali come condimento nella preparazione di cibi cotti.

Analizzando il consumo almeno settimanale di dolci e *snack* salati, si osserva un maggiore consumo dei primi in alcune regioni del Nord, mentre i secondi sono consumati maggiormente al Meridione, ma anche in Lombardia e Veneto. Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, ma non si osserva un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

41

Tabella 1 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2015

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF°		
					1	2-4	5+
Piemonte	61,7	54,6	75,3	86,8	14,8	77,1	8,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	58,4	50,0	70,2	84,0	17,8	77,6	4,6
Liguria	49,4	45,3	76,6	85,0	17,2	77,8	4,9
Lombardia	54,4	46,0	72,2	84,0	18,5	76,0	5,4
Bolzano-Bozen	49,0	43,2	61,4	75,0	24,6	69,8	5,7
Trento	67,6	55,4	74,7	85,6	16,5	75,7	7,8
Veneto	59,2	50,6	71,3	83,5	17,2	77,4	5,4
Friuli Venezia Giulia	61,7	48,3	71,1	85,4	18,0	75,7	6,3
Emilia-Romagna	58,2	53,7	76,1	86,0	16,6	76,1	7,3
Toscana	56,3	50,8	77,2	85,5	17,3	76,8	5,9
Umbria	59,0	51,4	81,2	88,4	14,4	82,6	3,1
Marche	58,5	46,1	76,1	85,4	15,7	77,3	7,0
Lazio	62,8	53,2	75,6	84,9	13,9	80,0	6,1
Abruzzo	41,8	38,1	77,2	85,1	22,0	74,5	3,5
Molise	33,0	32,6	74,9	83,7	28,3	70,0	1,7
Campania	44,6	37,8	76,9	83,1	22,1	73,0	4,9
Puglia	34,2	30,8	77,9	83,2	21,7	74,9	3,3
Basilicata	34,8	31,6	75,0	79,8	28,1	69,8	2,1
Calabria	40,6	35,8	77,6	82,9	24,0	72,1	3,8
Sicilia	45,5	36,8	78,5	83,7	18,1	79,0	2,9
Sardegna	51,0	47,9	78,9	84,7	16,7	77,7	5,6
Italia	52,6	45,5	75,4	84,4	18,2	76,5	5,4

*Almeno 1 porzione al giorno

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Tabella 2 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF), tasso medio annuo (valori per 100) di variazione dell'indicatore e del denominatore e quinto (valori assoluti) di appartenenza nella distribuzione dei valori 5+VOF al di per regione - Anni 2005-2015

Regioni	Tasso medio annuo Consumatori 5+VOF al di										Quinti della distribuzione 5+VOF al di											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	6,7	7,3	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	7,0	6,0	8,1	2,09	0,72	4	5	4	4	4	5	4	4	5
Valle d'Aosta	4,4	6,2	3,8	6,6	6,5	6,1	6,3	4,9	3,7	4,6	4,6	-0,61	1,80	2	4	1	5	4	3	1	2	2
Liguria	5,5	7,0	5,3	5,9	4,9	5,1	5,3	4,3	4,8	4,9	4,9	-1,25	2,56	3	5	2	3	2	3	2	3	2
Lombardia	4,9	5,8	6,9	5,5	5,9	5,8	6,1	5,9	4,3	4,9	5,4	1,02	-0,26	2	4	5	3	3	5	2	2	3
Bolzano-Bozen	4,6	5,3	7,3	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	4,9	5,0	5,7	2,67	-0,60	2	3	5	2	2	1	3	2	4
Trento	8,7	8,5	10,0	8,1	10,0	7,8	7,4	7,8	6,5	5,8	7,8	-0,93	1,39	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Veneto	6,7	6,2	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,6	4,8	5,1	5,4	-1,94	0,96	5	4	4	4	2	3	4	3	3
Friuli Venezia Giulia	7,7	5,5	4,7	7,4	4,8	5,9	6,9	5,6	5,6	5,3	6,3	-1,82	3,32	5	3	1	5	3	4	4	3	4
Emilia-Romagna	5,1	6,0	5,3	5,5	7,0	5,5	5,1	5,3	4,5	4,4	7,3	4,31	1,82	3	4	2	3	5	2	4	3	2
Toscana	5,7	4,9	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,5	5,5	5,2	5,9	0,35	3,41	4	2	2	2	2	3	1	3	4
Umbria	5,2	4,8	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	4,8	6,4	3,1	-3,92	2,17	3	2	3	2	4	1	4	3	4
Marche	4,5	3,8	6,6	4,5	4,5	5,7	5,4	3,3	3,8	5,6	7,0	5,56	-0,34	2	1	4	1	3	3	2	2	3
Lazio	5,5	5,6	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	6,4	9,0	6,1	1,09	-1,12	3	4	3	4	2	3	2	2	3
Abruzzo	4,3	5,1	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	3,2	6,3	3,5	-1,86	-0,06	1	3	3	4	1	3	5	2	1
Molise	4,7	4,5	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,5	3,9	6,8	1,7	-6,38	3,16	2	1	5	2	2	1	4	1	2
Campania	5,9	4,4	5,6	6,6	5,4	5,9	3,9	3,7	5,7	4,4	4,9	-1,83	-1,50	4	1	3	5	4	4	1	2	5
Puglia	3,3	3,6	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1,8	1,3	3,3	0,00	2,16	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Basilicata	3,2	4,7	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	2,5	1,9	2,1	-3,23	1,43	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Calabria	2,5	2,9	2,7	4,1	2,9	4,2	2,4	2,1	1,8	2,1	3,8	5,20	0,00	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Sicilia	4,4	4,6	3,5	4,7	3,7	4,5	3,6	4,3	5,2	3,1	2,9	-3,41	-2,84	1	2	1	1	1	1	1	3	4
Sardegna	6,4	4,9	6,8	5,9	4,7	6,6	8,2	6,0	4,6	5,6	5,6	-1,25	3,07	4	2	4	3	3	5	5	2	4
Italia	5,3	5,3	5,6	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7	4,8	4,9	5,4	0,19	0,20									

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

43

Tabella 3 - Popolazione (valori percentuali) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2015

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi* Salumi*	Carni bianche*	Carni bovine*	Carni di maiale*	Uova*	Legumi in scatola*	Pesce*	Snack*	Dolci*	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	78,9	53,5	30,5	56,1	85,1	64,2	37,0	45,7	56,4	24,5	52,6	94,2	97,4	73,6	46,9
Valle d'Aosta	78,8	48,8	33,7	57,1	84,0	69,8	36,4	38,0	55,1	17,3	44,4	91,2	97,0	72,7	68,0
Liguria	78,9	54,3	24,2	58,7	79,4	62,3	33,3	41,7	57,6	21,5	50,1	96,1	97,4	73,2	43,4
Lombardia	76,2	50,5	25,5	62,6	82,4	61,1	39,1	41,4	57,0	31,4	53,3	91,5	96,7	72,3	48,7
Bolzano-Bozen	68,0	54,2	38,6	58,5	48,2	42,0	28,1	23,2	27,3	17,9	48,3	92,3	92,7	62,0	69,4
Trento	76,6	50,9	36,2	65,5	77,9	53,8	43,9	45,2	55,7	22,2	47,7	94,5	97,9	73,3	63,7
Veneto	78,5	50,8	27,3	57,3	80,5	60,3	43,3	35,4	52,5	29,8	57,4	94,9	97,9	74,2	56,0
Friuli Venezia Giulia	77,4	58,2	29,6	60,4	80,4	63,6	44,8	41,0	53,5	24,7	54,6	93,5	97,5	73,4	55,0
Emilia-Romagna	83,4	49,7	18,7	61,7	81,2	58,5	45,4	44,8	53,3	21,5	52,7	96,0	97,4	72,5	53,8
Toscana	85,4	61,1	20,8	58,1	86,2	66,9	50,6	57,0	60,3	22,2	48,9	97,4	97,8	66,4	51,0
Umbria	86,7	61,4	18,6	65,5	84,5	69,2	59,0	58,2	60,2	20,0	51,6	97,9	98,5	73,7	65,1
Marche	85,9	56,6	14,2	62,0	84,7	64,1	43,2	51,7	69,2	20,9	51,9	97,2	97,8	68,9	46,6
Lazio	79,8	60,4	15,2	48,4	81,7	67,9	41,3	56,1	65,2	25,2	44,5	96,9	96,7	62,2	36,9
Abruzzo	84,9	55,1	14,7	61,8	84,4	64,2	49,8	60,7	60,4	27,3	51,7	97,7	98,0	69,3	37,2
Molise	81,8	56,4	15,8	68,6	81,8	63,4	55,2	69,5	55,8	28,7	49,1	97,9	98,1	61,7	49,2
Campania	80,0	54,2	8,8	60,0	82,0	66,0	49,5	74,1	69,9	32,9	42,9	97,0	97,4	63,8	35,5
Puglia	80,1	64,3	14,2	57,9	79,1	64,5	42,5	61,4	57,3	25,5	44,8	96,7	97,3	68,0	49,9
Basilicata	81,0	54,7	13,1	58,3	72,9	58,4	45,6	69,8	59,8	27,9	41,4	97,0	97,4	75,6	63,8
Calabria	89,1	55,0	27,1	65,4	85,0	71,9	51,5	71,7	65,7	32,4	47,2	97,2	98,1	66,5	49,0
Sicilia	89,6	53,3	19,7	59,5	83,4	70,0	46,7	59,5	66,4	29,2	42,8	97,6	97,8	62,0	34,6
Sardegna	76,6	55,1	29,9	55,4	78,4	63,9	54,9	45,4	50,9	27,6	50,6	97,1	98,5	68,0	28,5
Italia	80,9	54,9	21,0	58,9	81,9	64,1	44,1	52,1	59,6	27,2	49,3	95,6	97,4	68,8	46,0

*Almeno 1 porzione al giorno.

°Almeno qualche porzione alla settimana.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le raccomandazioni indicate negli anni passati (8) restano ancora valide, anche se quest'anno in più di metà delle regioni si è assistito ad un aumento dei consumatori di età 3 anni ed oltre che, quotidianamente, consumano VOF, pari all'84,4% nel 2015; la quota di questi ultimi che consuma 5+VOF al di è limitata al 5,4%. Restano di attualità, dunque, i programmi come "Frutta nelle scuole" (9), promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (10).

Più in generale, è importante promuovere l'adozione di modelli di dieta salutari e sostenibili di cui il consumo di VOF sia parte integrante (11), con l'ausilio dei produttori (12) e dei ristoratori (13); 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" (PASSI) (14). Tuttavia, esiste una necessità di stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (15).

La complessità di questi studi è determinata dalla metodologia di misurazione che varia in relazione al periodo (alimentazione attuale/alimentazione abituale) (16). La questione è da lungo tempo dibattuta e di fatto non esiste ancora un sistema di rilevazione sui consumi alimentari in ottica nutrizionale, armonizzato a livello europeo. Per supplire a questa mancanza, l'*European Food Safety Authority* (EFSA) ha attivato il Programma EU-Menu, che promuove l'adozione di una metodologia validata nelle indagini alimentari a carattere nazionale (17), incentivando la realizzazione di questo tipo di studi per poi far confluire i micro dati nel "Comprehensive database" (18).

Il Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria sta avviando la IV Indagine Nazionale sui consumi alimentari individuali secondo la metodologia EFSA (17); la raccolta si articola in due cicli, il primo riguarda le fasce di età tra 3 mesi e 9 anni compiuti, il secondo le classi tra 10-74 anni. La formazione dei rilevatori è realizzata in collaborazione con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, con un corso articolato in formazione a distanza, residenziale e ricerca attiva (19).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - 2015. Istat. accesso ai dati 09/09/2016. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (2) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition*: 7 (1A), 245-250.
- (4) National Obesity Observatory (2010). Review of dietary assessment methods in public health. *Solutions for Public Health*, UK.
- (5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: www.echim.org (ultimo accesso 31/8/2015).
- (6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
- (7) Istat - SIQUAL (Sistema Informativo sulla Qualità dei Processi Statistici). Disponibile sul sito: <http://siqual.istat.it/SIQual/files/Verde-Mod.%20ISTATIMF-7B.14.pdf?ind=0058000&cod=4979&progr=1&tipo=4>. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - 2013. Istat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/> (ultimo accesso 15/9/2016).
- (8) Turrini A, Bologna E. 2015. Consumo di alimenti per tipologia. In "Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione" capitolo del "Rapporto. Osservasalute 2015", 62-67.
- (9) Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it.
- (10) Piano d'Azione 2015-2020 del European Food and Nutrition. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1783&area=rapporti&menu=mondiale.
- (11) Donini LM, Dernini S, Lairon D, Serra-Majem L, Amiot M-J, del Balzo V, Giusti A-M, Burlingame B, Belahsen R, Maiani G, Polito A, Turrini A, Intorre F, Trichopoulos 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>.
- (12) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=1400&menu=protocolli.
- (13) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (14) Istituto Superiore di Sanità. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi.
- (15) Turrini A (a cura di). 2013. Indagini armonizzate sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana. Monografia del progetto "PALINGENIO Indagini armonizzate permanenti sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana" ISBN 978-88-97081-40-1. Disponibile sul sito: <http://sito.ente-cra.it/portale/public/documenti/monografia-palingenio.pdf>.
- (16) EFSA - European Food Safety Authority (2015). The food classification and description system FoodEx 2 (revision 2), EFSA supporting publication 2015:EN-804. 90 pp. European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy.
- (17) EFSA - European Food Safety Authority (2014). Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, 12 (12), online 3944.
- (18) EFSA - European Food Safety Authority (2014). EFSA - European Food Safety Authority (2011c) Use of the EFSA Comprehensive European Food Consumption Database in Exposure Assessment. *EFSA Journal*, 9 (3), 2097. Disponibile sul sito: www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/doc/2097.pdf.
- (19) Disponibile sul sito: www.eduiss.it.

Sovrappeso e obesità

Significato. L'obesità è spesso definita, semplicemente, come una situazione di accumulo anomalo o eccessivo di grasso nei tessuti adiposi del corpo che comporta rischi per la salute. La causa di fondo è un'eccessiva energetica che determina un aumento di peso; in altre parole, le calorie introdotte sono superiori alle calorie bruciate. Entrano in gioco anche molti fattori tra cui la predisposizione ereditaria, alcuni fattori ambientali e comportamentali, l'invecchiamento e le gravidanze (1).

Il sovrappeso e l'obesità sono tra i principali fattori di rischio per le patologie non trasmissibili, quali le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti ed alcuni tipi

di cancro, e la loro diffusione, sempre più in crescendo, è ormai un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale, con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali. Inoltre, la prevalenza di persone in sovrappeso e obese è in costante e preoccupante aumento non solo nei Paesi occidentali, ma anche in quelli a basso-medio reddito. In Italia, nel 2015, poco più di quattro adulti su dieci sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione, che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutare precocemente le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

x 100

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce "sovrappeso" un IMC 25-29 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (4).

Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di problemi di salute.

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel febbraio 2015 su un campione di oltre 19.000 famiglie per un totale di circa 46.000 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione, per cui le informazioni raccolte sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" emerge che, in Italia,

nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (9,8%) (Tabella 1, Grafico 1); complessivamente, il 45,1% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale. Questi valori non presentano nessuna variazione statisticamente significativa a livello territoriale rispetto al 2014, segno che si tratta di un fenomeno per il quale è necessario analizzare intervalli temporali più ampi.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: come per il 2014, le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di 18 anni ed oltre obese (Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Bolzano 7,8% e Lombardia 8,7%; sovrappeso: PA di Trento 27,1% e Valle d'Aosta 30,4%). Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti e raggruppando per macroaree (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche e Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria; Isole: Sicilia e Sardegna) (Grafico 2) si osserva che, dal 2001, nella ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso (Nord-Ovest) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese), sebbene nelle regioni del Centro si registri il maggiore incremento tra gli anni 2001-2003 e 2005-2015.

Diversamente, nelle Isole la percentuale di persone in

sovrappeso ed obeso è rimasta abbastanza stabile negli ultimi anni.

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 14,0% della fascia di età 18-24 anni al 46,0% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,3% al 15,3% per le stesse classi di età (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere; infatti, risulta in

sovrappeso il 44,0% degli uomini rispetto al 27,3% delle donne ed obeso il 10,8% degli uomini rispetto al 9,0% 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 tra i 65-74 anni (uomini 52,6% e 16,0%, donne 40,3% e 14,8%, in sovrappeso ed obesi rispettivamente) (Tabella 2).

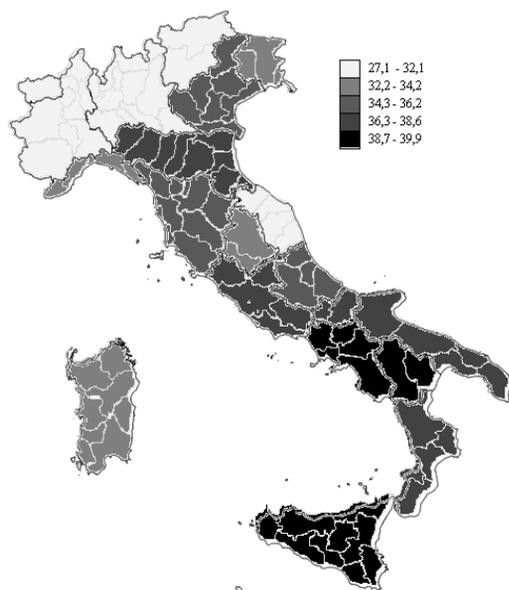
Anche l'analisi per genere e per età si presenta stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2015

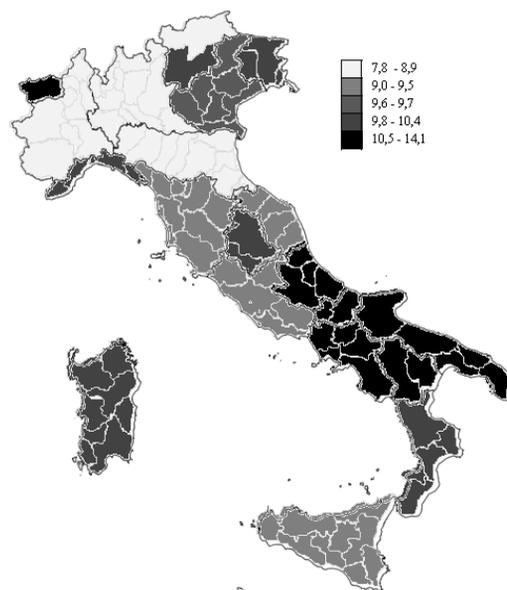
Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,1	8,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,4	10,7
Lombardia	31,9	8,7
Bolzano-Bozen	31,8	7,8
Trento	27,1	10,1
Veneto	34,5	9,6
Friuli Venezia Giulia	32,6	9,8
Liguria	33,5	10,1
Emilia-Romagna	36,3	8,8
Toscana	35,8	9,5
Umbria	34,2	10,2
Marche	31,5	9,5
Lazio	36,6	9,5
Abruzzo	36,2	12,7
Molise	38,6	14,1
Campania	39,3	11,7
Puglia	38,6	12,3
Basilicata	39,9	10,6
Calabria	37,8	10,4
Sicilia	38,7	9,2
Sardegna	33,2	10,2
Italia	35,3	9,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2015



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2015

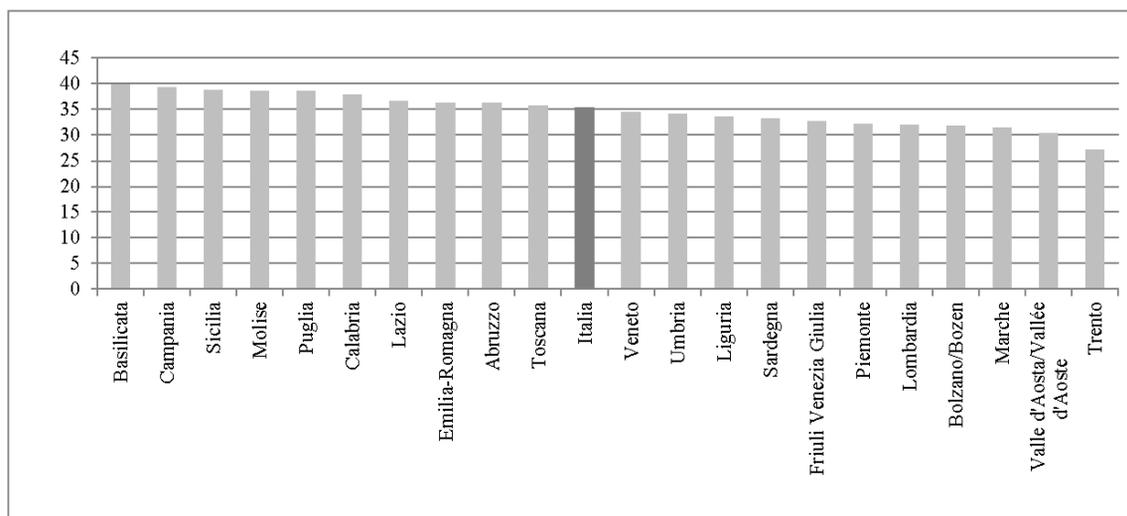


FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

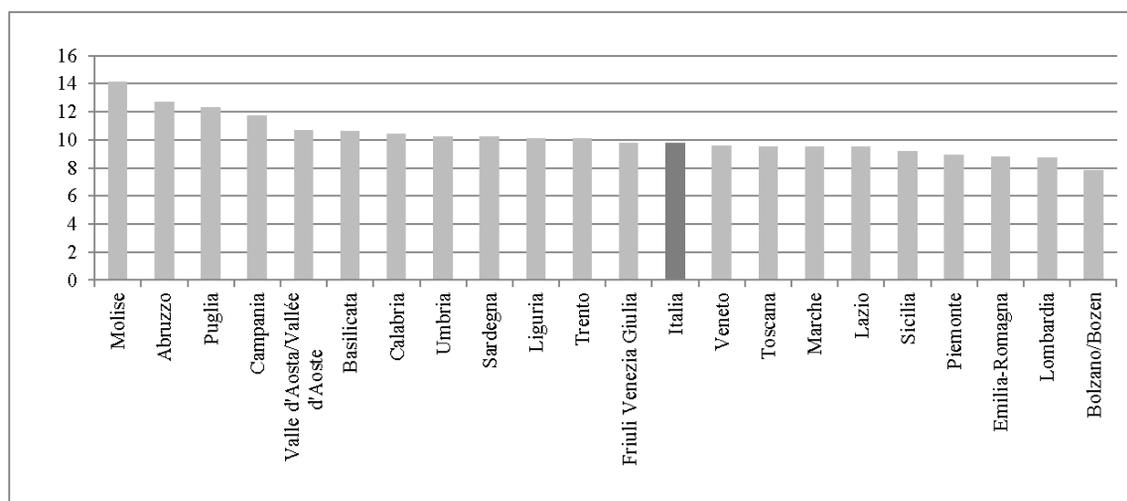
47

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2015

Persone in sovrappeso



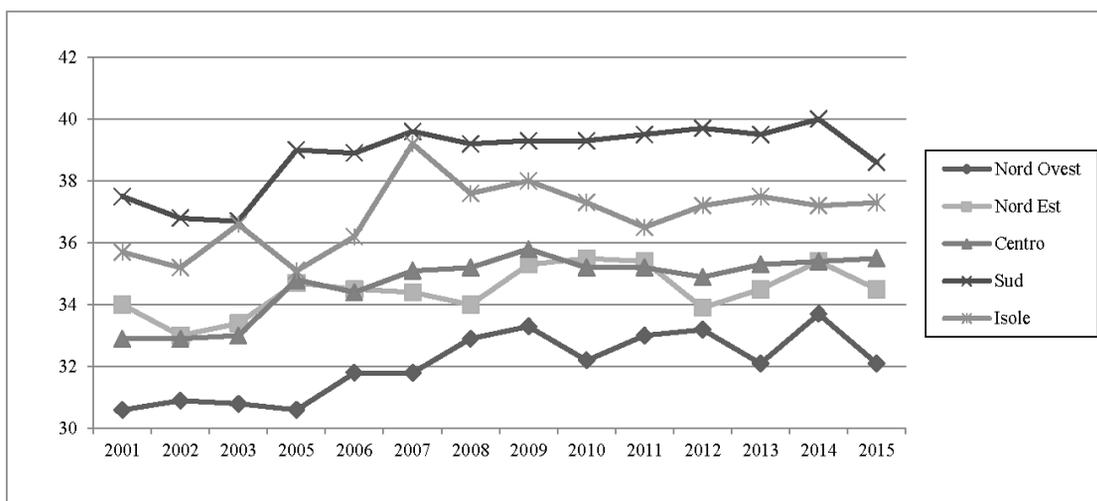
Persone obese



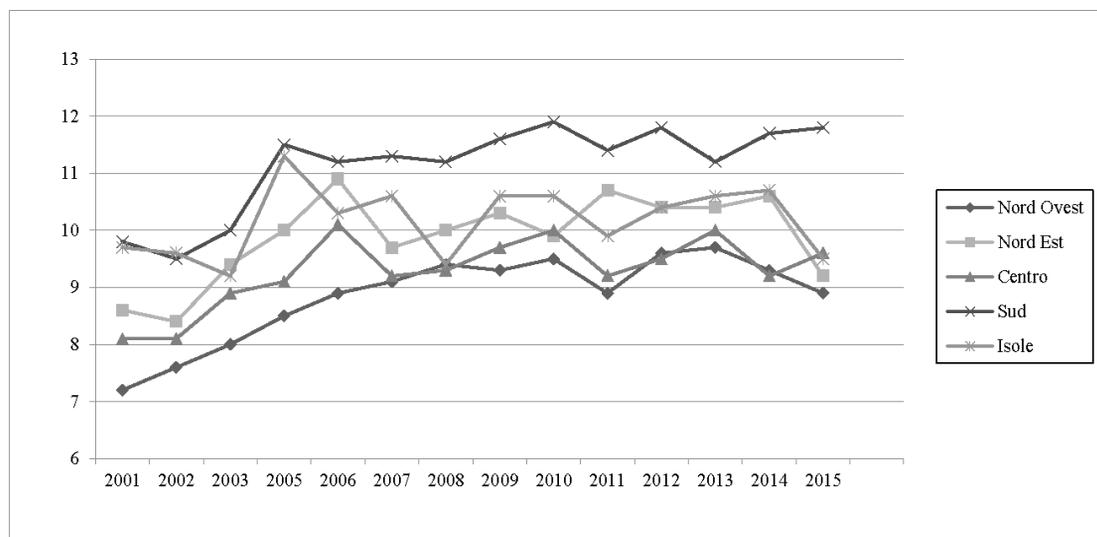
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2003, 2005-2015

Persone in sovrappeso



Persone obese



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2003, 2005-2015.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età - Anno 2015

Classi di età	Persone in sovrappeso			Persone obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	18,1	9,6	14,0	2,6	2,0	2,3
25-34	33,0	15,1	24,1	5,3	3,8	4,6
35-44	44,1	19,8	31,9	10,2	5,8	8,0
45-54	48,2	27,3	37,6	11,5	8,5	10,0
55-64	51,5	32,9	41,9	15,4	12,1	13,7
65-74	52,6	40,3	46,0	16,0	14,8	15,3
75+	50,9	38,6	43,6	11,9	13,0	12,6
Totale	44,0	27,3	35,3	10,8	9,0	9,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

L'obesità viene considerata, universalmente, un importante problema di Sanità Pubblica e non solo come una malattia del singolo individuo: l'obesità, infatti, è il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita di una intera popolazione. Il fatto che poco meno della metà della popolazione adulta (45,1%) risulti in eccesso ponderale è, senza dubbio, un dato allarmante che si conferma stabile negli ultimi anni. L'evidenza che l'obesità e l'eccesso ponderale siano prevenibili ha messo in moto, ormai da vari anni, azioni a livello nazionale e mondiale volte alla promozione di uno stile di vita sano a livello individuale e di promozione della salute da parte delle industrie alimentari (3).

Tra i vari approcci possibili vi è quello derivato dalla teoria economica che identifica i prezzi dei prodotti come uno dei principali fattori che influiscono sulle

scelte di acquisto dei consumatori. Sono, quindi, diversi anni che i ricercatori individuano evidenze dimostranti che le politiche sui prezzi relative a prodotti alimentari influenzano il tipo e la quantità di cibo che i consumatori comprano. Un approccio ragionato in tal senso potrebbe, infatti, potenzialmente contribuire a diffondere abitudini alimentari più sane nella popolazione, spostando i consumi da alimenti ricchi di zuccheri e grassi verso un maggiore consumo di frutta e verdura. Per questo motivo, molti Paesi della regione europea dell'OMS hanno introdotto sussidi o tasse su alimenti specifici per cercare di orientare la popolazione al consumo di cibi più sani (4).

Riferimenti bibliografici

- (1) EUFIC European food information council, Fondamenti 06/2006.
- (2) World Health Organisation, Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.
- (3) Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en (2016).
- (4) Oms Europa. "Using price policies to promote healthier diets". Anno 2015.

Eccesso di peso nei minori

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

ni e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età preadolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato 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 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

Prevalenza di minori in eccesso di peso

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

Numeratore: Persone di 6-17 anni in sovrappeso od obese
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo di 6-17 anni

Validità e limiti. I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", condotta annualmente su un campione di oltre 19.000 famiglie per un totale di circa 46.000 individui. Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (6-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

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 (le regioni o in alternativa le 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 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di 6-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce, di per sé, un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati autodichiarati 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 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.

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

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento. Essendo i dati utilizzati per queste analisi disponibili dal 2010 in poi, non si dispone ancora di una serie storica di dati a cui riferirsi; si può, quindi, assumere come riferimento il valore più basso registrato nel biennio considerato (2014-2015).

Tuttavia, in futuro, quando si disporrà anche di una serie storica di dati, si potrà ipotizzare di assumere come riferimento un andamento tendenziale che vada verso la diminuzione del fenomeno nei gruppi di popolazione in cui è più diffuso (maschi, 6-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.) e che si attesti verso valori più bassi.

Descrizione dei risultati

I dati (media 2014-2015) mostrano che, in Italia, i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole pari al 24,9%.

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi (28,3% vs 21,3% femmine).

Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove raggiunge il 34,2%. Al crescere dell'età il sovrappeso e l'obesità vanno diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i

ragazzi di 14-17 anni (Tabella 1).

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud ed Isole. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano, significativamente, passando dal Nord al Sud del Paese (33,0% al Sud rispetto al 19,7% del Nord-Ovest, al 22,5% del Nord-Est, al 23,8% del Centro e al 24,8% delle Isole), con percentuali particolarmente elevate in Campania (36,1%), Molise (31,9%), Puglia (31,4%), Basilicata (30,3%) e Calabria (30,0%) (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 i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso.

Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso ad essere, anche loro, in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di 6-17 anni in sovrappeso o obesi sale al 34,4% rispetto alla percentuale del 27,8% (solo madre in eccesso di peso) e del 25,4% (solo padre in eccesso di peso). La quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso scende al 18,2% (Tabella 3). Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese.

Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e per classe di età - Anni 2014-2015

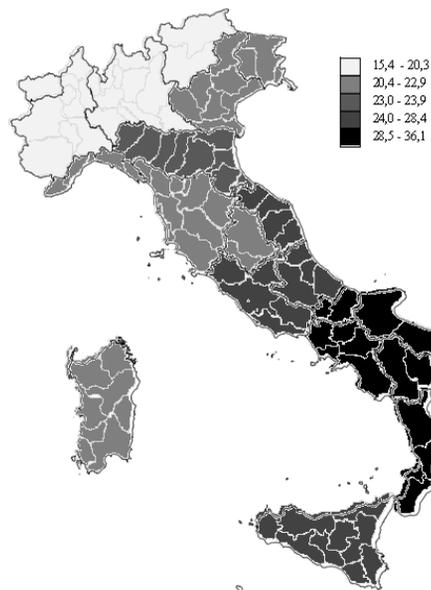
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10 anni	34,6	33,7	34,2
11-13 anni	29,2	18,4	23,9
14-17 anni	20,2	8,7	14,6
Totale	28,3	21,3	24,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2014, 2015.

Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2014-2015

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	18,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,9
Lombardia	20,2
Bolzano-Bozen	15,4
Trento	20,1
Veneto	22,9
Friuli Venezia Giulia	20,8
Liguria	21,0
Emilia-Romagna	23,9
Toscana	22,9
Umbria	20,7
Marche	24,2
Lazio	24,6
Abruzzo	28,4
Molise	31,9
Campania	36,1
Puglia	31,4
Basilicata	30,3
Calabria	30,0
Sicilia	25,8
Sardegna	21,0
Italia	24,9

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2014-2015



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2014, 2015.

Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere e per titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2014-2015

Titolo di studio della madre*	Maschi	Femmine	Totale
Dottorato di ricerca e Laurea	23,3	16,2	19,8
Diploma scuola superiore	25,9	19,4	22,8
Scuola dell'obbligo	33,7	26,2	30,0
Titolo di studio del padre*			
Dottorato di ricerca e Laurea	20,9	14,7	17,8
Diploma scuola superiore	25,7	20,1	23,0
Scuola dell'obbligo	32,3	24,7	28,6
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche ottime-adequate	25,0	19,4	22,3
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,7	23,2	27,6
Eccesso di peso dei genitori*			
Nè il padre nè la madre in eccesso di peso	21,4	14,9	18,2
Solo la madre in eccesso di peso	28,6	27,0	27,8
Solo il padre in eccesso di peso	29,2	20,9	25,4
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	39,4	29,6	34,4
Totale	28,3	21,3	24,9

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2014, 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso 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 rappresentando il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione e incentivando l'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, June 2016.

(2) Reilly J J, Methven E., McDowell Z. C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.

(3) Serdula M K, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.

(4) Rolland-Cachera M. F, Deheeger M.,Bellisle F., Guilloud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984).

(5) 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) Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).

(7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006; 17 (3): 27-42.

(8) Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma 10-12 settembre 2002). Istat.

(9) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11 /25.

(10) Cole T. J., Bellizzi M. C, Flegal K. M., Dietz W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1.240.

(11) Cacciari E, Milani S, Balsamo A and SIEDP Directive Council 2002-03. Italian cross sectional growth charts for height, weight andBMI (2 to 20 yr). J Endocrinol Invest 29; 581-93, 2006.

Attività fisica

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

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

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

È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (2). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta.

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

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2015 su un campione di 19.160 famiglie per un totale di circa 46.000 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica.

L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi al di sotto dei 14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2015, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 33,3% della popolazione, pari a circa 19 milioni e 600 mila. Tra questi, il 23,8% si dedica allo

sport in modo continuativo, mentre il 9,5% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono una attività fisica sono il 26,5% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni e 500 mila, pari al 39,9%.

I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 23,8% del 2015). Rispetto al 2014, risulta stabile nel 2015 sia la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo che la quota dei sedentari, mentre si registra un lieve, ma significativo aumento nella quota di coloro che dichiarano di svolgere sport in modo saltuario (dall'8,6% del 2014 al 9,5% del 2015). Inoltre, rispetto all'anno precedente, nel 2015 si riscontra una significativa diminuzione delle persone che praticano qualche attività fisica (-1,6 punti percentuali). Tale riduzione si osserva per entrambi i generi, ma è più marcata tra gli uomini (Tabella 1).

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

Seguono poi le altre regioni del Nord e del Centro,

mentre le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna, dove il 34,0% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (19,5%), la Basilicata (23,9%), la Sicilia (24,4%) e la Calabria (24,5%).

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole dove, in molte regioni, circa due persone su dieci dichiarano di svolgere attività motorie nel tempo libero (Sicilia 17,5%, Calabria 18,4%, Molise 19,0%, Lazio 20,6% e Puglia 21,2%). Verosimilmente, la sedentarietà è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Sicilia (57,3%), Campania (57,2), Calabria (56,7%) e Molise (55,1%), dove ben oltre la metà delle persone di 3 anni ed oltre è sedentaria. Lo sport è una attività del tempo libero tipicamente

giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano per gli uomini nella fascia di età 11-14 anni (70,7%) e per le donne in quella tra i 6-10 anni (61,1%) (Tabella 3). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta al crescere dell'età in modo costante fino ai 74 anni (35,0%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, in cui aumenta la percentuale di sedentari, pari al 68,6% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui le quote di praticanti si equivalgono tra bambine e bambini (Tabella 3).

I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 28,3% pratica sport con continuità e l'11,4% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 19,5% e del 7,7%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,3% vs 35,1%).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2015

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	0,8
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	0,7
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,5
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,4
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,7
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,5
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,9
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,7
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	7,4	31,1	43,5	0,4
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
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	0,5
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,6
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	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2003, 2005-2015.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

57

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anno 2015

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	24,7	11,2	33,8	30,0	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,5	13,5	30,0	24,5	0,5
Lombardia	28,5	12,2	27,2	31,4	0,7
Bolzano-Bozen	36,2	20,4	32,1	10,8	0,5
Trento	31,9	13,5	38,6	16,0	0,0
Veneto	27,9	12,4	32,6	27,0	0,1
Friuli Venezia Giulia	28,1	10,4	31,6	29,8	0,1
Liguria	24,1	8,6	30,8	36,2	0,3
Emilia-Romagna	25,7	10,3	31,7	31,9	0,4
Toscana	25,0	9,9	31,1	33,6	0,4
Umbria	23,0	8,6	28,0	40,0	0,4
Marche	26,5	9,1	27,6	36,4	0,4
Lazio	27,3	7,5	20,6	43,9	0,7
Abruzzo	21,8	9,9	25,7	42,5	0,1
Molise	19,2	6,2	19,0	55,1	0,5
Campania	13,0	6,5	23,1	57,2	0,2
Puglia	19,4	8,0	21,2	51,1	0,3
Basilicata	18,2	5,7	24,0	51,7	0,4
Calabria	17,9	6,6	18,4	56,7	0,4
Sicilia	18,0	6,4	17,5	57,3	0,8
Sardegna	24,6	9,4	29,3	36,3	0,4
Italia	23,8	9,5	26,5	39,9	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2015

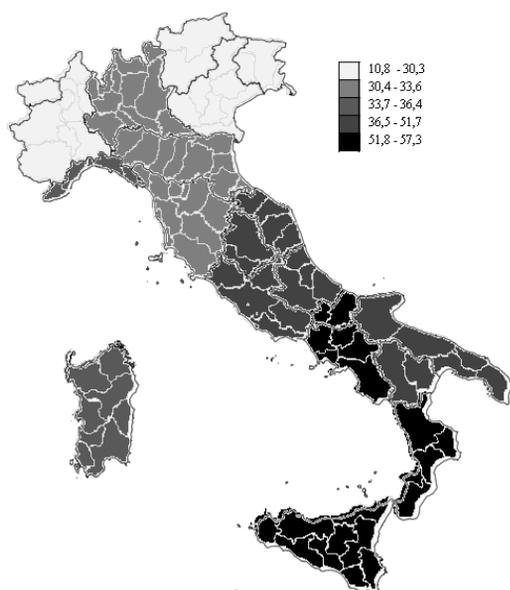


Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo e in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e per classe di età - Anno 2015

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	21,9	5,2	21,4	46,9	4,6
6-10	61,9	7,2	11,4	18,6	0,9
11-14	60,3	10,4	11,5	17,0	0,9
15-17	56,0	11,2	14,2	18,2	0,4
18-19	45,6	14,6	16,0	23,4	0,4
20-24	46,0	16,7	14,7	22,4	0,2
25-34	36,4	15,8	19,9	27,7	0,2
35-44	26,9	14,1	24,0	34,9	0,1
45-54	22,3	13,1	27,4	37,0	0,2
55-59	19,1	11,7	29,6	39,3	0,3
60-64	17,3	9,7	33,3	39,5	0,2
65-74	13,7	8,0	36,6	41,5	0,2
75+	6,4	4,3	31,2	57,9	0,2
Totale	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
Femmine					
3-5	25,1	3,7	18,5	49,3	3,4
6-10	55,7	5,4	13,8	24,1	1,0
11-14	52,2	6,8	16,2	24,4	0,4
15-17	38,8	12,7	23,8	24,1	0,6
18-19	32,1	9,8	24,5	32,9	0,7
20-24	28,1	11,7	27,4	32,4	0,4
25-34	23,5	12,0	28,0	36,3	0,2
35-44	18,3	9,8	33,0	38,6	0,3
45-54	17,0	9,2	32,1	41,5	0,2
55-59	14,9	7,4	33,2	44,4	0,1
60-64	12,3	7,2	35,2	44,9	0,4
65-74	9,0	4,2	33,6	52,8	0,4
75+	3,1	1,9	18,8	75,8	0,4
Totale	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
Totale					
3-5	23,4	4,5	20,0	48,1	4,0
6-10	58,9	6,4	12,5	21,2	1,0
11-14	56,3	8,6	13,8	20,7	0,6
15-17	47,7	11,9	18,8	21,0	0,6
18-19	39,2	12,3	20,0	27,9	0,6
20-24	37,2	14,2	20,9	27,3	0,4
25-34	30,0	13,9	23,9	32,0	0,2
35-44	22,6	12,0	28,5	36,8	0,1
45-54	19,6	11,2	29,8	39,3	0,1
55-59	16,9	9,5	31,5	42,0	0,1
60-64	14,7	8,4	34,3	42,3	0,3
65-74	11,2	6,0	35,0	47,5	0,3
75+	4,4	2,9	23,8	68,6	0,3
Totale	23,8	9,5	26,5	39,9	0,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di controllare i fattori di rischio, i risultati del 2015 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge che il rischio di essere sedentari, ad oggi di due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da

considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

Una delle più recenti, ma antiche strategie volte ad aumentare l'attività motoria, è quella dell'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani), sia per la potenzialità d'impatto sull'intera popolazione che per la molteplicità dei benefici: miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), riduzione dell'inquinamento atmosferico e

acustico e minore consumo di risorse con un risparmio economico.

Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte a livello locale. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello ministeriale a differenza di altri Paesi, come ad esempio la Francia ed il Regno Unito, dove, recentemente, i rispettivi Governi hanno investito delle risorse per rendere effettivamente più accessibili le scelte salutari (come, ad esempio, il *bike sharing*).

In molte realtà italiane, invece, risulta spesso difficile aderire a certe raccomandazioni a livello individuale, vivendo e lavorando in un contesto che rende compli-

cata la scelta di salute.

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

Riferimenti bibliografici

(1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.

(2) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet* 2011; 378: 1.244-1.253.

Obesità e sedentarietà nelle persone affette da diabete

Significato. Il diabete è una patologia cronica ampiamente diffusa, che colpisce in Italia oltre 3 milioni di persone. L'azione di prevenzione nei confronti dei principali fattori di rischio, come l'obesità e la sedentarietà, è un elemento indispensabile per raggiungere risultati significativi nel contrasto alla diffusione della malattia. È noto, infatti, come obesità e sedentarietà rappresentino fattori di rischio per la salute con-

si con l'insorgenza di numerose patologie croniche ed, in particolare, del diabete, influenzando l'assetto lipidico nel sangue, la tolleranza al glucosio, l'insulino-resistenza ed altri cambiamenti metabolici. Di contro, una dieta sana, l'assenza di eccesso di peso e una attività fisica moderata e continua nel tempo riducono il rischio di insorgenza del diabete e ne possono rallentare la progressione.

Prevalenza di persone affette da diabete in condizione di obesità

Numeratore	Persone di 18 anni ed oltre affette da diabete e in condizione di obesità
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre

x 100

Prevalenza di persone affette da diabete in condizione di sedentarietà

Numeratore	Persone di 18 anni ed oltre affette da diabete e in condizione di sedentarietà
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. Per l'analisi della prevalenza dell'obesità e della sedentarietà nelle persone affette da diabete, sono stati analizzati i dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2015 su un campione di 19.160 famiglie per un totale di circa 45.226 individui. La presenza del diabete è stata rilevata tramite la somministrazione di una batteria di quesiti autocompilati in cui i rispondenti sono stati invitati a riferire la presenza o meno di 15 malattie o condizioni croniche, tra cui il diabete. L'indagine "Aspetti della vita quotidiana", però, non rileva il tipo di diabete, ma secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il 90% dei casi di diabete in tutto il mondo è di tipo 2 e insorge, generalmente, nelle età più avanzate. Per la misurazione dell'obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC), dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, e il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per gli adulti, seguendo le Linee Guida internazionali adottate dall'OMS, si considerano in sovrappeso i soggetti con valori dell'IMC compresi nell'intervallo 25-29 e obesi coloro che presentano valori dell'IMC ≥ 30 . Si considerano sedentari, invece, coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica nel tempo libero. L'attività sportiva *versus* sedentarietà rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone affette da diabete in condizioni di obesità o sedentarietà può essere considerata in riferimento alle regioni con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

Come già osservato in molte indagini epidemiologiche il diabete è, spesso, associato alla presenza di obesità e a comportamenti sedentari. Infatti, se complessivamente tra la popolazione adulta di 18 anni ed oltre la prevalenza di diabete è pari al 6,4%, tra gli adulti obesi la quota raggiunge il 15,1%, in crescita di circa 5 punti percentuali rispetto al 2001 (Tabella 1).

Nella fascia di età 45-64 anni, la quota di soggetti affetti da diabete e obesi è pari all'11,8% e raggiungere il 28,8% tra gli anziani di 75 anni ed oltre; tale quota, anche in questo caso, è in crescita rispetto al 2001 di 8 punti percentuali.

Significative sono le differenze di genere: mentre tra gli uomini affetti da diabete si passa dal 6,5% del totale al 13,2% tra gli obesi, tra le donne il fenomeno è più marcato, passando dal 6,4% al 17,3%. Nei soggetti in sovrappeso, sebbene la presenza di diabete sia meno accentuata, si osservano complessivamente dinamiche analoghe.

L'analisi territoriale mostra una maggiore prevalenza delle persone obese affette da diabete nelle regioni del Centro (16,4%) e del Sud (16,0%), mentre meno tra chi vive nel Nord-Est (12,7%) e nelle Isole (13,0%).

Le regioni che registrano la quote più elevate sono la Calabria (21,1%), il Piemonte e la Valle d'Aosta a pari merito (20,6%), il Lazio (20,0%) e la Puglia (18,5%), mentre, al contrario, quelle con le quote più basse sono la PA di Bolzano (9,0%), l'Umbria (9,9%), la Liguria (10,0%), il Veneto (10,3%) e la Sardegna (11,9%) (Tabella 2).

Una maggiore prevalenza di diabete si osserva anche tra le persone che non praticano attività fisica nel tem-

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

61

po libero. Se, complessivamente, nella popolazione di 18 anni ed oltre la prevalenza di diabete è pari al 6,4%, tra le persone sedentarie tale quota raggiunge il 9,5%. Anche la sedentarietà è in aumento tra i diabetici: nel 2001 era pari al 7,2%.

Analizzando l'associazione tra inattività fisica e diabete per classi di età emerge che sono, principalmente, i soggetti diabetici di 65 anni ed oltre a caratterizzarsi per stili di vita sedentari (rispettivamente, il 18,5% tra i 65-74 anni *versus* il 15,2% del totale della popolazione della stessa classe di età affetta da diabete e il 21,8% tra le persone di 75 anni ed oltre *versus* il 19,8% del totale della popolazione della stessa classe di età affetta da diabete), mentre tale fenomeno

è meno marcato tra i più giovani. Non si osservano forti differenze di genere (Tabella 3).

L'analisi territoriale mostra una maggiore prevalenza delle persone affette da diabete e in condizioni di sedentarietà nelle regioni del Sud (10,6%) e meno tra chi vive nel Nord Ovest (8,6%) e nelle Isole (8,9%). Le regioni che registrano le quote più elevate sono la Calabria (12,0%), la PA di Bolzano (11,1%), la Valle d'Aosta, l'Emilia-Romagna e la Puglia (10,7%), il Lazio e la Campania a pari merito (10,5%). Al contrario, le regioni con le quote più basse sono la Toscana (7,0%), la Lombardia e la Sardegna a pari merito (7,8%) e l'Umbria (8,0%) (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre affette da diabete in condizione di obesità o di sedentarietà per genere - Anni 2001-2003, 2005-2015

Anni	Obesi	Sedentari	Totale popolazione affetta da diabete
Maschi			
2001	9,1	6,6	4,5
2002	10,9	6,8	4,5
2003	10,1	6,8	4,4
2005	11,3	7,1	4,9
2006	10,7	7,6	5,2
2007	10,9	8,1	5,4
2008	12,2	8,2	5,4
2009	11,2	8,1	5,6
2010	12,6	7,7	5,5
2011	13,9	8,7	5,8
2012	16,0	9,7	6,7
2013	14,2	9,4	6,7
2014	14,2	9,5	6,4
2015	13,2	9,2	6,5
Femmine			
2001	11,8	7,5	4,8
2002	14,4	7,4	4,9
2003	11,5	8,1	5,2
2005	13,9	8,1	5,2
2006	14,0	8,3	5,5
2007	15,7	9,2	5,8
2008	16,9	9,5	6,1
2009	15,7	8,7	5,9
2010	17,2	9,4	6,2
2011	16,8	9,3	6,0
2012	17,6	10,2	6,5
2013	17,5	9,5	6,3
2014	16,9	10,2	6,6
2015	17,3	9,7	6,4
Totale			
2001	10,5	7,2	4,7
2002	12,7	7,1	4,7
2003	10,8	7,6	4,8
2005	12,6	7,7	5,1
2006	12,4	8,0	5,4
2007	13,2	8,8	5,6
2008	14,4	9,0	5,8
2009	13,3	8,5	5,8
2010	14,8	8,7	5,8
2011	15,3	9,0	5,9
2012	16,8	10,0	6,6
2013	15,7	9,4	6,5
2014	15,5	9,9	6,5
2015	15,1	9,5	6,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2001-2003, 2005-2015.

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

63

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre affette da diabete in condizione di obesità o di sedentarietà per regione - Anno 2015

Regioni	Obesi	Sedentari	Totale popolazione affetta da diabete
Piemonte	20,6	8,9	6,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,6	10,7	6,2
Lombardia	14,5	8,6	5,4
Bolzano-Bozen	9,0	11,1	3,7
Trento	16,4	10,1	5,2
Veneto	10,3	8,1	4,9
Friuli Venezia Giulia	17,6	8,2	5,7
Liguria	10,0	7,8	4,9
Emilia-Romagna	14,0	10,7	6,5
Toscana	13,1	7,0	5,2
Umbria	9,9	8,0	6,0
Marche	15,6	9,4	5,8
Lazio	20,0	10,5	8,0
Abruzzo	14,3	8,6	5,8
Molise	15,6	8,9	6,5
Campania	13,3	10,5	8,2
Puglia	18,5	10,7	7,2
Basilicata	14,0	9,7	7,5
Calabria	21,1	12,0	10,0
Sicilia	13,4	9,1	7,1
Sardegna	11,9	7,8	5,6
Italia	15,1	9,5	6,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone affette da diabete in condizione di obesità o di sedentarietà per genere e per classe di età - Anno 2015

Anni	Obesi	Sedentari	Totale popolazione affetta da diabete
Maschi			
18-44	1,9	0,7	0,7
45-64	12,5	6,5	5,6
65-74	23,0	20,7	16,6
75+	25,8	22,1	20,2
Totale	13,2	9,2	6,5
Femmine			
18-44	3,6	1,1	0,8
45-64	11,0	5,0	3,8
65-74	26,5	17,0	13,9
75+	30,6	21,7	19,5
Totale	17,3	9,7	6,4
Totale			
18-44	2,5	0,9	0,8
45-64	11,8	5,7	4,7
65-74	24,8	18,5	15,2
75+	28,8	21,8	19,8
Totale	15,1	9,5	6,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'adozione di uno stile di vita corretto ha dimostrato, nel tempo, di essere efficace nel prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete. Secondo quanto indicato dall'OMS, per la prevenzione dell'insorgenza del diabete e delle sue complicanze, basterebbe raggiungere e

mantenere un corretto peso corporeo, essere fisicamente attivi con almeno 30 minuti di regolare e continua attività fisica di moderata intensità, adottare una dieta sana evitando gli zuccheri e l'assunzione di grassi saturi e evitare l'uso di tabacco (5).

Anche la "Global strategy on diet, physical activity and

health”, promossa dall’OMS, rafforza l’azione di contrasto al diabete incentivando su tutta la popolazione una sana alimentazione e una maggiore attenzione nel controllo del peso oltre ad una regolare attività fisica. Questi fattori di prevenzione risultano indispensabili anche per contrastare l’insorgenza di numerose altre patologie (7).

Riferimenti bibliografici

- (1) American College of Sports Medicine. Exercise and type 2 diabetes. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32 :1.345-60.
- (2) American Diabetes Association Position Statement. The Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 62-69.
- (3) Hossain P, Kowar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world - A growing challenge. *N Engl J Med* 2007; 356: 213-5.
- (4) Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001; 344: 1.343-50.
- (5) World Health Organization (WHO). Diabetes, Fact sheet N°312, June 2016.
- (6) World Health Organization (WHO). Global report on diabetes, Geneva, 2016.
- (7) World Health Organization (WHO). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2013-2020, Geneva, 2013.

Persone affette da diabete per titolo di studio

Significato. È noto come nei Paesi del mondo occidentale si stia assistendo, già da tempo, ad un continuo miglioramento dello stato di salute (diminuzione della mortalità, aumento della speranza di vita etc.). Tuttavia, tale miglioramento non ha riguardato in maniera omogenea tutta la popolazione, ma si è distribuito eterogeneamente differenziandosi tra gli strati sociali e inasprendo, spesso, le disuguaglianze sociali di salute (1). Il diabete, insieme ad altre patologie croniche non trasmissibili, colpisce soprattutto le classi economica-

mente e socialmente più svantaggiate tra le quali tendono ad essere maggiormente diffusi alcuni fattori di rischio quali l'obesità, la sedentarietà, una cattiva alimentazione e una scarsa attenzione ai controlli dello stato di salute (2).

La misurazione della presenza di disuguaglianze nella malattia diabetica tra individui, gruppi sociali e territori, può essere stimata tramite il titolo di studio, che risulta essere una misura indiretta di *status* sociale molto efficace nell'analisi delle condizioni di salute.

Prevalenza di persone affette da diabete per titolo di studio

Numeratore	Persone di 25 anni ed oltre affette da diabete per titolo di studio	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 25 anni ed oltre	

Tasso di persone affette da diabete per titolo di studio*

Numeratore	Persone di 25 anni ed oltre affette da diabete per titolo di studio	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 25 anni ed oltre	

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Per stimare la prevalenza delle persone affette da diabete per titolo di studio, sono stati analizzati i dati rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2015 su un campione di 19.160 famiglie per un totale di circa 45.226 individui.

La presenza del diabete viene rilevata in questa indagine tramite la somministrazione di una batteria di quesiti autocompilati, in cui i rispondenti sono invitati a riferire la presenza o meno di quindici malattie o condizioni croniche tra cui il diabete.

L'indagine non rileva il tipo di diabete, ma secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il 90% dei casi di diabete in tutto il mondo è di tipo 2 e insorge, generalmente, nelle età più avanzate.

Il titolo di studio viene rilevato tramite un quesito a risposta chiusa a dodici modalità. Ai fini delle analisi presenti in questo contributo, tali modalità sono state riaccorpate in tre o quattro livelli (nelle analisi per genere e classe di età in una variabile a quattro livelli, mentre nelle analisi per regione in una variabile a tre livelli, in modo da avere stime maggiormente robuste).

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza delle persone affette da diabete per titolo di studio può essere considerata in riferimento alle regioni con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2015, le persone di 25 anni ed oltre che dichiarano di essere affette da diabete sono pari al 7,0% (3 milioni e 191 mila persone). Le persone affette da tale patologia sono, soprattutto, quelle con livello di istruzione più basso: la prevalenza della malattia è pari al 2,5% tra le persone con titolo di studio più elevato (laurea, dottorato di ricerca), sale al 3,8% e al 6,1% tra le persone con diploma superiore e scuola media, rispettivamente, e raggiunge il 17,2% tra chi ha al massimo la licenza elementare (Tabella 1). La disuguaglianza sociale è particolarmente accentuata a partire dai 45 anni. Tra i 45-64 anni la prevalenza del diabete è del 2,9% tra i laureati, 4,0% tra i diplomati, mentre raggiunge il 9,8% tra coloro che hanno al massimo conseguito la licenza elementare. Analogamente, per le persone di 65 anni ed oltre, la prevalenza è pari al 9,3% tra i laureati e arriva al 20,1% tra gli anziani di *status* sociale più basso. Si osservano tendenze analoghe sia per gli uomini che per le donne, ma con differenze più marcate per le donne. A livello territoriale, lo svantaggio maggiore si riscontra soprattutto al Meridione e nel Centro, dove le distanze tra chi possiede titoli di studio più alti e titoli di studio più bassi sono particolarmente elevate. In particolare, distanze più marcate si evidenziano in Calabria, Lazio, Campania, Basilicata e Puglia; valori più bassi, invece, si osservano in Veneto, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana e Valle d'Aosta (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 25 anni ed oltre affette da diabete per genere, classe di età e per titolo di studio - Anno 2015

Titolo di studio	Maschi	Femmine	Totale
25-44 anni			
Dottorato di ricerca/Laurea	0,6	0,6	0,6
Diploma superiore	0,6	0,6	0,6
Licenza media	1,3	1,8	1,5
Licenza elementare/nessun titolo	1,1	0,6	0,9
Totale	0,9	0,9	0,9
45-64 anni			
Dottorato di ricerca/Laurea	3,8	2,0	2,9
Diploma superiore	5,2	2,8	4,0
Licenza media	5,5	3,9	4,7
Licenza elementare/nessun titolo	11,0	9,0	9,8
Totale	5,6	3,8	4,7
65+			
Dottorato di ricerca/Laurea	8,8	9,9	9,3
Diploma superiore	16,7	11,0	14,0
Licenza media	18,9	14,0	16,5
Licenza elementare/nessun titolo	20,5	19,8	20,1
Totale	18,3	16,9	17,5
Totale			
Dottorato di ricerca/Laurea	3,0	2,0	2,5
Diploma superiore	4,8	2,9	3,8
Licenza media	6,7	5,5	6,1
Licenza elementare/nessun titolo	17,3	17,1	17,2
Totale	7,1	6,9	7,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100) di persone di età 25 anni ed oltre affette da diabete per titolo di studio e per regione - Anno 2015

Regioni	Dottorato/Laurea/ Diploma superiore	Licenza media	Licenza elementare	Totale
Piemonte	2,3	6,6	15,3	6,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,7	8,0	14,5	6,5
Lombardia	2,8	3,2	12,2	4,3
Bolzano-Bozen	3,1	4,5	16,0	5,9
Trento	2,8	5,0	13,0	4,9
Veneto	2,5	3,4	10,4	4,0
Friuli Venezia Giulia	3,1	6,7	16,1	5,7
Liguria	2,6	6,2	9,8	5,1
Emilia-Romagna	3,3	6,7	12,0	5,6
Toscana	3,9	5,3	16,5	6,6
Umbria	2,7	4,4	13,4	5,2
Marche	2,3	5,4	16,5	5,7
Lazio	2,1	5,7	15,1	5,6
Abruzzo	5,1	8,5	24,8	8,6
Molise	2,3	5,3	16,0	6,0
Campania	2,5	4,9	16,0	6,3
Puglia	4,1	9,7	22,3	10,1
Basilicata	3,6	4,1	18,8	7,9
Calabria	3,6	5,4	19,7	7,9
Sicilia	4,5	9,7	28,4	11,2
Sardegna	3,8	6,4	18,5	8,0
Totale	3,4	6,2	17,3	6,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'aumento della diffusione del diabete, osservabile negli ultimi anni a livello globale, richiede l'adozione di un monitoraggio sulla malattia che punti sulla prevenzione e sull'intervento precoce, in modo da arrestarne le complicanze.

Per la gestione della malattia è fondamentale avere un approccio integrato che tenga in considerazione anche fattori non clinici (ad esempio la condizione economica ed il livello di istruzione) che, comunque, influiscono sull'insorgenza della patologia e sul suo decorso.

Importante, quindi, è monitorare soprattutto i gruppi sociali più a rischio, poiché sono le classi economicamente e socialmente più svantaggiate ad esserne più gravemente colpite. In tal senso, il *Diabetes Programme* dell'OMS incoraggia l'adozione di misure

di sorveglianza, prevenzione e controllo della malattia soprattutto nei Paesi a medio e basso reddito, che risultano esserne più gravemente colpiti (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 830-7.
- (2) Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia* 2008; 51: 1.971-9.
- (3) Istat. Il diabete in Italia. *Statistiche Focus*, 2012.
- (4) World Health Organization (WHO). *Diabetes, Fact sheet N°312*, June 2016.
- (5) World Health Organization (WHO). *Global report on diabetes*, Geneva, 2016.
- (6) World Health Organization (WHO). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2013-2020*, Geneva, 2013.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace.

Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione agendo, indirettamente, sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

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

ro manifestarsi più facilmente.

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

L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture delle vaccinazioni dell'età pediatrica, previste entro i 24 mesi di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse e Epatite B (HBV), il ciclo di base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), il Meningococco C coniugato, il Pneumococco coniugato e la 1^a dose per la vaccinazione anti-Varicella (entro i 24 mesi di età).

Tasso di copertura vaccinale dei bambini

$$\text{Tasso di copertura} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Bambini vaccinati di età ≤24 mesi
Denominatore: Popolazione residente di età ≤24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali ed i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute.

I dati vengono resi disponibili, a cura della Direzione generale della prevenzione, sul sito del Ministero della Salute. Il confronto con i dati di copertura precedenti al periodo 2013-2014 non è possibile poichè dal 2013 sono disponibili solamente i dati per singolo antigene e non per vaccino plurivalente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Anche il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento e il mantenimento nel tempo di un valore pari almeno al 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia nell'arco temporale 2013-2015 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi, una modesta, ma progressiva, riduzione della copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie: Tetano (-2,3%), Poliomielite (-2,4%), Difterite (-2,5%) ed HBV (-2,6%). Una analoga riduzione si evidenzia anche per la vaccinazione anti-Pertosse (-2,5%) e per il ciclo di base dell'Hib (-2,0%).

Per ciò che riguarda le altre vaccinazioni raccomandate, la copertura delle vaccinazioni anti-Morbillo-Parotite-Rosolia ha registrato una diminuzione del 5,6% nel triennio 2013-2015. Le rimanenti vaccinazioni raccomandate presentano andamenti diversificati: la copertura anti-Varicella aveva fatto registrare un aumento (10,3%) tra il 2013-2014, ma una riduzione nel 2015 (riduzione del 7,4% nell'arco temporale 2013-2015).

Al contrario, la copertura anti-Meningococco C coniugato aveva fatto registrare una riduzione (-2,5%) tra il 2013-2014, ma un aumento nel 2015.

Nonostante l'incremento registrato nell'ultimo anno, però, considerando l'intero periodo 2013-2015 si registra, come per la copertura anti-Varicella, una riduzione anche se minima (0,6%). Infine, negli anni 2013-2015, per la copertura vaccinale anti-Pneumococco si osserva un lieve, ma progressivo, trend in aumento (2,1%).

Se nel 2013 per le vaccinazioni obbligatorie si registrava il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente PNPV (95% di copertura entro i 2 anni di età), in accordo con le raccomandazioni dell'OMS, diversamente, nel periodo 2013-2015, le variazioni percentuali dei tassi di copertura, a livello nazionale, fanno scendere il valore di copertura al di sotto del 95%.

Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2015 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in: Lazio, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna. Valori inferiori, ma molto vicini al 95%, si registrano in Piemonte per

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

69

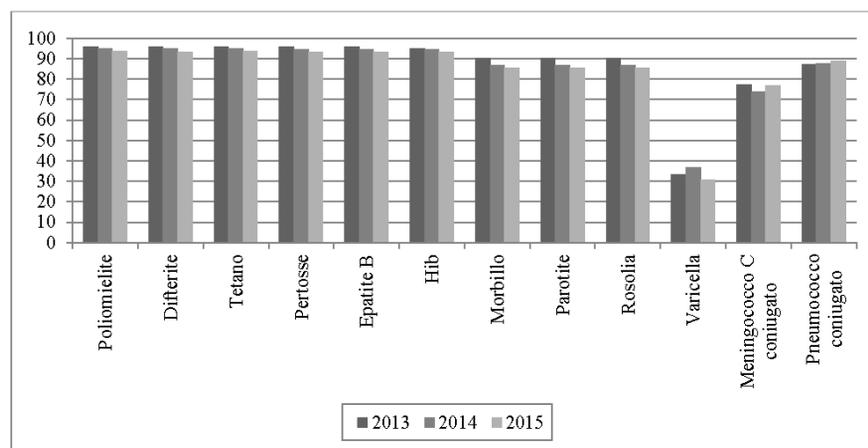
Difterite ed HBV e in Toscana per Poliomielite, Difterite ed HBV.

In Veneto, dove dal 1 gennaio 2008 è stata introdotta la sospensione dell'obbligo vaccinale, la copertura per le vaccinazioni obbligatorie si attesta, per l'anno 2015, attorno al 91%.

La più bassa copertura per tali vaccinazioni si registra nella PA di Bolzano, dove non raggiunge l'88%.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (anti-MPR), invece, il valore ottimale previsto dal PNEMoRc non è stato raggiunto in nessuna regione, condizione che non permette, quindi, di bloccare la circolazione dei virus, facendo registrare periodicamente epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene - Anni 2013-2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2016.

Tabella 1 - Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene e per regione - Anno 2015

Regioni	Polio-mielite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningo-cocco C coniugato	Pneumo-cocco coniugato
Piemonte	95,16	94,90	95,43	94,87	94,62	93,80	88,72	88,72	88,72	0,85	86,35	91,32
Valle d'Aosta	93,40	92,92	93,60	92,82	92,63	92,63	82,25	82,15	82,15	0,39	83,12	88,46
Lombardia	93,48	93,37	93,63	93,38	93,20	92,95	90,32	90,21	90,24	0,83	85,77	86,77
Bolzano-Bozen	87,45	87,49	87,50	87,45	87,11	87,17	68,84	68,80	68,80	4,16	63,12	81,67
Trento	92,83	92,66	93,10	92,52	92,13	91,95	84,55	84,38	84,45	3,04	83,13	87,34
Veneto	91,27	91,29	91,75	91,26	90,80	90,62	87,15	87,05	87,08	84,03	90,54	84,64
Friuli Venezia Giulia	90,37	90,28	90,78	90,22	89,66	89,59	82,01	81,85	81,91	66,95	84,06	81,02
Liguria	94,60	94,50	94,57	94,49	94,30	93,92	81,48	81,32	81,49	10,57	79,65	92,80
Emilia-Romagna	94,03	93,75	94,28	93,63	93,49	92,93	87,23	87,00	87,00	0,90	87,40	91,53
Toscana	94,98	94,95	95,23	94,96	94,81	94,57	88,72	88,67	88,69	78,21	90,85	92,94
Umbria	93,90	93,78	93,96	93,71	93,43	93,65	87,51	87,46	87,46	0,52	85,72	90,32
Marche	92,02	91,75	92,13	91,74	91,65	91,52	79,90	79,87	79,87	2,75	76,86	88,04
Lazio	95,26	95,24	95,25	95,21	95,20	95,20	84,47	84,46	84,46	6,51	68,16	91,85
Abruzzo	95,72	95,71	95,72	95,71	95,71	95,71	84,23	84,23	84,23	4,91	65,43	86,34
Molise	94,32	94,32	94,32	94,32	94,32	94,32	77,38	77,38	77,38	47,68	68,09	92,63
Campania	91,34	91,34	91,34	91,34	91,36	91,49	80,76	80,76	80,76	9,15	50,04	82,96
Puglia	93,80	93,81	93,81	93,81	93,80	93,73	84,15	84,15	84,15	81,82	77,32	92,54
Basilicata	97,83	97,83	97,83	97,83	97,83	97,83	90,25	90,25	90,25	76,95	85,83	97,08
Calabria	95,32	95,32	95,32	95,32	95,32	95,24	84,38	84,38	83,71	53,02	67,90	88,65
Sicilia	91,94	91,92	91,92	91,92	91,92	91,91	79,20	79,18	79,18	75,36	60,48	89,37
Sardegna	95,05	95,05	95,07	95,05	95,06	95,05	87,67	87,67	87,67	67,15	83,59	94,14
Italia	93,43	93,35	93,56	93,33	93,20	93,03	85,29	85,23	85,22	30,73	76,62	88,73

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2015, coorte 2013 (aggiornamento 4 ottobre 2016).

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicatione del vaiolo e *status polio-free* nella Regione europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. Questi livelli di copertura a macchia di leopardo dipendono, in generale, dalla crescente opposizione alle vaccinazioni e dalla incapacità nel raggiungere tutti i destinatari della misura di prevenzione, soprattutto chi appartiene alle cosiddette "aree emarginate".

Il raggiungimento di tali sezioni di popolazione è un'operazione molto difficile da compiere sia perché si tratta di persone con disagi sociali, sia perché la prevenzione riguarda problemi potenziali, mentre i soggetti a cui ci si rivolge sono, a causa del loro *status*, impegnati a risolvere problemi in atto.

Per ottenere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione, però, non è sufficiente il raggiungimento dei soggetti da coinvolgere, ma indispensabili sono anche: la formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalle mancate motivazioni dei refe-

renti educativi che non dall'opposizione delle famiglie); la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi e mezzi di comunicazione); l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza e aspetti organizzativi).

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica che di valutazione delle coperture vaccinali.

Grazie a queste iniziative si è avvalorata la tesi che, per ottenere una adesione consapevole alla profilassi vaccinale, è indispensabile fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e che, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, è necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia.

Infatti, le conoscenze scientifiche e le capacità operative di esecuzione e di coordinamento, sono fondamentali per giungere all'obiettivo cui tendono le vaccinazioni.

Copertura vaccinale antinfluenzale

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

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

Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e complicate di influenza ed alla ridu-

zione della mortalità prematura.

Il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di 65 anni ed oltre ed alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario il raggiungimento di un'alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua nel valore di 75% come obiettivo minimo perseguibile e 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Popolazione vaccinata di 6 mesi ed oltre}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale.

I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene, però, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

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

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2015-2016, al 13,9%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti, i tassi di coperture vaccinali, a livello nazionale, non superano l'1,8% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 7,7%, per la classe di età 45-64 anni.

Negli anziani ultra 65enni, la copertura antinfluenzale non raggiunge in nessuna regione i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal PNPV. Il valore

maggiore si è registrato in Umbria (62,8%), seguita da Veneto (54,0%), Campania (52,8%) e Toscana (52,2%), mentre le percentuali minori si sono registrate nella PA di Bolzano (37,8%) e in Sardegna (40,0%) (Tabella 1).

Nell'intero arco temporale considerato (stagioni 2005-2006/2015-2016), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è osservata una diminuzione, a livello nazionale, del 21,9%. In questo periodo temporale di osservazione, è da evidenziare il picco (68,3%) registrato nella stagione 2005-2006 ascrivibile al condizionamento psicologico sul rischio di pandemia di influenza aviaria.

Da un confronto tra le ultime due stagioni (2014-2015/2015-2016), per la classe di età presa in esame, il valore nazionale dimostra un leggero aumento della copertura vaccinale (1,8%), ma a livello regionale l'andamento appare estremamente diversificato (Tabella 2). Infatti, alcune regioni hanno riportato un aumento della copertura, soprattutto l'Abruzzo con un incremento del 16,9%, mentre in altre regioni si sono registrate diminuzioni, per lo più di minima entità, ad eccezione del Molise che presenta un decremento del 12,0%.

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale per regione - Stagione 2015-2016

Regioni	6-23m	2-4	5-8	9-14	15-17	18-44	45-64	65+	Totale
Piemonte	0,3	0,3	0,5	0,7	0,7	1,3	5,7	46,9	13,6
Valle d'Aosta	1,0	0,6	0,4	0,7	1,6	1,3	5,6	42,2	11,7
Lombardia	0,6	0,8	0,9	0,7	0,6	0,8	3,3	47,7	11,6
Bolzano-Bozen	0,6	0,6	0,8	0,5	0,4	0,9	4,3	37,8	8,8
Trento	1,8	1,6	1,4	1,3	0,8	1,2	5,3	50,2	12,5
Veneto	1,0	1,4	1,4	1,2	1,3	1,8	7,3	54,0	14,6
Friuli Venezia Giulia	0,4	0,6	0,7	0,7	1,0	1,8	7,4	51,1	15,6
Liguria	0,5	1,0	1,3	1,1	1,4	2,2	8,4	45,7	16,1
Emilia-Romagna	0,9	1,4	1,5	1,5	1,4	2,1	8,6	51,9	15,5
Toscana	4,1	4,9	5,1	3,0	2,0	2,0	8,5	52,2	16,5
Umbria	0,1	0,2	0,3	0,4	0,6	1,3	7,0	62,8	17,9
Marche	0,5	0,8	0,9	1,0	1,1	1,6	7,0	50,1	14,5
Lazio	0,4	0,9	1,1	1,2	1,4	2,4	9,5	51,0	14,3
Abruzzo	0,6	0,9	0,9	0,7	0,8	1,0	5,3	45,7	12,3
Molise	0,2	0,7	0,7	0,7	1,4	1,6	9,3	43,8	13,5
Campania	2,4	3,7	3,7	2,5	3,1	2,7	11,6	52,8	14,0
Puglia	2,2	5,3	4,9	3,4	3,6	2,4	10,8	50,8	14,9
Basilicata	0,6	1,9	2,0	1,2	2,1	1,8	10,3	47,9	14,2
Calabria	0,9	1,2	1,0	1,0	1,9	1,9	8,6	51,7	13,7
Sicilia	0,6	0,8	0,8	0,8	1,5	2,1	9,3	49,5	13,3
Sardegna	1,0	1,5	1,8	1,4	1,5	1,7	5,6	40,0	11,1
Italia	1,1	1,8	1,8	1,4	1,6	1,8	7,7	49,9	13,9

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2016.

Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2015-2016

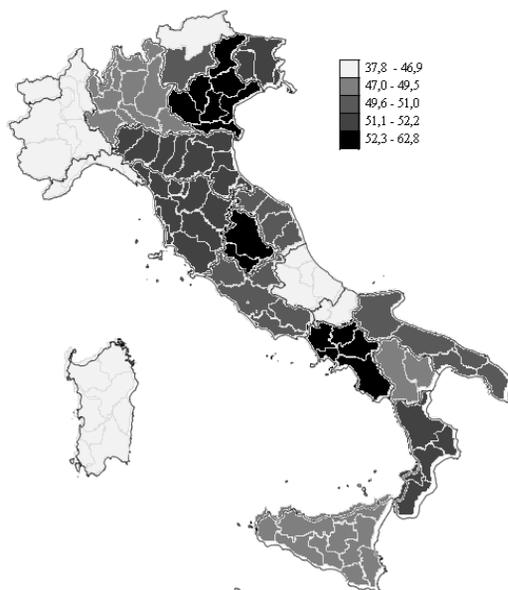


Tabella 2 - Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2005-2006/2015-2016

Regioni	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16
Piemonte	58,8	59,3	58,9	60,7	60,6	57,3	55,0	51,6	51,1	46,3	46,9
Valle d'Aosta	63,1	54,2	61,0	54,5	58,9	55,6	56,2	47,0	48,2	43,5	42,2
Lombardia	64,0	63,1	58,6	61,7	63,1	54,2	57,9	48,2	48,6	46,3	47,7
Bolzano-Bozen	55,2	48,0	50,5	47,5	47,7	44,5	42,5	35,8	33,9	36,6	37,8
Trento	67,6	69,2	64,6	68,0	67,0	61,8	62,2	56,3	55,8	51,9	50,2
Veneto	73,2	74,1	70,3	71,6	71,2	67,8	67,1	58,9	58,5	53,4	54,0
Friuli Venezia Giulia	72,1	n.d.	64,4	68,1	49,7	62,4	61,8	55,2	56,1	49,0	51,1
Liguria	65,3	67,5	65,6	65,7	65,7	58,0	55,6	41,6	50,4	46,6	45,7
Emilia-Romagna	75,1	76,1	73,6	73,7	73,8	63,4	64,7	56,3	57,2	50,0	51,9
Toscana	67,6	70,3	68,5	69,5	71,1	68,8	67,8	58,9	60,2	49,9	52,2
Umbria	65,9	69,0	70,5	74,7	77,5	75,2	74,0	67,9	68,8	61,8	62,8
Marche	68,0	67,1	65,4	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,2	50,1
Lazio	73,3	74,1	68,0	67,9	67,7	64,1	62,2	56,8	56,8	49,5	51,0
Abruzzo	69,9	78,1	72,8	68,4	67,1	60,9	59,7	50,3	54,6	38,5	45,7
Molise	71,4	72,6	73,3	72,3	73,7	65,6	60,5	49,4	59,5	49,0	43,8
Campania	72,9	73,2	68,2	72,2	63,4	68,8	73,1	61,4	61,3	52,9	52,8
Puglia	75,4	71,5	68,7	73,8	73,0	71,7	69,0	57,2	61,0	48,6	50,8
Basilicata	64,5	71,2	70,7	72,2	72,6	63,6	63,1	58,6	58,0	45,6	47,9
Calabria	66,3	68,4	65,6	69,8	63,0	55,8	65,6	49,8	56,5	53,3	51,7
Sicilia	67,5	56,4	n.d.	61,0	64,1	61,3	60,2	54,0	56,5	47,4	49,5
Sardegna	56,1	49,3	39,8	49,6	60,9	59,6	57,0	47,3	46,0	40,6	40,0
Italia	68,3	66,6	64,9	66,2	65,6	62,4	62,7	54,2	55,4	48,6	49,9

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quali obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In Italia, purtroppo, l'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le

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

Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il cancro della mammella è il più frequente tumore fra le donne e provoca un quarto di tutti i tumori maligni incidenti. La mortalità per cancro della mammella si riduce tra le donne che praticano la mammografia ogni 2 anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè di un programma organizzato che offre, sistematicamente ogni 2 anni, la mammografia alle donne tra 50-69 anni.

Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone a mammografia, a scopo preventivo come raccomandato, ma su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

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

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

Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2012-2015, stimati su un campione complessivo di 29.222 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea

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

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioural Risk Factor Surveillance System* con quelli ricavati dai 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, tale possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.

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

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

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

Nelle realtà dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di 50-69 anni di età, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening mammografico spontaneo sopperisce, in parte, alla mancanza di offerta attiva dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening 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 2012-2015, il 52% 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).

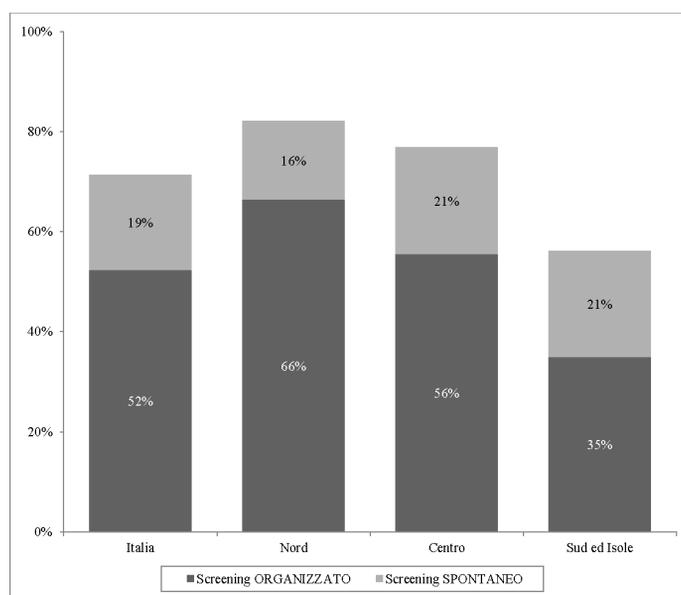
Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico dipendono dalla quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante) e la quota di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea.

Le percentuali maggiori di coloro che aderiscono ai programmi organizzati si osservano in ordine decrescente da Nord a Sud ed Isole, mentre le percentuali maggiori di coloro che si sottopongono a mammografia su iniziativa spontanea si osservano al Centro e al Sud ed Isole (entambe al 21%) (Grafico 1). Il valore maggiore della proporzione di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa spontanea si registra nelle Marche (29%), quello più basso in Basilicata (5%).

Nel periodo 2008-2015 si evidenzia un aumento dell'indicatore nelle regioni meridionali (dal 17% al 22%) e una diminuzione nelle regioni del Nord (dal 17% al 13%) (Grafico 2).

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (23%) e tra le più istruite (29%), tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica ad arrivare alla fine del mese (21%).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2012-2015

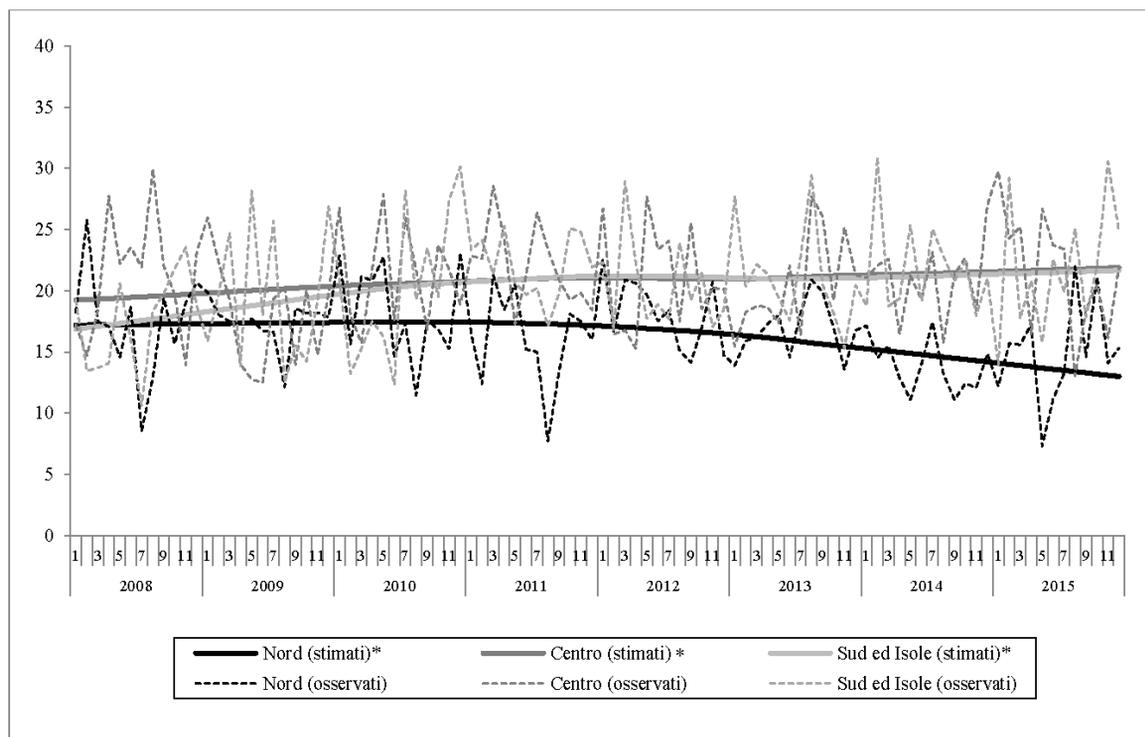


Fonte dei dati: PASSI. Anni 2012-2015.

Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2012-2015



Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2015



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) sui dati di prevalenza mensili. Anni 2008-2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2012-2015 la maggior parte delle donne di 50-69 anni (87%) intervistate da PASSI è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening mammografico (consiglio del medico, campagna informativa o lettera di invito della ASL).

Anche le donne che effettuano la mammografia a scopo preventivo su iniziativa spontanea sono sensibili alle iniziative di promozione dello screening e l'intervento più efficace che si riscontra dai dati PASSI sem-

bra essere il consiglio del medico operatore sanitario; il 37% delle donne che lo ha ricevuto decide di sottoporsi allo screening contro il 17% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

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

Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Nonostante la mortalità per carcinoma del collo dell'utero si sia notevolmente ridotta negli ultimi decenni in Italia, in concomitanza con la diffusione del test di Papanicolaou (Pap-test) e, più recentemente, anche del test per l'*Human Papilloma Virus* (HPV test), si registrano ancora oggi alcune centinaia di decessi evitabili ogni anno.

L'esecuzione dello screening è raccomandata ogni 3 anni alle donne dai 25 anni di età fino ai 64 anni. Le Linee Guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte della Aziende Sanitarie Locali (ASL), e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e

gratuito. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano anche se molte altre si sottopongono ai test di screening 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, all'interno dei programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, sui fattori predittivi della pratica dello screening e sulle attività di promozione. Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2012-2015, stimati su un campione complessivo di 60.610 donne di età 25-64 anni.

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

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

Validità e limiti. In contesti diversi da quelli italiani, i dati riferiti sono stati più volte confrontati con quelli registrati (in archivi delle prestazioni, diari clinici etc.) ed è stato verificato che i dati autoriferiti sono dotati di elevata sensibilità. Tuttavia, 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 comunque di averlo fatto (moderata specificità). Questo fenomeno è attribuito all'effetto telescopico, per cui l'intervistata ricorda di essersi sottoposta al test più recentemente di quanto sia accaduto, oppure al fatto che la donna ritiene erroneamente che, nel corso di una visita ginecologica, sia stato effettuato anche un test di screening preventivo.

A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata, anche se questo non è stato verificato in contesti italiani. Questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati. Va ricordato che, in Italia, i registri dei programmi organizzati non forniscono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi. Tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

Nelle realtà, dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunge efficacia-

mente la totalità della popolazione femminile *target* di 25-64 anni di età, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening per il tumore della cervice uterina spontaneo sofferisce alla mancanza di offerta attiva di programmi organizzati 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 2011-2015, il 43% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap-test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota analoga, pari al 36% si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati su iniziativa spontanea.

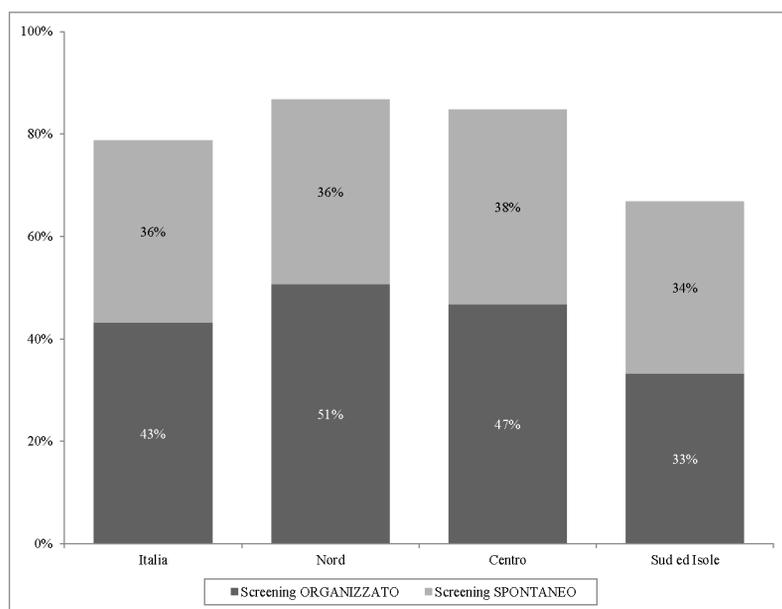
Nel Centro e nel Nord la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (51% vs 36% nel Nord e 47% vs 38% nel Centro); simili le due componenti nelle regioni meridionali (33% vs 34%) dove la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è, comunque, fra le più basse (Grafico 1).

Nel periodo 2008-2015, mentre cresce in tutto il Paese

la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile nelle regioni meridionali e diminuisce, significativamente, nelle regioni del Nord (-9%) e del Centro (-6%) (Grafico 2). La quota di donne che si sottopone a screening per il

tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore tra le 35-49enni (40%) e tra le più istruite (44%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 39% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e scende al 29% fra quelle con molte difficoltà economiche.

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2012-2015



Fonte dei dati: PASSI. Anni 2012-2015.

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 nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2012-2015

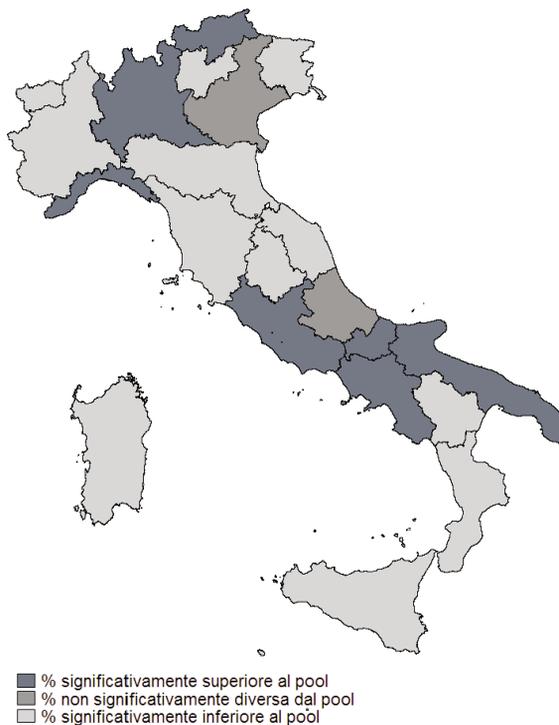
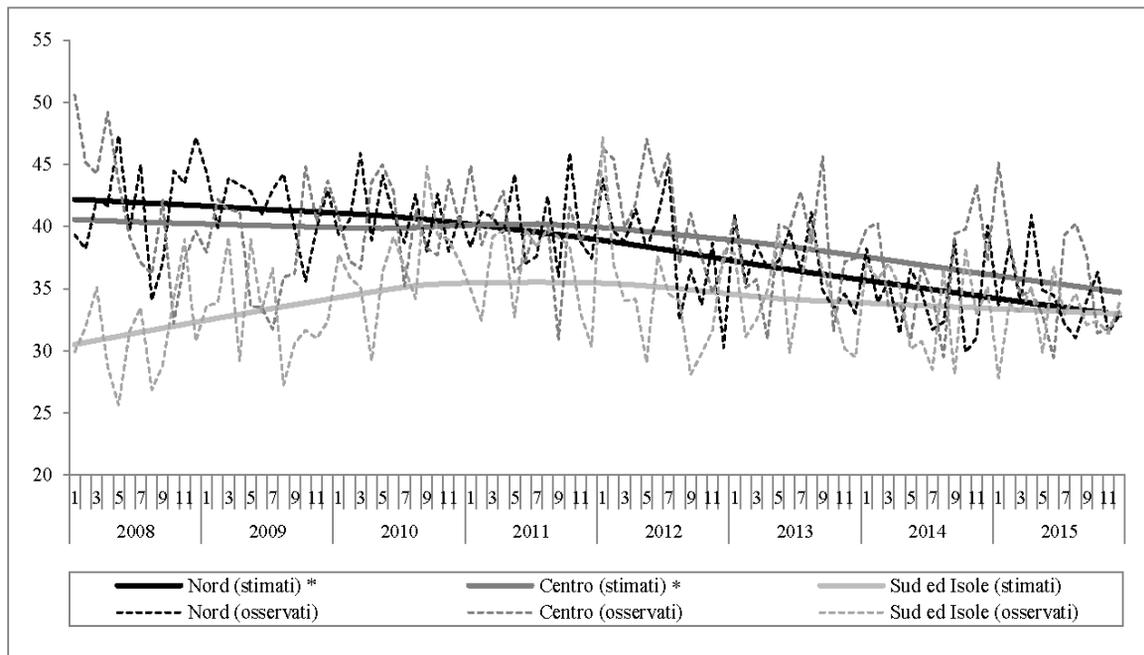


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2015



*p<0,01

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) sui dati di prevalenza mensili. Anni 2008-2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2012-2015, oltre otto donne su dieci di 25-64 anni di età dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina.

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

co/operatore sanitario sembra essere quello più efficace: il 63% delle donne che ha ricevuto il consiglio da parte di un medico effettua il test *versus* il 32% che lo fa pur non essendo stata raggiunta da alcun tipo di intervento di promozione.

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

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto, con quasi 60.000 nuovi casi stimati all'anno, è tra i tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana e rappresenta la seconda causa di decesso per neoplasie sia fra gli uomini che fra le donne. Abbastanza raro prima dei 40 anni, colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età e, fortunatamente, la sopravvivenza migliora nel tempo grazie ai miglioramenti terapeutici e alla diagnosi precoce.

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

scopia (la cui cadenza non è stata definita in modo univoco). La maggior parte delle ASL offre alle persone tra 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni, mentre altre offrono la colonscopia/retto-sigmoidoscopia mediamente ogni 5 anni (quest'ultima prevalentemente come test di secondo livello). Infine, poche ASL, fra cui tutte quelle della regione Piemonte, offrono la retto-sigmoidoscopia una sola volta tra 58-60 anni.

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

Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2012-2015, stimati su un campione complessivo di 51.978 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono escluse dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

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

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

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

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

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

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

L'espressione di tale 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 per motivi già esplicitati.

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 nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2012-2015, solo il 43% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorettali.

Evidente 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 (65%), mentre risulta significativamente più basso fra i residenti del Centro (45%) e del Sud ed Isole (21%)

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

81

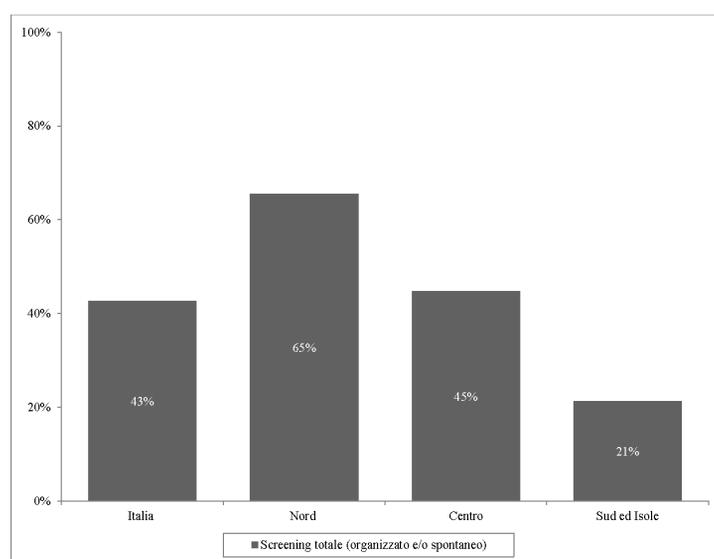
(Grafico 1). Il dato più elevato di copertura si registra nella PA di Trento con il 72%, quello più basso in Calabria con il 12%.

Nel tempo si registra una crescita lenta, ma significativa in tutto il Paese: nel 2010-2015, la quota di persone che si sottopone a screening per il tumore del colon-retto a scopo preventivo, secondo le Linee Guida, è cresciuta mediamente dell'11% (+13% al Nord e +11% al Centro

e al Sud ed Isole) (Grafico 2).

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (43%), negli uomini rispetto alle donne (41% vs 38%), nelle persone con alto livello di istruzione rispetto a chi ha la licenza elementare o nessun titolo (42% vs 37%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (49% vs 28%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (40% vs 35%).

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), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2012-2015



Nota: i dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL (offrono programmi di screening coloretali ad una fascia di popolazione diversa e con cadenza diversa).

Fonte dei dati: PASSI. Anni 2012-2015.

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), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2012-2015

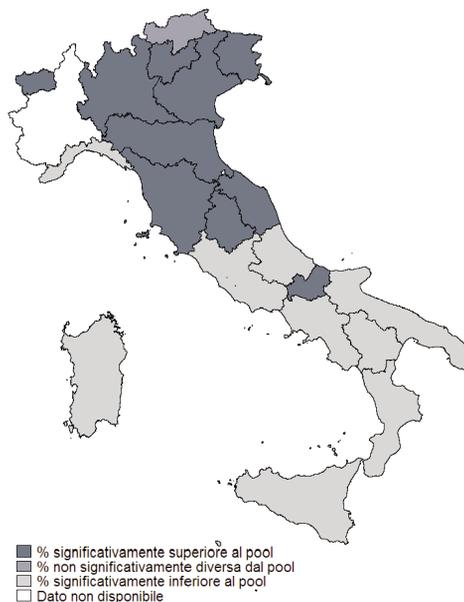
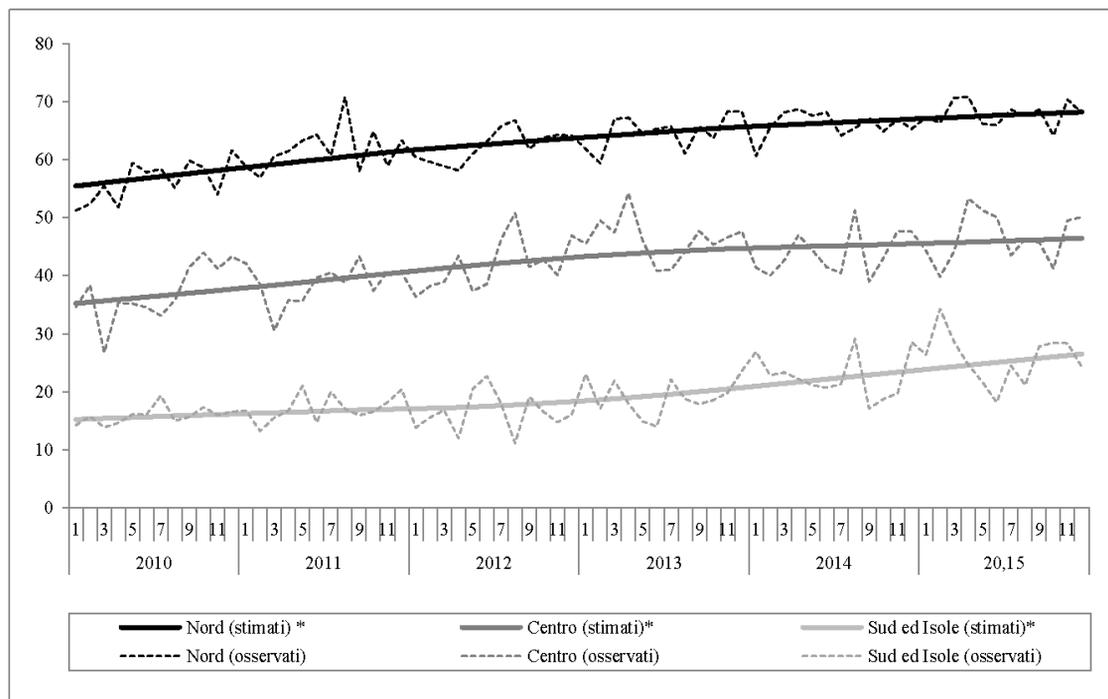


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista), su iniziativa spontanea e/o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2015



* $p < 0,01$

Fonte dei dati: PASSI. Analisi delle serie storiche (modelli ARIMA) sui dati di prevalenza mensili. Anni 2010-2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2012-2015, oltre la metà delle persone fra i 50-69 anni (64%) è stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto. L'efficacia della promozione dello screening SOF cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti (lettera della ASL, consiglio del medico e campagna informativa). Infatti, il 79% degli intervistati tra 50-69 anni, che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario,

si è sottoposta a screening SOF per il tumore del colon-retto rispetto al 9% di quelli non raggiunti da alcun intervento. Le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera, consiglio del medico e campagna informativa) eseguono il test di screening nell'80% dei casi.

L'adesione a tale tipo di screening, quindi, aumenta se la lettera di invito e le campagne informative sono affiancate dai consigli degli operatori sanitari.