

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Le cause delle principali malattie croniche sono state individuate e sono ormai ben conosciute. I principali fattori di rischio modificabili sono:

- dieta scorretta e ipercalorica;
- mancanza di attività fisica;
- consumo di tabacco.

Queste cause diventano evidenti considerando i fattori di rischio intermedi, tra cui l'ipertensione, l'eccesso di glucosio e di lipidi nel sangue, in particolare del colesterolo LDL (*Low Density Lipoprotein*, il cosiddetto colesterolo cattivo) e l'obesità (indice di massa corporea $\geq 30\text{kg/m}^2$).

L'alcolismo contribuisce notevolmente al carico globale di malattia, sia per gli effetti diretti sulla salute legati all'abuso, sia per gli effetti associati indirettamente all'alcol come la violenza e gli incidenti che riguardano in particolare i giovani.

È ormai universalmente provato che le condizioni della prima infanzia hanno effetti importanti sullo stato di salute dell'età adulta. È proprio in questa fase delicata che prendono forma molti comportamenti a rischio.

Differenze di carattere socio-economico nella prevalenza dei fattori di rischio, sono particolarmente evidenti. Le persone indigenti e meno istruite sono più propense al consumo di derivati del tabacco e di cibi molto energetici e ad elevato consumo di grassi, alla sedentarietà, al soprappeso e all'obesità. Tendono, inoltre, maggiormente ad avere comportamenti a rischio per diversi motivi: percorsi scolastici più brevi e limitati, maggiore stress di natura psicosociale, scelta limitata dei modelli di consumo, accesso inadeguato alle cure e all'educazione sanitaria.

Prevenire le malattie croniche, tuttavia, è possibile. Con interventi integrati e a largo spettro si possono ottenere anche risultati in tempi brevi. Le strategie ad ampio raggio mirano a ridurre i rischi di un'intera popolazione. Il loro bersaglio sono le cause, più che le conseguenze, delle malattie croniche. Anche la sola riduzione nell'esposizione a fattori di rischio come l'alimentazione scorretta, l'inattività fisica, il tabagismo, portano ad una diminuzione generale dei livelli di colesterolo, pressione sanguigna, glicemia e peso corporeo. Intervenendo per ridurre i fattori di rischio si possono, dunque, ottenere risultati positivi in poco tempo, sia a livello di popolazione che di singoli individui.

Fumo

Significato. Il fumo di tabacco è riconosciuto come uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie croniche non trasmissibili (tumori, coronaropatie, accidenti cerebrovascolari) responsabili a loro volta, secondo le stime della Commissione Europea, della morte di circa 650.000 persone ogni anno. Importanti sono anche le ripercussioni a livello economico: il fumo si colloca fra i principali fattori che contribuiscono alle spese in ambito sanitario ed è respon-

sabile inoltre di notevoli costi economici che variano dallo 0,1% all'1,1% del PIL (*WHO-European Tobacco Control Report 2007*).

Lo studio dei dati di prevalenza del consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno in seno alla popolazione e di individuare adeguate attività di prevenzione e di controllo che consentano di allargare gli interventi informativi e preventivi non solo ai fumatori e ai loro familiari, ma anche ai non fumatori.

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Persone di 14 anni e oltre per abitudine al fumo

Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 14 anni e oltre

Validità e limiti. L'indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte in esse sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. Su vari aspetti della vita quotidiana i cittadini, infatti, possono esprimere dei giudizi e fornire informazioni preziose per migliorare molti dei servizi di pubblica utilità. A partire dal 1993 l'indagine è stata condotta tutti gli anni e nel 2005 è stata effettuata a febbraio su

un campione di circa 20.000 famiglie (per un totale di circa 50.000 individui) distribuite in 814 comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

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

Descrizione dei risultati

Nel nostro paese, la presenza di fumatori presenta alcune differenze nella distribuzione territoriale, in

Tabella 1 - Persone di 14 anni e oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per regione - Anno 2005

Regioni	Fumatori %	Ex Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	Numero medio sigarette al giorno
Piemonte	20,9	23,3	53,5	95,4	12,5
Valle d'Aosta	19,9	22,4	55,9	95,5	13,7
Lombardia	23,4	24,5	49,7	97,4	12,6
Trentino-Alto Adige	19,2	23,9	53,1	97,7	11,8
Bolzano-Bozen	21,1	25,4	51,0	99,0	11,9
Trento	17,4	22,6	55,1	96,3	11,7
Veneto	19,6	26,0	52,8	97,6	11,1
Friuli-Venezia Giulia	17,2	24,5	54,6	96,2	11,8
Liguria	20,6	23,1	55,1	95,9	13,8
Emilia-Romagna	22,3	24,4	51,9	97,6	12,8
Toscana	22,1	26,2	48,2	96,8	12,7
Umbria	24,5	23,8	50,5	98,8	12,5
Marche	20,5	24,1	53,6	97,2	12,4
Lazio	24,7	23,4	47,7	97,6	14,7
Abruzzo	23,4	22,5	52,4	97,3	13,4
Molise	20,2	21,7	56,5	96,8	13,3
Campania	25,2	17,6	55,7	97,8	14,7
Puglia	19,1	17,3	60,7	98,4	13,1
Basilicata	19,6	20,2	58,2	97,3	13,1
Calabria	19,0	19,2	60,0	98,6	14,1
Sicilia	22,1	18,0	58,7	98,5	14,4
Sardegna	22,2	23,4	50,9	98,1	14,7
Italia	22,0	22,4	53,2	97,5	13,3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Tabella 2 - Persone di 14 anni e oltre (per 100) per abitudine al fumo, per classi d'età e sesso - Anno 2005

Classi di età	Maschi			Femmine		
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
14-17	8,4	3,1	87,0	5,4	3,3	90,0
18-19	27,7	6,7	62,5	16,7	8,2	72,9
20-24	36,8	10,6	49,0	21,6	9,4	65,8
25-34	36,5	16,0	44,5	21,1	13,5	62,6
35-44	34,1	24,0	39,9	22,2	17,0	59,2
45-54	33,0	34,0	31,3	22,5	20,5	54,9
55-59	29,3	41,3	26,6	16,4	18,1	63,3
60-64	25,7	45,9	26,4	13,6	16,9	67,6
65-74	18,7	49,1	30,1	8,1	14,8	74,2
75 e oltre	7,8	62,3	28,1	3,9	12,6	80,7
Totale	28,3	30,4	39,0	16,2	15,0	66,4

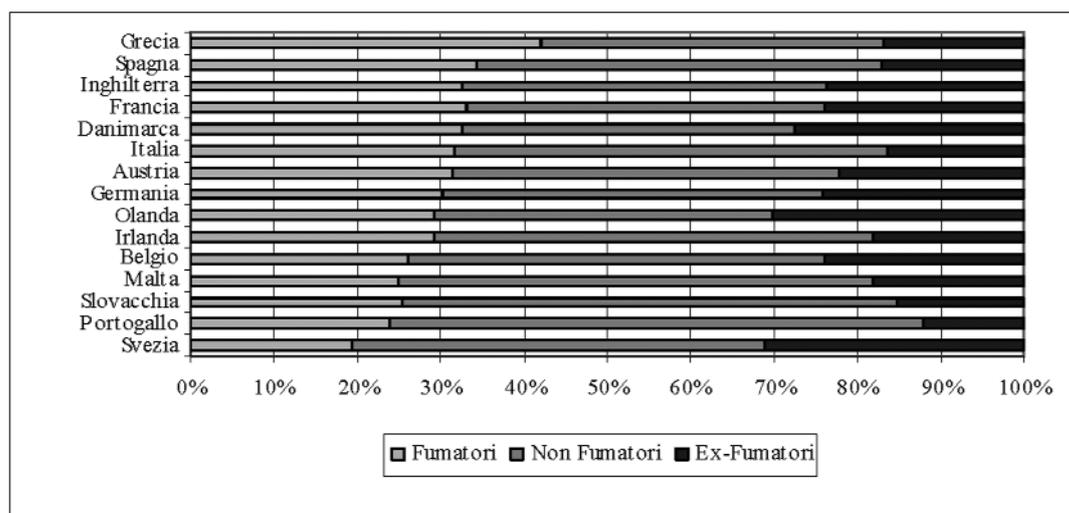
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

particolare nell'area del Nord-Est con percentuali più contenute rispetto al Sud (17,2% in Friuli-Venezia Giulia e 17,4% nella Provincia Autonoma di Trento vs 25,2% in Campania). La percentuale degli ex-fumatori risulta globalmente più elevata al Nord con valori superiori al 22% rispetto alle regioni del Sud (Puglia 17,3% e Campania 17,6%); ad eccezione della Sardegna in cui si osserva il valore (23,4%) più elevato tra le regioni del Sud (tabella 1). Confrontando i dati del 2005 con quelli dell'anno 2003 (Rapporto Osservasalute 2006, pag. 17), si osserva una riduzione del 3% dei fumatori, anche se i valori riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono rimasti pressoché invariati. I dati stratificati per sesso ed età mostrano che l'abitudine al fumo è più diffusa fra gli uomini

(28,3%) rispetto alle donne (16,2%) e con un maggior interessamento delle fasce di età comprese fra i 20 e i 54 anni, mentre i dati riguardanti i non fumatori mostrano una netta prevalenza tra le donne (66,4%) rispetto agli uomini (39%) (tabella 2).

Confronto internazionale

Secondo i dati rilevati dall'Eurobarometro e riferiti all'anno 2006, la Grecia si distingue per la prevalenza di fumatori più elevata (42%), mentre la Svezia per quella più contenuta (18%); l'Italia presenta una percentuale pari al 31% simile a quella che si registra nei vicini paesi: Francia (33%), Germania (30%) e Austria (31%) (grafico 1).

Grafico 1 - Percentuale di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anno 2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: "Special Eurobarometer" 272c/Wave66.2-TNS Opinion & Social Attitudes of Europeans towards tobacco, Commissione Europea. Maggio 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il tabagismo rappresenta un problema di Sanità Pubblica che richiede adeguate politiche di controllo: la maggior parte dei Paesi Europei ha adottato regole più severe sul fumo, ma per ridurre significativamente il consumo di tabacco, ulteriori sforzi si rendono ancora necessari e nuove iniziative devono essere intraprese, anche per tutelare la salute dei non fumatori. A questo proposito, il 30 gennaio 2007 la Commissione Europea ha presentato il documento "Libro verde. Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione Europea" in cui il problema del fumo passivo è affrontato, per la prima volta, a livello comunitario e non lasciato alle iniziative dei singoli Stati. Nel nostro paese, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

(CCM), ha attivato una "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo", che coinvolge e coordina tutte le istituzioni, amministrazioni ed enti interessati nel promuovere stili di vita sani e che ha come obiettivo finale la riduzione della mortalità e dell'incidenza delle malattie correlate al fumo. Questa strategia si rivolge ai fumatori passivi, ai non fumatori e ai fumatori attivi tramite l'applicazione e il rispetto del divieto di fumo, campagne informative nazionali e locali, politiche fiscali e dei prezzi, regolamentazione della pubblicità, programmi di prevenzione nelle scuole e in contesti giovanili extrascolastici, potenziamento e diffusione delle informazioni dei Centri antitabacco, formazione dei professionisti della salute (Medici di Medicina Generale, specialisti, infermieri e farmacisti).

Le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo

Dott.ssa Francesca Vannoni, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Laura Iannucci, Prof. Giuseppe Costa

L'abitudine al fumo varia considerevolmente in ragione della posizione sociale, sebbene con andamenti differenziati nei due sessi. I dati dell'Indagine Multiscopo Istat 2005 "Aspetti della vita quotidiana" e di quella "Condizioni di salute e ricorso ai servizi" documentano l'associazione di questo comportamento insalubre con una pluralità di caratteristiche, quali il livello d'istruzione, il giudizio sull'adeguatezza delle risorse economiche familiari, la condizione e posizione nella professione. Tra gli uomini la quota di fumatori aumenta di circa il 10% fra i diplomati e le persone con la licenza media inferiore rispetto ai laureati (grafico 1). I meno istruiti non si differenziano a tale riguardo dagli uomini con più elevato titolo di studio perché in questa categoria si concentrano gli anziani, fra i quali la quota di fumatori è più bassa rispetto alle fasce di età più giovani. Nella popolazione maschile adulta di 30-59 anni l'eccesso di fumatori fra i meno istruiti rispetto ai laureati è particolarmente elevato e si aggira intorno al 15%. In questa fascia di età anche per le donne si registra un aumento della prevalenza di fumatrici al diminuire del livello di istruzione: 18,8% tra le laureate, 21,2% tra le diplomate e 24,6% tra chi ha la licenza media. Fra le più anziane (60 anni e oltre) il consumo di tabacco è molto più diffuso tra le laureate (17%) e diplomate (14,1%), contro l'8,4% delle donne con la licenza media e il 6% di quelle con al più la licenza elementare (1). Infine, bisogna considerare che le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo hanno un impatto negativo sulle nuove generazioni: si consideri, per esempio, la minore propensione delle donne meno istruite e meridionali a cessare di fumare durante la gravidanza (2) e la più elevata esposizione al fumo passivo per i bambini con i genitori poco istruiti (3). In termini di condizione e posizione nella professione, gli uomini in cerca di nuova occupazione sono più sfavoriti non solo per la maggiore prevalenza di fumatori (43,3% contro il 34,3% degli occupati), ma anche per un maggiore numero di sigarette fumate in media al giorno (rispettivamente, 16,3 contro 15 degli occupati). Fra gli occupati, il consumo di tabacco è più elevato per gli operai (40,4%) e i lavoratori in proprio e coadiuvanti (35,8%) rispetto ai dirigenti, imprenditori e liberi professionisti (28,3%). Molto diverso è il quadro delle donne, visto che le disoccupate e le occupate presentano proporzioni analoghe di fumatrici (rispettivamente 25,3% e 23,9%), con uno scarto rilevante rispetto alle casalinghe (13,9%). Inoltre fra le occupate le fumatrici sono soprattutto quelle di classe borghese (29,1% per dirigenti, imprenditrici e libere professioniste, rispetto a 21,8% dei direttivi, quadri, impiegate e 25,9% delle operaie e apprendiste) (4). Al diminuire del livello di soddisfazione per le risorse economiche cresce la prevalenza complessiva di fumatori (da 18,1% con risorse ottime si passa a 20,5% di coloro che le considerano adeguate, per poi salire a 23,8% delle persone con risorse scarse e, infine, a 28,5% del gruppo che le ha riferite insufficienti). Alle risorse economiche insufficienti è inoltre associato il rischio più elevato di iniziare a fumare durante l'adolescenza e, quindi, di diventare tabacodipendenti (13,1% di fumatori precoci contro il 5,3% dei giovani con risorse ottime) e la maggiore intensità dell'abitudine al fumo (47,8% forti fumatori contro il 37,4% dei più abbienti) (5). La probabilità di smettere di fumare aumenta al crescere del livello di istruzione (*Odds Ratio* 1,23, 95% IC 1,10-1,36 per i laureati o diplomati vs. licenza media o elementare) ed è inoltre più elevata fra le persone con risorse economiche ottime o adeguate rispetto al gruppo con risorse economiche scarse o insufficienti (*Odds Ratio* 1,38, 95% IC 1,24-1,53), a parità di età, presenza di malattie croniche gravi, metodo utilizzato per la cessazione, numero di sigarette fumate e anni di abitudine al fumo¹(5). Le variazioni per posizione sociale sia nell'inizio sia nella cessazione dell'abitudine al fumo producono ampie disuguaglianze di esposizione nell'intero arco della vita e contribuiscono al progressivo aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco, a fronte della diminuzione della prevalenza complessiva di fumatori nella popolazione avvenuta negli ultimi 25 anni (6). Tra gli uomini l'aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco è dovuto principalmente ad una maggiore propensione a iniziare a fumare dei gruppi socio-economicamente sfavoriti; tra le donne l'allargamento della forbice è legato anche alla più elevata probabilità di cessazione dell'abitudine al fumo delle fumatrici più istruite (7). In Italia l'inversione del gradiente sociale nell'inizio dell'abitudine al fumo si è verificata diversi decenni più tardi rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale, che sono invece ad uno stadio più avanzato nella progressione dell'epidemia del fumo. (8, 9). All'interno del nostro paese, inoltre, le regioni dell'Italia meridionale seguono quelle del Centro e del Nord, visto che si trovano nelle fasi precedenti dell'epidemia (10).

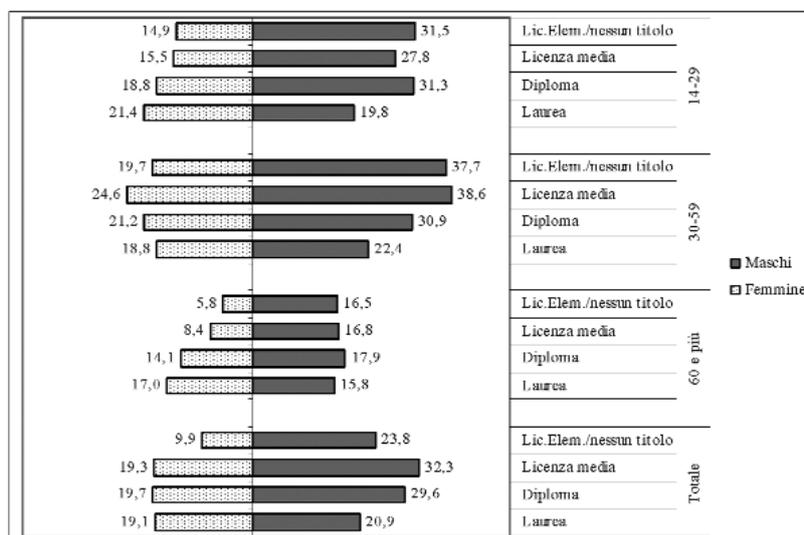
Raccomandazioni di Osservasalute

Si stima che, nella maggior parte dei paesi occidentali, circa un terzo delle disuguaglianze socio-economiche nella mortalità siano spiegate dalle disuguaglianze nell'abitudine al fumo.

¹Gli *Odds Ratio* riportati sono reciprocamente controllati per livello di istruzione e soddisfazione per le risorse economiche.

Considerando l'ampliamento delle disuguaglianze nel consumo di tabacco negli ultimi anni, il futuro peso delle malattie correlate al fumo potrà essere ancora più concentrato tra gli uomini e le donne dei gruppi socio-economicamente più sfavoriti (11). Essi, infatti, incontrano maggiori difficoltà per cessare di fumare, sia perché hanno un grado maggiore di dipendenza al fumo sia perché il consumo di tabacco costituisce un modulo reattivo a condizioni di vita e di lavoro più sfavorevoli (11). Le persone socio-economicamente sfavorite, pertanto, costituiscono un bacino potenziale di fumatori maggiormente bisognosi di supporto per cessare l'abitudine al fumo. Per evitare che in futuro le disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco continuino ad aumentare, è necessario il potenziamento e, eventualmente, la diversificazione degli interventi di contrasto al fumo. Come in altri Paesi Europei, anche in Italia c'è ancora molto spazio per lo sviluppo di strategie di ampio respiro per la lotta al tabagismo che producano i maggiori effetti nei gruppi socio-economicamente più sfavoriti. Questi interventi dovrebbero essere realizzati nell'ambito di politiche di ampio respiro, finalizzate a migliorare le condizioni di vita di queste fasce di popolazione (11). Un'esperienza pilota in tal senso è costituita dallo sviluppo di un sistema nazionale di servizi per la cessazione dell'abitudine al fumo in Gran Bretagna, con attenzione particolare rivolta alle aree deprivate.

Grafico 1 - Fumatori di 14 anni e oltre (per 100 persone con le stesse caratteristiche) per sesso, livello di istruzione e classi di età – Dicembre 2004-Marzo 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Gargiulo L. et al. I fumatori in Italia. Dicembre 2004 – Marzo 2005. Istat, Statistiche in breve. 10 Gennaio 2006.

Riferimenti bibliografici

- (1) Gargiulo L, Sebastiani G, Vannoni F. I fumatori in Italia. Dicembre 2004 – Marzo 2005. Roma, Istat, Statistiche in breve, 10 gennaio 2006.
- (2) Sabbadini LL, Sebastiani G. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". 1999-2000. Roma, Istat, 2002.
- (3) Gargiulo L, Sebastiani G, (a cura di) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000. Roma, Istat, 2002.
- (4) Sante Orsini (a cura di) La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005. Roma, Istat, 2007.
- (5) Sebastiani G, Iannucci L, Vannoni F, Landriscina T. L'abitudine al fumo in Italia: fattori che favoriscono la cessazione e impatto della legge 3/2003, Nuova Fiera di Roma, 19 Aprile 2007 - Malattie Croniche: le informazioni per le politiche e i programmi di prevenzione.
- (6) Faggiano F, Versino E, Lemma P. Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes and Control* 2001 12: 665-671.
- (7) Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation and prevalence of smoking among three Italian birth cohorts. *Am J Public Health* 2006 Jul 27.
- (8) AEJM Cavelaars A E J M, Kunst A E, Geurts J J M, Craiesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen N Kr, Regidor E, M do Rosário-Giraldes, Spuhler Th and Mackenbach J P. "Educational differences in smoking: international comparison" in *BMJ* vol 320 22 april 2000.
- (9) Huisman M, Kunst A E., Mackenbach J P. "Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income" in *Preventive Medicine* 2005: 40; 756-764.
- (10) Federico B, Costa G, Vannoni F, Damiani G, Kunst A E, "Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000", *Prev Med.* 2004 Nov; 39 (5): 919-26.
- (11) Kunst A, Giskes K, Mackenbach J, "Socio-economic Inequalities in Smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies", Rotterdam University, 2004.

Sovrappeso e obesità

Significato. L'obesità è certamente una delle più grandi sfide globali di questo secolo e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario di Sanità Pubblica. Un'ampia e solida evidenza scientifica ha riconosciuto come sia associata a morte prematura e rappresenti un fattore di rischio per alcune importanti malattie croniche (malattie cardiovascolari, accidenti cerebrovascolari, diabete e alcuni tumori). Nel nostro paese lo scenario epidemiologico non differisce molto da quello di altri Paesi europei e le problematiche legate all'obesità presentano una tendenza all'aumento

con dati di prevalenza più elevati nelle regioni meridionali e con un trend allarmante per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 individua l'obesità, in particolare nelle donne in età fertile e nei bambini, quale problema di salute di prioritaria rilevanza e domanda alle regioni e alle Province Autonome, in accordo con le direttive del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), la pianificazione coordinata delle strategie d'intervento.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

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

Numeratore: Persone di 18 anni e oltre con IMC 25-30 e > 30
 Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni e oltre

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) o *Indice di Quetelet* è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (in kg) e il quadrato dell'altezza (in metri). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta. I dati, raccolti nell'ambito dell'Indagine campionaria Multiscopo, sono stati ottenuti mediante intervista diretta o autocompilazione del questionario. Pertanto le informazioni raccolte, sono autoriferite.

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

Descrizione dei risultati

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'Italia presenta valori (12,7%) di persone obese che si allineano ad altri paesi quali il Belgio, l'Irlanda e la Spagna (grafico 1) (WHO, *Global Info Base*. Anno 2005). Per quanto riguarda la distribuzione geografica, si apprezza un gradiente Nord-Sud per coloro che risultano in sovrappeso (valori superiori al 38% in Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) ed obesi (12,0% in Basilicata e 12,9% in Puglia), con la Sardegna (31,8% e 10,5%) che si avvicina, invece, ai dati rilevati nelle regioni settentrionali, dove si registrano i valori più bassi (Piemonte, Valle d'Aosta e Lombardia) (tabella 1). Dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti indagini (anni 2002, 2003 e 2005, Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 260-270 e Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 19-20) il dato relativo all'obesità mostra un trend in aumento dall'8,5% al 9% fino al 9,9%, rilevazione dell'ultima Indagine Multiscopo Istat. I dati stratificati per sesso ed età, mostrano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità aumenta progressivamente all'avanzare dell'età, con un interessamento soprattutto

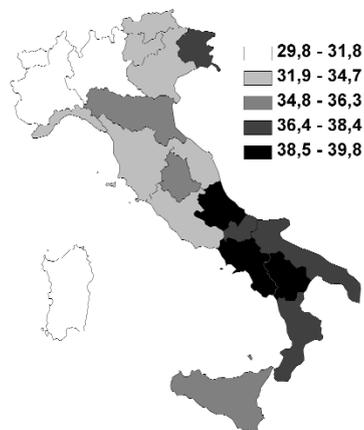
delle fasce dai 45 ai 74 anni per gli uomini e dai 55 ai 74 anni per le donne. Inoltre, mentre i valori che riguardano la popolazione obesa sono sovrapponibili tra i sessi, ad eccezione della classe di età compresa fra i 35 e i 44 anni (9,2% uomini e 5,3% donne), la percentuale di uomini in sovrappeso (43,9%) è quasi il doppio di quella del sesso femminile (26,2%), con valori significativamente differenti in tutte le classi di età (tabella 2).

Tabella 1 - Persone di 18 anni e oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione – Anno 2005

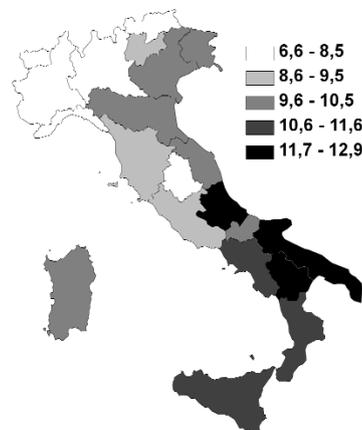
Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	31,4	8,3
Valle d'Aosta	30,8	6,6
Lombardia	29,8	8,5
Trentino-Alto Adige	34,1	8,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	33,9	8,0
<i>Trento</i>	34,4	9,5
Veneto	33,4	9,8
Friuli-Venezia Giulia	36,4	10,4
Liguria	33,4	8,5
Emilia-Romagna	35,8	10,3
Toscana	34,7	8,9
Umbria	36,3	7,5
Marche	34,4	9,8
Lazio	34,7	9,4
Abruzzo	39,0	11,8
Molise	37,8	10,4
Campania	39,7	10,6
Puglia	38,4	12,9
Basilicata	39,8	12,0
Calabria	38,4	11,3
Sicilia	36,2	11,6
Sardegna	31,8	10,5
Italia	34,7	9,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone in sovrappeso per regione. Anno 2005



Prevalenza di persone obese per regione. Anno 2005

**Tabella 2** - Prevalenza di persone di 18 anni e oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classi d'età e sesso - Anno 2005

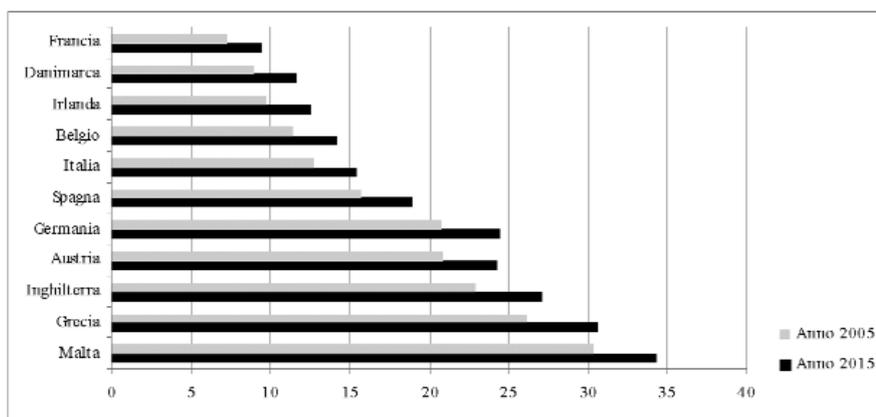
Classi di età	Persone in sovrappeso		Persone obese	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	18,8	2,8	8,6	1,2
25-34	32,5	4,9	13,0	3,1
35-44	45,4	9,2	20,4	5,3
45-54	52,2	12,5	28,3	12,1
55-64	53,7	15,1	35,0	16,7
65-74	54,1	15,8	40,2	18,2
75 e oltre	44,3	10,7	37,0	10,7
Totale	43,9	10,1	26,2	9,7

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Confronto internazionale

Secondo i dati pubblicati dal WHO, il fenomeno obesità interessa globalmente i Paesi Europei, con regioni in cui addirittura un quarto degli abitanti è obeso

(Malta e Grecia). La stima al 2015 della prevalenza aumenta coinvolgendo uniformemente tutte le nazioni dell'UE, se non si attueranno adeguate campagne di prevenzione e promozione alimentare.

Grafico 1 - Prevalenza di persone obese di 15 anni e oltre nell'anno 2005 e stima della prevalenza nell'anno 2015, in alcuni Paesi dell'Unione Europea - Anni 2005, 2015

Fonte dei dati e anno di riferimento: WHO, Global Info Base. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obesità è un problema di Sanità Pubblica globale; per limitare questa epidemia ed invertirne l'andamento è fondamentale l'azione di coordinamento dell'Unione Europea: il 16 novembre 2006, nel corso della Conferenza della Regione Europea dell'OMS, è stata adottata come *policy* di riferimento la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità. Questo documento ha lo scopo di indirizzare le politiche dei paesi e le azioni regolatorie, incluse le norme legislative e i relativi piani di attuazione. Il CCM, sulla base di quanto raccomandato a livello internazionale, ha indicato come obiettivi di primaria importanza sia la raccolta di informazioni riguardanti la diffusione di questo fenomeno e il suo impatto sulla popolazione di

età infantile, adulta e anziana, sia la pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione di una corretta alimentazione e adeguata attività fisica. Per concretizzare questo progetto ha definito una strategia d'intervento che prevede un approccio multisettoriale mirato a coinvolgere, oltre al Sistema Sanitario, anche altri soggetti istituzionali e della società civile (scuola, famiglia, servizi sanitari e sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ecc.) e la creazione di Enti e Istituzioni che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione con carattere di continuità, per favorire nella popolazione sani comportamenti in tema di alimentazione e attività motoria.

Attività fisica

Significato. Una moderata, ma regolare attività fisica è tra i fattori che contribuiscono a prevenire patologie croniche (diabete di tipo II, disturbi cardiocircolatori, obesità), a proteggere da condizioni disabilitanti (osteoporosi e artrite) e a ridurre o eliminare importanti fattori di rischio (ipertensione e ipercolesterolemia). Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inattività fisica, con altri fattori di rischio, incide sull'86% dei decessi, sul 77% della perdita di anni di vita in buona salute e sul 75% delle

spese sanitarie in Europa e in Italia. Da uno studio europeo svoltosi tra il 2002 e il 2005 è emerso un incremento dell'attività fisica di grado intenso, a fronte di un trend globale invariato di quella di grado moderato (*Special Eurobarometer 246/Wave64.3 Health and food*. Novembre 2006. Commissione Europea). Strategie politiche globali devono essere adottate e attuate al fine di promuovere l'esercizio fisico nella popolazione di ogni età.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

x 100

Validità e limiti. L'Indagine campionaria Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2005) coinvolge circa 20.000 famiglie, per un totale di circa 50.000 individui e i dati sono raccolti per intervista diretta. Aree tematiche variegata si susseguono nei questionari consentendo di cogliere come vive la popolazione: scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, salute, stili di vita e impiego del tempo libero (attività fisica e sportiva). Si tratta, pertanto, di informazioni soggettive riportate direttamente dagli intervistati.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2005, il 20,9% della popolazione, ha dichiarato di praticare in modo continuativo uno o più sport nel tempo libero e il 10,3% lo ha praticato in modo saltuario. Le persone che hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno due km, nuotare, andare in bicicletta o altro) sono il

Tabella 1 - Persone di 3 anni e oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione – Anno 2005

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	21,4	12,7	30,5	34,8	0,5
Valle d'Aosta	21,1	12,7	27,9	36,7	1,7
Lombardia	25,6	12,1	30,7	30,2	1,5
Trentino-Alto Adige	31,3	21,8	30,0	16,6	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>38,5</i>	<i>22,7</i>	<i>22,7</i>	<i>15,6</i>	<i>0,5</i>
<i>Trento</i>	<i>24,4</i>	<i>21,0</i>	<i>37,0</i>	<i>17,5</i>	<i>0,1</i>
Veneto	25,3	14,0	35,9	24,2	0,6
Friuli-Venezia Giulia	21,9	14,7	37,4	25,2	0,8
Liguria	17,9	8,7	29,9	43,0	0,4
Emilia-Romagna	21,8	10,6	35,4	31,8	0,4
Toscana	21,4	9,0	32,9	35,6	1,0
Umbria	20,3	10,9	27,1	41,3	0,3
Marche	22,2	9,2	31,1	36,7	0,9
Lazio	23,9	9,8	24,1	41,5	0,6
Abruzzo	19,6	9,2	28,6	41,4	1,2
Molise	14,0	9,2	26,1	49,6	1,1
Campania	14,7	7,6	24,0	52,5	1,2
Puglia	17,2	8,6	22,1	51,5	0,6
Basilicata	16,0	8,5	22,8	51,5	1,2
Calabria	16,1	8,5	21,8	53,0	0,7
Sicilia	15,1	6,5	19,3	58,6	0,6
Sardegna	21,6	9,4	23,7	44,5	0,8
Italia	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2005

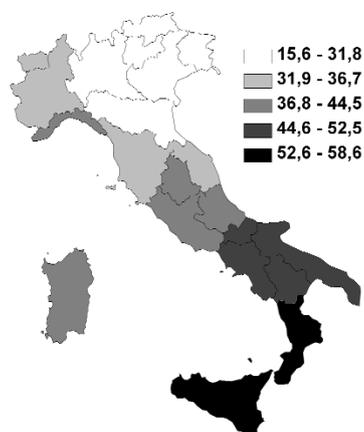


Tabella 2 - Persone di 3 anni e oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classi di età – Anno 2005

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
3-5	15,9	5,8	27,5	45,1	5,7
6-10	50,1	8,7	17,2	22,4	1,5
11-14	54,4	10,4	18,1	16,3	0,8
15-17	47,4	12,8	20,0	18,9	0,8
18-19	37,1	20,0	19,3	22,7	1,0
20-24	34,3	17,7	20,7	26,6	0,7
25-34	27,9	15,6	24,8	31,0	0,7
35-44	19,5	13,7	29,8	36,4	0,6
45-54	14,7	10,9	33,5	40,4	0,5
55-59	11,8	8,2	35,2	44,4	0,4
60-64	9,4	5,7	38,2	46,1	0,7
65-74	7,0	3,9	35,3	53,3	0,6
75 e oltre	2,1	1,3	21,8	74,1	0,6
Totale	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

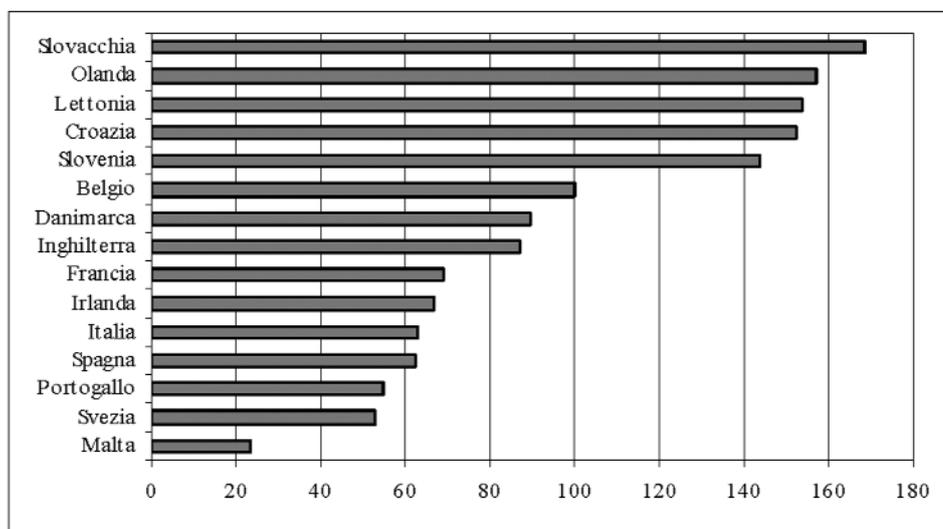
28,2%, mentre coloro che non praticano né uno sport né attività fisica nel tempo libero sono il 39,8% (tabella 1). Dal punto di vista geografico, risultano più attivi gli abitanti del Nord rispetto a quelli del Sud, dove la sedentarietà è più frequente in Sicilia (58,6%). Si pratica più sport in modo continuativo nella Provincia Autonoma di Bolzano (38,5%), in Lombardia (25,6%) e in Veneto (25,3%). I dati stratificati per classe di età mostrano che la pratica sportiva svolta in modo continuativo si distribuisce soprattutto nelle fasce di età comprese fra i 6 e i 19 anni, mentre lo sport svolto in modo saltuario coinvolge soprattutto i soggetti giova-

ni appartenenti alle fasce di età 18-34; con l'aumentare dell'età aumenta, inoltre, la prevalenza di coloro che non praticano alcuna attività fisica (tabella 2).

Confronto internazionale

I dati dell'Eurobarometro della Commissione Europea mostrano una maggior dedizione dei Paesi dell'Est (Slovacchia, Lettonia, Croazia) alla pratica sportiva rispetto ai Paesi Europei più occidentali quali Spagna, Irlanda e Francia, i cui valori si allineano a quelli italiani (grafico 1).

Grafico 1 - Tempo (minuti/die) dedicato allo svolgimento di attività fisica moderata in alcuni Paesi Europei – Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: "Special Eurobarometer" 246/Wave64.3 Health and food, Commissione Europea. Novembre 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

A Copenaghen, il 12 settembre 2006 è stata approvata dal Comitato Regionale per l'Europa una strategia di contrasto alle malattie croniche, "Guadagnare Salute", per la quale hanno collaborato il Ministero della Salute e la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nello stesso anno ad Istanbul, nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa, è stata discussa una strategia europea comprendente le raccomandazioni riguardanti la promozione dell'attività fisica, non solo nella popolazione infantile e nei giovani, ma anche in anziani, disabili, portatori di disagi o disturbi mentali, incentivando la possibilità di svolgerla sia nell'ambiente

urbano e domestico, sia sul posto di lavoro. Questa strategia deve essere promossa e incentivata non solo dagli Enti preposti, ma anche dai medici e professionisti della salute che dovrebbero essere coinvolti in modo attivo nel determinare il livello di attività fisica per ciascun individuo. È opportuno incoraggiare anche persone sedentarie ad un'attività fisica moderata e regolare, più facilmente conciliabile con le abitudini quotidiane. Un obiettivo adeguato a breve termine è quello di aumentare il livello abituale di attività fisica (sono sufficienti 30 minuti di movimento al giorno, per almeno cinque volte a settimana), al fine di raggiungere nell'arco di alcuni mesi un effettivo benessere fisico.

Consumo di alcol

Significato. In Italia, le Linee Guida per una sana alimentazione pongono come consumatori a rischio:

- a) le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 drinks);
- b) gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 drinks).

Relativamente ai giovani, sono considerati a rischio tutti gli individui di età inferiore a 15 anni che consumano qualunque quantità di bevanda alcolica e tutti coloro che tra 16 e 18 anni consumano quotidianamente più di un bicchiere (1 Unità Alcolica – UA: cir-

ca 12 grammi di alcol). Anche gli ultra 65enni non dovrebbero eccedere il consumo di un drink al giorno. Sono da considerarsi a rischio, gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di 6 o più bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica (*binge drinking*, bere per ubriacarsi). L'analisi dei dati secondo questi target specifici di popolazione (età e sesso) è quella che secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) segue più di altre il criterio di verifica della condizione di rischio individuale.

Prevalenza di consumatori a rischio secondo i criteri ISS – INRAN

Numeratore	Ragazzi e ragazze di 11-15 anni che dichiarano di consumare giornalmente bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di consumare più di una unità alcolica al giorno
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-18 anni
Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di consumare più di tre unità alcoliche al giorno Donne di 19-64 anni che dichiarano di consumare più di due unità alcoliche al giorno
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 19-64 anni
Numeratore	Uomini e donne ultra 65enni che dichiarano di consumare più di una unità alcolica al giorno
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 65 anni

Prevalenza binge drinkers

Numeratore	Uomini e donne di 11-18 a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-18 anni
Numeratore	Uomini e donne di 19-64 a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 19-64 anni
Numeratore	Uomini e donne di 65 anni e oltre a cui è capitato di consumare 6 bicchieri o più bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 65 anni

Validità e limiti. A partire dal 2003 nell'Indagine Multiscopo viene rilevato anche il numero di bicchieri (Unità Alcoliche) giornalmente consumati, ma solo ed esclusivamente per il vino e la birra. Il numero di UA di aperitivi alcolici, amari e super alcolici giornalieri è stato, invece, oggetto di operazionalizzazione considerando le modalità di risposta “Più di 2 bicchierini al giorno” e “1-2 bicchierini al giorno” delle domande previste dall'indagine. È quindi possibile

creare le categorie rappresentative dei consumatori a maggior rischio considerando il numero totale di UA consumate giornalmente e calcolare le prevalenze separatamente per il sesso le tre classi di età prese in considerazione. La prevalenza di consumatori a rischio (*hazardous*) e dei *binge drinkers* identificano due possibili modalità del consumo a rischio la cui analisi isolata non riesce, comunque, ad esprimere ed a cogliere il fenomeno nella sua complessità, in fun-

zione dell'evidenza che spesso l'abuso, il *binge drinking*, il superamento dei limiti giornalieri, si verificano contemporaneamente e, per questo, con effetti ipotizzabili di tipo additivo o moltiplicativo.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valori di riferimento sono state scelte le medie dei valori regionali delle prevalenze (%) relative ai due indicatori.

1) Prevalenza di consumatori a rischio: 11-18 anni M = 2,5 - F = 0,6; 19-64 anni M = 11,7 - F = 2,6; ultra 65-enni M = 45,9 - F = 11,6.

2) Prevalenza dei *Binge drinkers*: 11-18 anni M = 7,8 - F = 3,9; 19-64 anni M = 17,0 - F = 3,5; ultra 65-enni M = 5,6 - F = 1,0.

Descrizione dei risultati

I non consumatori. Ai fini della valutazione del rischio è interessante identificare, oltre ai consumatori a rischio di alcol, la quota di coloro che con certezza non risultano esposti al rischio alcolcorrelato (astemi e astinenti). Tra il 2003 ed il 2005 i "non consumatori" di alcol sono diminuiti in media a livello nazionale (29,2% vs 27,9%) principalmente a causa della riduzione della quota di persone che hanno dichiarato di non consumare alcol al momento della rilevazione, ma di averne consumato in passato (tabella 1). Tale fenomeno è solo in parte ascrivibile all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore frequenza di malattie che sconsigliano il consumo di alcol.

Prevalenza consumatori a rischio. Il consumo a rischio in Italia (tabelle 2, 3 e 4) presenta, un trend in

crescita con l'età per entrambi i sessi. Nella fascia di età superiore a 65 anni i valori di prevalenza più elevati si riscontrano per entrambi i sessi in Umbria, Molise, Marche, Friuli-Venezia Giulia e Veneto. Nella classe di età 19-64 anni il fenomeno appare molto diffuso in tutte le regioni e per entrambe i sessi ad eccezione di Sicilia e Trentino-Alto Adige. Tra i giovani (11-18 anni) le prevalenze al di sopra della media nazionale si registrano in alcune regioni del Centro-Sud (Puglia, Molise, Basilicata e Calabria) per entrambi i sessi, oltre che nelle Marche, in Toscana e in Campania tra le ragazze; in alcune regioni del Nord-Ovest (Piemonte e Lombardia) in Liguria e Sardegna tra i ragazzi.

Prevalenza binge drinkers. Il fenomeno del *binge drinking* è un fenomeno diversamente caratterizzato a seconda dell'età e del sesso degli intervistati (tabelle 2, 3 e 4). Tra gli uomini, appare molto diffuso nella fascia di età 19-64 anni (17%), mentre tra le donne sia nella fascia di età 11-18 (3,9%) che in quella 19-64 (3,5%) appare meno evidente. Tra i giovanissimi, per entrambi i sessi, i valori più elevati si registrano nelle regioni del Nord. Nella fascia 19-64 per entrambi i sessi la regione più a rischio risulta essere il Trentino-Alto Adige, regione che, invece, presentava una delle più basse concentrazioni di consumatori a rischio. Tra gli ultra 65enni le concentrazioni regionali di *binge drinkers* appaiono consistenti per entrambi i sessi in Molise e Basilicata. Tra gli uomini, inoltre, elevate prevalenze si registrano anche in Abruzzo, Sardegna, Calabria e Trentino-Alto Adige e tra le donne in Toscana e Sicilia.

Tabella 1 - Distribuzione dei non consumatori (per 100) per regione e sesso – Anni 2003, 2005

Regioni	2003			2005		
	Consumavano in passato	Mai consumato	Tot. non consumatori	Consumavano in passato	Mai consumato	Tot. non consumatori
Piemonte e Valle d'Aosta*	2,92	24,59	27,51	1,61	23,44	25,05
Lombardia	2,82	24,33	27,15	1,45	23,49	24,94
Trentino-Alto Adige	3,71	18,03	21,74	1,90	19,01	20,91
Veneto	3,09	20,14	23,23	1,67	20,77	22,44
Friuli-Venezia Giulia	3,43	17,46	20,89	1,90	20,83	22,73
Liguria	2,51	23,26	25,77	2,12	26,90	29,02
Emilia-Romagna	3,49	19,45	22,94	1,59	22,86	24,45
Toscana	3,01	22,88	25,89	1,98	21,86	23,84
Umbria	3,70	24,35	28,05	1,11	27,51	28,62
Marche	3,30	20,77	24,07	1,31	24,33	25,64
Lazio	2,26	27,85	30,11	1,56	27,56	29,12
Abruzzo	3,70	27,54	31,24	1,47	29,16	30,63
Molise	3,06	27,66	30,72	1,53	32,35	33,88
Campania	3,28	33,73	37,01	1,78	31,34	33,12
Puglia	2,03	30,60	32,63	1,59	28,61	30,20
Basilicata	2,39	30,72	33,11	1,51	29,10	30,61
Calabria	2,31	28,61	30,92	1,51	29,12	30,63
Sicilia	3,98	34,94	38,92	1,41	35,80	37,21
Sardegna	3,51	29,27	32,78	2,00	30,53	32,53
Italia	3,01	26,24	29,25	1,62	26,33	27,95

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

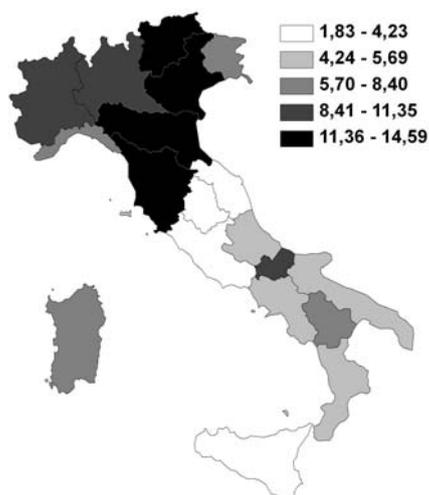
Tabella 2 - Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers di 11-18 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	4,28	10,76	0,00	6,24
Lombardia	5,02	11,35	0,00	6,51
Trentino-Alto Adige	0,77	14,59	0,00	9,24
Veneto	2,22	14,44	0,00	12,18
Friuli-Venezia Giulia	0,87	7,15	0,00	1,12
Liguria	3,59	6,62	0,00	0,00
Emilia-Romagna	0,97	11,49	0,00	5,03
Toscana	2,41	13,25	1,79	2,35
Umbria	0,00	1,83	0,00	4,85
Marche	4,96	4,23	0,70	2,81
Lazio	0,00	3,40	0,62	2,69
Abruzzo	1,61	4,66	0,00	3,58
Molise	4,26	9,57	1,74	1,61
Campania	0,83	5,25	1,48	0,00
Puglia	5,01	4,31	1,72	2,67
Basilicata	3,63	6,70	0,77	3,53
Calabria	4,09	5,69	1,21	2,37
Sicilia	0,85	3,91	0,49	1,21
Sardegna	2,82	8,40	0,00	4,72
Italia	2,50	7,81	0,62	3,87

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Prevalenza di consumatori *binge drinkers* (per 100) di 11-18 anni per regione. Maschi. Anno 2005



Prevalenza di consumatori *binge drinkers* (per 100) di 11-18 anni per regione. Femmine. Anno 2005

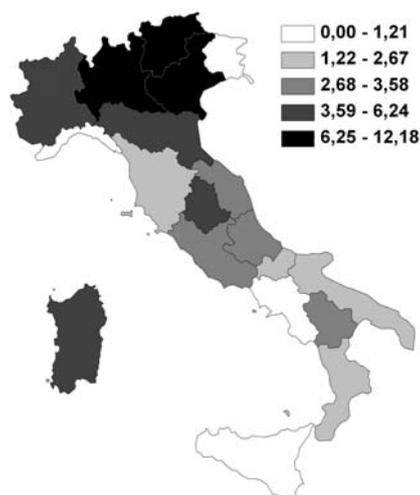


Tabella 3 - Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers di 19-64 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	12,58	19,85	2,63	5,21
Lombardia	12,76	15,96	2,68	3,01
Trentino-Alto Adige	7,75	31,92	1,54	7,01
Veneto	12,17	24,31	2,11	4,58
Friuli-Venezia Giulia	11,28	21,73	2,94	3,26
Liguria	12,77	15,45	3,29	4,32
Emilia-Romagna	11,70	16,56	3,47	3,85
Toscana	13,78	18,65	4,86	4,97
Umbria	11,91	12,17	2,25	2,51
Marche	15,81	16,40	2,78	2,66
Lazio	11,25	17,29	1,31	4,67
Abruzzo	11,80	21,96	2,33	4,51
Molise	16,42	25,86	2,06	4,47
Campania	12,07	12,22	2,95	2,67
Puglia	12,55	13,32	3,09	1,95
Basilicata	16,11	18,78	3,72	2,98
Calabria	8,81	18,86	2,36	2,59
Sicilia	5,58	7,57	1,51	1,38
Sardegna	11,74	27,61	2,38	4,25
Italia	11,69	17,02	2,63	3,54

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Tabella 4 - Prevalenza di consumatori a rischio e binge drinkers > 65 anni (per 100) per regione e sesso - Anno 2005

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte e Valle d'Aosta*	49,19	4,51	13,43	0,23
Lombardia	49,42	8,11	13,98	0,73
Trentino-Alto Adige	45,74	9,49	10,08	0,89
Veneto	54,42	8,04	16,14	1,27
Friuli-Venezia Giulia	55,76	6,22	19,19	0,57
Liguria	54,19	6,24	16,89	1,63
Emilia-Romagna	46,13	1,12	12,56	1,38
Toscana	50,38	4,59	11,94	2,16
Umbria	65,07	5,66	16,36	0,63
Marche	56,56	6,01	18,70	0,86
Lazio	38,14	3,61	8,80	0,91
Abruzzo	53,05	14,48	10,86	0,75
Molise	59,23	12,25	14,99	1,67
Campania	42,03	2,46	7,69	0,27
Puglia	39,62	4,84	9,56	0,86
Basilicata	52,63	8,64	12,58	2,15
Calabria	35,64	11,96	5,50	1,02
Sicilia	26,29	2,27	3,22	1,70
Sardegna	45,43	8,85	4,83	0,00
Italia	45,94	5,61	11,59	1,00

*Dato non disponibile separatamente.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Famiglie-Aspetti della vita quotidiana. Anni 2003-2005". Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze disponibili mostrano che il bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare. La classificazione di consumatore a rischio non dovrebbe mai contemplare l'analisi di un unico indicatore ma avvalersi dell'analisi, anche combinata, degli indicatori disponibili attraverso definizioni, oltre che statistiche, capaci di valorizzare le indicazioni di tutela della salute. Si può essere attualmente considerati a rischio "solo" per un abuso quotidiano, ma non per *binge drinking* e viceversa ma, in realtà, nessuno di questi indicatori può "pesare" l'impatto dell'atteggiamento complessivo dell'individuo nell'adottare un modello di bere a rischio. In ogni caso, se, da un lato, circa il 70% della popolazione consuma secondo sani criteri di moderazione, esiste una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti. L'emergenza di abitudini di consumo a rischio in vasti strati della popolazione e la diffusione di modalità di "uso" dell'alcol più che di consumo, evidenziano la necessità di intervenire efficacemente attraverso misure che possano contribuire a stigmatizzare, anche culturalmente, l'approccio all'alcol. Inoltre, il consumo a rischio di alcol ed il *binge drinking* rappresentano uno dei primi tre determinanti di malattia, mortalità prematura ed invalidità ovviamente evitabili a fronte di un adeguato stile di consumo ispirato alla moderazione. È indispensabile non trascurare le iniziative di sensibilizzazione ed educazione sotto forma di cicli consecutivi e coordinati in tutte le scuole, a partire dalle materne ed elementari, che coinvolgano i livelli parentali e

familiari che rappresentano il fattore chiave per rafforzare le conoscenze e le abilità dei giovani e dei futuri adulti nella gestione del bere prima che questo giunga a rappresentare un problema comportamentale. Appare inoltre indispensabile favorire e sostenere l'interazione tra le diverse competenze della Pubblica Amministrazione, quelle sociosanitarie e con le Associazioni del privato sociale e dell'auto e mutuo-aiuto per creare, diffondere e consolidare il valore della moderazione quale presupposto essenziale di prevenzione e riduzione del bere problematico in Italia.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (2) Istat (2007) "La vita quotidiana nel 2005". Collana Informazioni, n.4. Roma: Istat.
- (3) E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin, S. Martire e R. Russo; Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia; Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol. CNESPS. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma. Anno 2007. http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-consumi_rischio.pdf.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta (1). Le frequenze di consumo dell'Indagine Multiscopo pubblicate nel volume "Aspetti della vita quotidiana" riferite all'anno 2005 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone di 3 anni e oltre dichiarano di assumere i diversi alimenti. La classe di frequenza varia da gruppo a gruppo di alimenti a seconda dell'uso abituale e anche della quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (3, 4). L'indicatore proposto è costituito dall'insieme delle frequenze di ciascun gruppo di alimenti riferito a 100 persone selezionato per il legume, positivo o negativo, con l'indicatore obiettivo delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta (5).

Percentuale di persone per consumo di alimenti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni e oltre per consumo di alimenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. La percentuale di popolazione che indica una determinata frequenza di consumo rispetto ad una tipologia di alimento, esprime la diffusione di un dato comportamento alimentare nella popolazione di riferimento. L'insieme di queste percentuali fornisce un profilo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, e confronto dei valori attuali e desiderabili), permette di effettuare un'analisi territoriale in base ai comportamenti prevalenti. Il numero elevato di voci alimentari rilevate rende difficile una valutazione sintetica. Il riferimento ad un indicatore obiettivo aiuta a sintetizzare la complessità, a patto che l'indicatore sia connesso anche ad altre variabili che concorrono a definire lo stile alimentare. In un contesto, inoltre, in cui il tipo di rilevazione non consente di quantificare l'assunzione giornaliera in grammi di alimenti né, quindi, il confronto con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1) di calorie e nutrienti, né la valutazione in termini di energia e nutrienti, la registrazione del numero di porzioni giornaliere permette almeno la valutazione rispetto ad una raccomandazione diffusa a livello internazionale. Resta sempre valida la considerazione che in una dieta ricca di alimenti multi-ingrediente, il consumo espresso in termini di singoli alimenti può portare a sottostimare il numero di porzioni, perché il compilatore può più facilmente "dimenticare" le porzioni assunte in associazione ad altri cibi (es. i pomodori come sugo, il formaggio come guarnizione, ecc.), che magari non costituiscono una quanti-

Le Linee Guida per una sana alimentazione (4) assegnano, infatti, un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i gruppi alimentari, proprio a "ortaggi e frutta", soprattutto per le forti evidenze di una associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per le sostanze antiossidanti che veicolano nell'organismo umano.

Le frequenze di consumo sono parte integrante del modello descrittivo dello stile alimentare che è legato alle tradizioni gastronomiche (5), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi e occasioni di assunzione dei pasti.

tà da porzione intera in una singola occasione, ma dovrebbero essere considerati se ripetutamente consumati nella giornata o se la quantità nel piatto fosse ragguardevole.

Valore di riferimento/Benchmark. Il riferimento considerato è la soglia delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta, come variabile in sé e in rapporto alle altre componenti della dieta rilevate con l'Indagine Multiscopo (2). Gli indicatori dello stile alimentare associati sono usati in modo descrittivo per verificare se i valori dell'indicatore siano o meno associati a profili di consumo regionali diversificati. Il profilo delle frequenze a livello nazionale è stato utilizzato per identificare la posizione relativa di ciascuna regione e l'associazione con l'indicatore relativo alle porzioni giornaliere di ortaggi e verdura.

Descrizione dei risultati

Nel 2005, in Italia, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è uguale a 5,3% ed è in leggera crescita rispetto al 2003 (4,5%).

L'analisi per gruppi di alimenti qui presentata è basata sul confronto della distribuzione delle regioni rispetto all'indicatore obiettivo e agli altri indicatori disponibili per il 2005 (2). Le regioni sono state classificate in relazione all'entità dell'indicatore obiettivo rispetto al valore medio nazionale, e sono state, poi, calcolate le correlazioni tra la distribuzione delle regioni rispetto all'indicatore obiettivo con ognuna delle distribuzioni che descrivono la frequenza di con-

sumo dei diversi alimenti: “Verdure almeno una volta al giorno”; “Ortaggi almeno una volta al giorno”; “Formaggio almeno una volta al giorno”; “Salumi almeno qualche volta alla settimana”; “Pesce almeno qualche volta alla settimana”; “Frutta almeno una volta al giorno”; “Snack almeno qualche volta alla settimana”; “Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno”; “Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana”; “Uova almeno qualche volta alla settimana” e gli indicatori di stile alimentare diversi: “Pranzo in casa”; “Pranzo in mensa”; “Pranzo al ristorante o trattoria”; “Pranzo in un bar”; “Pranzo sul posto di lavoro”; “Pasto principale pranzo”; “Pasto principale cena”.

Per quanto riguarda i gruppi di alimenti, il coefficiente di correlazione r è risultato superiore a 0,5 in valore assoluto solo in due casi (consumo di verdure almeno una volta al giorno e consumo di ortaggi almeno una volta al giorno), situazione piuttosto frequente nell’analisi di un fenomeno multi-dimensionale quale è l’alimentazione. Al fine di verificare se e quali fossero eventuali profili regionali che includessero un insieme più ampio di gruppi alimentari, la tabella 1 è stata costruita considerando la concordanza, il segno della covarianza e, dunque, del coefficiente di correlazione r del quale essa costituisce il numeratore.

Osservando la tabella 1, in relazione al primo aspetto si possono individuare 5 sottoinsiemi: indicatore obiettivo [$> 6,6\%$], [$5,5\% - 6,6\%$], [$5,3\% - 5,5\%$]; [$4,0\% - 5,0\%$], [$< 4,0\%$]. Gli intervalli sono stati costruiti considerando gli estremi dell’intervallo di confidenza [$5,0\%$; $5,5\%$] e le soglie calcolate in base al coefficiente di variazione [$4,0\%$; $6,6\%$] per affinare la partizione.

Si conferma il maggiore consumo di frutta e ortaggi 5+ volte al di nelle regioni settentrionali e particolarmente del Nord-Est. Il Centro presenta in generale un andamento intermedio, insieme al Nord-Ovest, mentre tre regioni del Sud (Puglia, Basilicata e Calabria), sembrano consumare quantità inferiori.

Considerando il profilo alimentare regionale nel suo complesso, sembra esserci un andamento concorde tra

il “consumo giornaliero di 5+ porzioni di ortaggi e frutta” con i “formaggi assunti almeno una volta al giorno”, risulta invece discorde con “pane, pasta o riso (almeno 1 volta al giorno)”, “legumi in scatola” e “uova” (entrambi almeno qualche volta a settimana) più debole in senso positivo con i “dolci” almeno qualche volta a settimana e in senso negativo con salumi, pesce e snack qualche volta a settimana e frutta almeno una volta al giorno.

Un numero più elevato di correlazioni si è invece ottenuto considerando l’indicatore obiettivo e fattori che descrivono le modalità di consumo in termini di occasioni (pasti) e luoghi. Nel grafico 1 sono riportate le regioni in cui il valore relativo alla frequenza di consumo di “5+ porzioni di verdura, ortaggi o frutta al di” fosse molto differente dalla media nazionale, prendendo come soglie di riferimento il 1° e il 4° quinto della distribuzione dei valori regionali dell’indicatore obiettivo. Il grafico evidenzia un gradiente territoriale, nella relazione tra indicatore obiettivo e 4 indicatori rilevanti per valore della percentuale (pranzo in casa, pasto principale pranzo, pasto principale cena) o per la correlazione con l’indicatore obiettivo (pranzo in mensa).

Dove più si pranza in casa meno elevata è la percentuale di persone che consuma 5+ porzioni al di degli alimenti vegetali. Si potrebbe ipotizzare che l’obiettivo delle 5 porzioni di ortaggi e frutta è più facilmente raggiunto da coloro che mangiano fuori a pranzo per motivi di lavoro. Se questo sia dovuto alla maggiore facilità di ricordare le porzioni e/o, semplicemente, al fatto che ci si faciliti la vita consumando gli alimenti di più lunga preparazione fuori casa, dove si trovano già pronti, dovrebbe essere indagato a livello motivazionale.

Il fatto che le regioni in cui il legame (negativo) con il pranzo in casa sono pressoché le stesse (a parte il Veneto e la Sicilia) che si addensano negli estremi della distribuzione dell’indicatore obiettivo, rafforza l’idea che a livello macro ci sia un legame sia pure inverso.

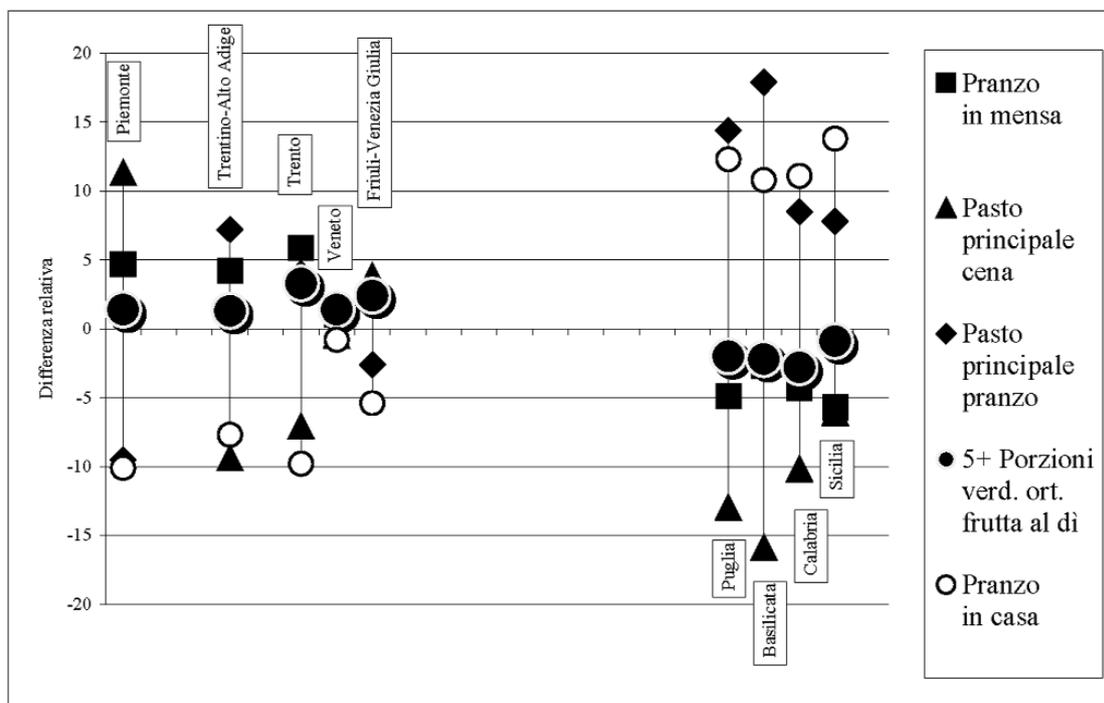
Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni e oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi per regione - Anno 2005

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all'indicatore obiettivo (r>0)				Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all'indicatore obiettivo (r<0)											
	Indicatore obiettivo				Verdure almeno una volta al giorno	Ortaggi almeno una volta al giorno	Formaggio almeno una volta al giorno	Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno	Salumi almeno qualche volta alla settimana	Pesce almeno qualche volta alla settimana	Frutta almeno una volta al giorno	Snack almeno qualche volta alla settimana	Pane, pasta, riso almeno una volta al giorno	Legumi in scatola almeno qualche volta alla settimana	Uova almeno qualche volta alla settimana	Porzioni di verdura ortaggi o frutta consumate al giorno
	5 e più porzioni															
Trento	61,7	49,7	41,3	8,6	62,7	44,3	73,1	16,4	84,9	45,1	51,3	18,0				
Friuli-Venezia Giulia	65,9	50,0	33,6	7,7	56,6	54,6	75,6	18,9	79,4	33,6	54,8	14,7				
Piemonte	60,5	51,2	32,2	6,7	52,3	50,3	77,7	19,0	85,1	30,6	57,5	13,8				
Veneto	58,9	48,0	31,7	6,7	57,6	51,6	72,4	24,1	86,9	32,7	49,1	18,2				
Trentino-Alto Adige	59,6	45,2	43,0	6,6	61,9	34,6	70,4	14,8	79,5	33,3	49,2	20,4				
Sardegna	46,5	42,8	36,4	6,4	58,1	56,9	78,3	24,6	82,1	43,3	54,3	15,9				
Campania	37,8	29,3	15,1	6,0	65,5	69,2	80,8	32,0	88,1	74,4	64,5	22,5				
Toscana	55,0	47,2	24,0	5,7	59,4	58,1	76,7	16,5	89,5	50,1	54,9	15,4				
Liguria	52,1	43,9	22,0	5,6	57,4	62,5	76,9	19,3	85,3	33,0	58,5	16,1				
Lazio	52,3	39,8	17,5	5,5	53,5	58,4	73,9	20,3	83,6	46,6	59,9	17,9				
Italia	48,9	40,8	25,5	5,3	61,7	58,8	77,3	23,8	87,1	46,9	57,6	18,8				
Emilia-Romagna	60,5	51,9	22,8	5,1	63,8	53,7	79,0	19,7	90,4	37,2	50,2	16,5				
Umbria	53,2	43,6	16,6	5,1	70,3	59,1	79,6	20,7	92,6	58,3	61,3	14,4				
Valle d'Aosta	48,9	42,9	41,6	4,9	57,6	48,1	69,6	21,1	84,6	33,1	54,7	17,4				
Lombardia	50,2	45,4	34,0	4,9	69,7	54,9	74,9	28,1	84,4	37,3	51,7	19,2				
Molise	34,8	33,1	20,9	4,7	63,1	64,3	83,9	29,4	92,6	58,9	64,4	19,8				
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>57,4</i>	<i>40,4</i>	<i>44,6</i>	<i>4,5</i>	<i>61,1</i>	<i>24,5</i>	<i>67,6</i>	<i>13,1</i>	<i>73,8</i>	<i>20,9</i>	<i>47,1</i>	<i>23,1</i>				
Marche	52,1	42,2	15,3	4,5	67,8	63,4	78,4	20,4	91,3	37,0	55,8	18,2				
Sicilia	35,5	24,7	23,1	4,4	63,7	68,1	78,4	25,1	93,9	53,9	70,6	22,9				
Abruzzo	39,3	39,5	18,6	4,3	62,2	60,3	81,5	23,4	91,4	55,5	64,7	21,8				
Puglia	35,7	33,1	24,1	3,3	59,0	64,7	82,5	25,9	84,2	62,6	59,5	20,3				
Basilicata	31,9	25,2	19,4	3,1	63,9	63,5	82,5	25,4	93,0	69,2	62,2	21,9				
Calabria	35,0	28,7	23,8	2,5	65,1	66,6	78,2	26,5	91,0	65,6	64,6	24,2				

*Calcolato in base al coefficiente di variazione che espresso in percentuale è pari al 25%.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo. "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005 (2).

Grafico 1 - Differenza relativa tra valore osservato nelle regioni e per l'Italia della proporzione di persone di 3 anni e oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di "5+ porzioni di ortaggi, verdura e frutta al dì" (Indicatore obiettivo" e 4 indicatori di stile alimentare. Le regioni sono state selezionate in base all'ordine di grandezza della differenza relativa, considerando le regioni per le quali il valore osservato risultava al di sotto del 1° quintile o al di sopra del 4° quintile - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo, "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005 (2).

Raccomandazioni di Osservasalute

La promozione del consumo di ortaggi, verdura e frutta resta ancora un importante obiettivo da raggiungere. La direzione dei dati è verso un aumento della percentuale di persone che consuma 5 e più porzioni al giorno, ma ancora estremamente bassa considerando che rappresenta un obiettivo di educazione alimentare.

L'approfondimento delle motivazioni e delle modalità di consumo è un altro punto che varrebbe la pena di approfondire per dettagliare meglio l'interpretazione dei risultati. La tipologia di dati qui trattata consente di tracciare i profili regionali, ma non permette di risalire alle motivazioni e alle modalità specifiche di consumo. Potrebbe, dunque, essere interessante studiare il fenomeno in questa direzione, analizzando tra l'altro le barriere sociali e personali che agiscono da ostacolo ad una sana alimentazione.

Ma tutto questo risulterà possibile quando sarà completamente realizzata la messa in rete dei diversi sistemi di sorveglianza. Infatti un punto importante per la promozione di salutari stili alimentari è quello del monitoraggio regolare, attitudine che le regioni italiane hanno acquisito da tempo (5), ma che per dare vita ad un sistema di sorveglianza nutrizionale richiede

tempo e investimenti. La messa in rete di risorse, ma soprattutto competenze e buone pratiche, sarà il contesto ideale per realizzare questi obiettivi. In questo contesto, il consumo fuori casa costituirà un punto centrale, visto che apparentemente è chi pranza fuori casa che più facilmente supera le 5+ porzioni di frutta e ortaggi. Sono già in atto progetti europei che studiano il settore e dai quali potranno emergere utili indicazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) EURODIET (2001): Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat (2007): "La vita quotidiana nel 2005". Indagine MULTISCOPO "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005. Informazioni, n. 4. Roma: Istat. pp. 58-61.
- (3) SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana (1996): Livelli di Assunzione Raccomandata in energia e nutrienti (LARN), Istituto Nazionale della Nutrizione (attualmente INRAN - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), Roma.
- (4) INRAN (2003): Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
- (5) Turrini A (2006): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2006, p. 30-31.

Le tabelle di composizione degli alimenti, genesi, problematiche, uso

Dott.ssa Aida Turrini, Dott.ssa Luisa Marletta

Contesto

Le tabelle di composizione degli alimenti sono uno strumento essenziale per stimare il valore nutrizionale di una dieta. Sono, infatti, usate dai dietisti e dai *software* sviluppati nel settore dietologico per il calcolo degli apporti nutrizionali ed energetici di una dieta, dalle imprese agro-industriali per l'etichettatura nutrizionale, e in modo estensivo dai ricercatori che studiano i consumi alimentari di una popolazione con finalità di analisi nutrizionale o di studi epidemiologici (1,2). Le stime possono essere ulteriormente utilizzate a fini di sorveglianza nutrizionale, ossia valutare l'adeguatezza della dieta di gruppi o dell'intera popolazione; formulare programmi di intervento informativo o educativo, inclusa la definizione di linee guida nutrizionali basate sugli alimenti (3,4). In Italia la preparazione e diffusione di tabelle di composizione degli alimenti è istituzionalmente demandata all'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che gestisce l'aggiornamento dei dati e la diffusione delle informazioni. L'ultima revisione pubblicata risale all'anno 2000 (5). Le tabelle di composizione degli alimenti prodotte rappresentano la base scientifica per l'organizzazione informatizzata di banche dati finalizzate alla elaborazione di dati per gli scopi sopra indicati. Nel caso delle indagini sui consumi alimentari e gli studi epidemiologici, il problema dell'adeguamento alle voci alimentari rilevate rappresenta un aspetto cruciale, poiché le tabelle di per sé non possono essere aggiornate in tempo reale rispetto alle esigenze dei ricercatori, fondamentalmente perché l'universo degli alimenti è in continua evoluzione in risposta all'esigenza di espansione del mercato da parte dei produttori e delle esigenze dei consumatori. Nasce allora il filone dei database sviluppati da utenti, che includono le fonti scientifiche (5) ma le completano sia in termini di voci alimentari e/o di nutrienti per fornire un prodotto in cui i dati mancanti (elemento cruciale dei database scientifici di partenza) siano assenti al fine di evitare sottostime artificiali nella valutazione dell'assunzione media giornaliera (6). Chiaramente, le procedure da adottare per questa integrazione devono essere accuratamente controllate per assicurare qualità e coerenza oltre che completezza. Nel caso di alimenti totalmente assenti si tratta di selezionare la voce più simile dalla fonte più attendibile, in base a criteri scientifici; in caso di dati mancanti all'interno di un alimento già inserito, si possono prendere a "prestito" i dati, ma deve essere controllata la coerenza con le informazioni preesistenti. Nel caso di alimenti multi-ingrediente di cui non sia stata stimata la composizione chimica dell'alimento in toto, si può utilizzare una procedura di calcolo basata su singoli ingredienti, la ricetta e le informazioni sulla preparazione. In complesso, esistono diversi strumenti di "compilazione" che possono essere usati a patto di seguire Linee Guida che garantiscano la qualità del dato prodotto (7).

Metodi

Una tabella di composizione degli alimenti è formata da un insieme di voci alimentari di cui sono stati determinati i valori medi di nutrienti. Una parte di nutrienti fornisce anche un apporto energetico (carboidrati, lipidi, proteine, alcool), le altre componenti riguardano minerali, vitamine e altri costituenti (es. colesterolo), oltre, naturalmente, all'acqua. Alcuni nutrienti sono anche riportati in termini delle frazioni che li compongono, ad esempio i lipidi sono presenti anche come acidi grassi, le proteine come aminoacidi, la fibra in frazione solubile e insolubile e così via. I valori medi sono calcolati a partire dai risultati di analisi chimiche di singoli campioni preparati *ad hoc* per valutare il contenuto medio di un insieme di nutrienti. Le tabelle sono anche corredate da numerose informazioni di approfondimento che aiutano l'interpretazione e la valutazione della qualità dei dati pubblicati. Tra queste la percentuale di alimento "edibile" permette di valutare quanta parte dell'alimento è effettivamente disponibile per essere ingerita. Le tabelle di composizione italiane sono, infatti, espresse per 100 gr di alimento edibile (5).

Lo sviluppo di dati di composizione richiede ricerca applicata a diversi livelli:

- *definizione* degli alimenti (prodotti, varietà, taglio, parte della pianta, trasformazione, trattamento, ecc.) e quali nutrienti, unità di misura, descrizione e denominazione, contesto geografico;
- *campionamento* (connesso anche alla definizione/descrizione);
- *metodologie* per il trattamento chimico;
- livello di *organizzazione informatica* (database): completezza, congruenza (motivi per completare i dati "prendendo in prestito i valori" o "calcolandoli");
- distribuzione e *istruzioni* per l'uso corretto;
- sistemi di *consultazione* e strumenti per l'uso in sistemi informatizzati;
- sistemi di *descrizione e codifica* che consentano una identificazione univoca dell'alimento e delle caratteristiche di interesse nutrizionale e la classificazione degli alimenti.

Greenfield e Southgate (2003) (7) hanno pubblicato la trattazione che costituisce il riferimento internazionale per chi produce, gestisce e usa dati di composizione degli alimenti.

Sviluppo della problematica

Ciascuno dei punti indicati come cruciali per lo sviluppo di tabelle di composizione degli alimenti costituisce un filone di ricerca in sé.

I programmi quadro della ricerca europea hanno cominciato a finanziare la messa in rete di competenze e risorse per lo sviluppo di banche dati nutrizionali (consumo e composizione) comparabili e compatibili sin dagli anni '90. Questo filone rappresentava allora il naturale proseguimento di attività messe in cantiere nel contesto dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) (8), applicato in seguito dalla *Food and Agriculture Organisation* (FAO) (9) che ha dato vita a diversi *networks*, tra i quali *Eurofoods* (2).

L'ulteriore sviluppo di questa rete ha portato all'approvazione dell'azione concertata FLAIR-*Eurofoods-enfant* da parte della Commissione Europea nell'ambito del IV programma quadro della ricerca (2). L'importanza della tematica e la necessità di far fronte a oggettive difficoltà nella definizione dei diversi elementi costitutivi hanno condotto a proseguire queste esperienze sviluppando progetti nei successivi V (COST99) e VI (EuroFIR), sempre tenendo conto che una delle finalità dell'interscambio di dati di composizione è l'utilizzo della loro forma computerizzata nell'elaborazione dei dati alimentari nel contesto della sorveglianza nutrizionale. Questo aspetto si ritrova nel lavoro del gruppo di esperti incaricato di definire le linee di un sistema di monitoraggio dei consumi alimentari in Europa, progetto denominato *European Food Consumption Survey Methods* (EFCOSUM) (10).

I progetti succedutisi nel tempo hanno condotto a definire meglio gli elementi costitutivi di un sistema informativo nutrizionale, mettendo a fuoco problematiche come la standardizzazione della descrizione e la codifica mirata all'aggregazione degli alimenti, entrambi essenziali per l'elaborazione dei dati alimentari, che inizialmente erano trattati congiuntamente, ma che concettualmente rispondono ad esigenze diverse. Il primo ha, infatti, a che fare con l'identificazione corretta di un alimento, primo passo per l'assegnazione di un dato di composizione (o in alcuni casi concentrazione), il secondo con la descrizione di un profilo di consumo alimentare (con i suoi apporti nutrizionali).

L'evoluzione della ricerca ha visto un affinamento dello schema concettuale, ma anche un ampliamento dello stesso con l'introduzione esplicita del riferimento a utenti e in generale soggetti interessati alle tabelle di composizione come elementi costitutivi del sistema informativo.

Uno sviluppo cruciale è l'uso delle tabelle di composizione per fornire elementi di analisi alla comunità scientifica (es. per la definizione dei limiti di salubrità degli apporti giornalieri, minimi, medi e massimi) e per formulare messaggi da comunicare al pubblico, che vanno dalla Linee Guida per una sana alimentazione, all'etichettatura nutrizionale e alle indicazioni relative alla salute.

In questo contesto, sarebbe altamente auspicabile la progettazione di un sistema di banche dati regionali per una rete italiana che consenta di valorizzare il ruolo dei prodotti tipici e dei piatti tradizionali locali utilizzati nella dieta. Tutto ciò ha costi elevati, come sempre per quel che riguarda il processo di preparazione e realizzazione dell'analisi chimica di alimenti, ma ragionando sull'ottimizzazione delle risorse esistenti, anche questo aspetto potrebbe senz'altro essere migliorato.

In particolare, si può proporre di sviluppare e agganciare un sistema di questo tipo al progetto PASSI (<http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp>) che rappresenta un riferimento logistico naturale per coloro che vogliono fare sorveglianza. A questo si aggiungerebbe l'esperienza pregressa nello sviluppo di sistemi di sorveglianza nutrizionale.

In Europa esistono già numerose banche dati di composizione sulle quali, attraverso la rete EuroFIR, si sta lavorando per creare un sistema validato disponibile *on line*. L'Italia è un paese ricchissimo per varietà di prodotti, basti pensare alla lista di oltre 4.000 alimenti tipici e l'elenco degli alimenti certificati Denominazione di Origine Protetta (DOP), Indicazione Geografica Protetta (IGP) e Specialità Tradizionale Garantita (STG) pubblicati sul sito del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali.

Discussione

Al di là delle questioni squisitamente scientifiche sulla validità dei dati di composizione che sono oggetto di una vasta letteratura di cui qui sono riportati alcuni recenti estratti, è importante la presenza associata di una accurata documentazione per consentire agli utenti di usare correttamente i valori riportati.

I prodotti a marchio di qualità rappresentano proprio un caso esemplare in questo contesto. La composizione nutrizionale è un elemento fondamentale per caratterizzare e valorizzare questa tipologia di alimenti, e questa può essere ottenuta con un piano di campionamento ed analisi chimica progettato con l'obiettivo di effettuare confronti tra prodotti, per così dire, "convenzionali" e prodotti "certificati". Nel progetto EuroFIR è stata avviata una sperimentazione dei protocolli da utilizzare per la selezione, la preparazione e l'analisi di 5 preparazioni tradizionali per ciascun paese partecipante. La definizione dei protocolli è centrale per massimizzare la

qualità dei dati minimizzando i costi che, usualmente, sono molto elevati per questo tipo di attività di ricerca. D'altro canto questi dati sono importanti, oltre che per ottenere corrette stime dell'assunzione di energia e nutrienti, anche per la tutela di coloro che scelgono di consumare i prodotti a marchio di qualità, in quanto percepiti come maggiormente garantiti in termini di qualità. Estendendolo a tutti i prodotti tipici si potrebbe ottenere un quadro notevolmente ricco di informazioni per valutare le diete in Italia.

Un punto su cui riflettere: probabilmente occorrerà coordinare in qualche modo anche le scelte di politica agro-industriale, poiché il prodotto primario ortofrutticolo sembra meno promosso a livello di tipologia in quanto solo 21 prodotti su 178 dei prodotti in tabella, appartengono alla categoria ortaggi e frutta. Il dato sembra indicare ancora di più la necessità di promuovere almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, specialmente in alcune regioni (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto) dove i prodotti con marchio di qualità vedono prevalere nettamente i derivati della carne e i formaggi, in quanto a numero di voci incluse.

Tabella 1 – *Alimenti Denominazione di Origine Protetta (DOP), Indicazione Geografica Protetta (IGP) e Specialità Tradizionale Garantita (STG) - Anno 2007*

Regioni	N	Ortofrutticoli e cereali	Carni	Prodotti della carne	Formaggi	Olio d'oliva	Altri prodotti
Piemonte	12	1	0	2	9	0	0
Valle d'Aosta	4	0	0	2	2	0	0
Lombardia	20	1	0	8	9	2	0
Trentino-Alto Adige	0	0	0	0	0	0	0
Bolzano-Bozen	3	1	0	1	1	0	0
Trento	7	1	1	0	4	1	0
Veneto	21	7	0	6	6	2	0
Friuli-Venezia Giulia	4	0	0	2	1	1	0
Liguria	2	1	0	0	0	1	0
Emilia-Romagna	25	6	1	10	3	2	3
Toscana	19	6	1	4	2	4	2
Umbria	6	1	1	2	1	1	0
Marche	8	2	1	3	1	1	0
Lazio	13	2	1	2	3	3	2
Abruzzo	8	2	1	1	0	3	1
Molise	4	0	1	1	1	1	0
Campania	14	8	1	0	2	3	0
Puglia	11	3	0	0	2	5	1
Basilicata	3	2	0	0	1	0	0
Calabria	10	1	0	4	1	3	1
Sicilia	15	7	0	0	2	6	0
Sardegna	5	0	1	0	3	1	0
Italia	178	21	10	48	54	40	10

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, Febbraio 2007.

<http://www.politicheagricole.it/ProdottiQualita/ProdottiDop/default.htm>.

Riferimenti bibliografici

- (1) Williamson C (a cura di) (2006): The Different Uses of Food Composition Databases. EuroFIR, Synthesis Report No.2 <http://www.eurofir.net/temp/2ndspsynthesisreport.pdf>.
- (2) Church S (2006): The History of European Food Composition Databases. Nutrition Bulletin 31 (1), 15–20 (Technical report sul sito <http://www.eurofir.net/temp/HistoryspofspFoodspDatabase.pdf>).
- (3) Leclercq C, Valsta L & Turrini A (2001): Food composition issues – implications for the development of food-based dietary guidelines, Public Health Nutrition, 4(2B), pp. 677-682.
- (4) Turrini A (2000): Conceptual framework of an integrated databases system for nutritional studies, Journal of Food Composition and Analysis, Vol. 13, No. 4, Aug 2000, pp. 585-595.
- (5) Carnovale E, Marletta L (a cura di) (2000): Tabelle di composizione degli alimenti. EDRA: Milano http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/tabelle_composizione_alimenti.
- (6) Salvini S, Parpinel M, Gnagnarella P, Maisonneuve P, Turrini A (a cura di) (1998): Banca Dati di Composizione degli Alimenti per Studi Epidemiologici in Italia. Milano: Istituto Europeo di Oncologia. Progetto finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. <http://www.ieo.it/bda>.
- (7) Greenfield H & Southgate DAT (2003): Food composition data: production, management and use. Second edition. Rome: FAO.
- (8) Klensin J.C., Feskanich D., Lin V., Truswell A.S. and Southgate D.A.T. (1989) Identification of food components for data interchange. Tokyo: United Nations University. <http://www.unu.edu/unupress/unupbooks/80734e/80734E00.htm>.
- (9) Truswell A.S., Bateson D.J., Madafiglio K.C., Pennington J.A.T., Rand W.M. and Klensin J.C. (1991) INFOODS guidelines for describing foods: a systematic approach to describing foods to facilitate international exchange of food composition data. Journal of Food Composition and Analysis 4: 18-38. <http://www.fao.org/wairdocs/AD069E/AD069E00.HTM>.
- (10) AA.VV. (2002): Supplement 2. European Journal of Clinical Nutrition. May 2002, Volume 56.

Guadagnare salute: una nuova strategia per la prevenzione

Dott. Donato Greco

Il programma “*Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*”, promosso dal Ministro della Salute ed approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007, nasce dall’esigenza di diffondere e facilitare l’assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, modificando quei fattori di rischio che causano un gran numero di morti premature per malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete e che, comunque, determinano una cattiva qualità della vita ed un notevole aumento delle spese sanitarie e sociali nel nostro paese.

Secondo i dati dell’OMS, infatti, l’86% delle morti ed il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono determinate da patologie croniche che hanno come minimo comune denominatore quattro principali fattori di rischio: fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica.

“*Guadagnare salute*” rappresenta, dunque, il primo documento programmatico finalizzato alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica, concordati fra Amministrazioni centrali e locali e organizzazioni non governative, che favorisce l’intersectorialità delle azioni di prevenzione. Obiettivo primario è agire sui quattro principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica), affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come “fenomeni sociali”. Importante è anche modificare l’ambiente di vita al fine di migliorare la salute ed eliminare disuguaglianze fra i cittadini e, al tempo stesso, continuare a garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Per raggiungere questi obiettivi, tuttavia, è necessario diffondere una nuova cultura della *salute*, a partire dagli individui, che devono diventare protagonisti e responsabili della propria qualità di vita. Altrettanto indispensabile è che il Governo, nella sua globalità, metta in campo ed attui delle strategie che sostengano e favoriscano le scelte di vita salutari di ogni persona.

Una delle novità del piano è, appunto, la sinergia di vari Ministeri per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare un’informazione univoca e completa e favorire la conoscenza dei progetti di diversi Ministeri ed Enti interessati realizzando una vera e propria *piattaforma nazionale della salute*.

È necessario, quindi, anche il coinvolgimento delle Amministrazioni regionali e locali, del servizio sanitario, del mondo della scuola, del mondo imprenditoriale e associativo: bisogna arrivare ad un’intersectorialità che ha come fine garantire a tutte le persone una miglior qualità della vita, ossia permetta di “*guadagnare salute*”.

Il programma si avvale anche di campagne informative che utilizzano tutti i moderni canali di comunicazione. L’informazione sarà basata sulla trasmissione di concetti e messaggi semplici ma incisivi in grado, con il tempo, di creare una “*assuefazione*” positiva e duratura.

La scuola dovrà rappresentare il luogo privilegiato per il coinvolgimento delle giovani generazioni attraverso interventi specifici. Ciò rende necessaria ed improcrastinabile la formazione e l’aggiornamento dei docenti sulle tematiche dell’educazione alla salute.

Anche i luoghi di lavoro saranno coinvolti nel Programma, attivando nuovi modelli e soluzioni organizzative che potranno influire positivamente sulle abitudini di vita delle persone, non solo in ambito lavorativo, ma in generale.

Facilitare le scelte salutari è, quindi, la sfida per il prossimo futuro. Occorre investire nella prevenzione, ma è necessario, soprattutto, far maturare nel paese un approccio rivoluzionario alla “*salute*”, che diventa così responsabilità di tutti e non solo del mondo sanitario.

Il Programma è già operativo: un primo segnale della volontà di concretezza è stata, il 3 maggio 2007, la firma di protocolli d’intesa tra il Ministro della Salute Livia Turco ed i rappresentanti di 22 organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell’associazionismo che si sono impegnate, nei loro rispettivi ambiti, a realizzare iniziative specifiche. È stata, quindi, costituita una “*Piattaforma Nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo*”, per il monitoraggio delle attività programmate e la definizione di nuovi obiettivi. Alla Piattaforma partecipano i rappresentanti delle Amministrazioni centrali e periferiche e le organizzazioni firmatarie dei protocolli d’intesa.

Le disuguaglianze sociali negli stili di vita

Dott.ssa Francesca Vannoni, Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Prof. Giuseppe Costa

I comportamenti pericolosi per la salute (alcol, disordini alimentari, sedentarietà) o la mancata protezione e prevenzione rappresentano uno dei meccanismi più influenti nella generazione delle disuguaglianze sociali nella salute (1).

L'assunzione di comportamenti insalubri rimanda al filone di studi sui determinanti psico-sociali, in cui le differenze negli stili di vita sono considerate il risultato dell'impatto differenziato nei diversi gruppi sociali dei cosiddetti fattori stressanti. Lo stress cronico, che nasce dallo squilibrio tra quanto si esige da una persona, quanta autonomia nelle scelte le venga concessa, quale ricompensa le spetti e di quanto supporto possa avvantaggiarsi, agisce sia direttamente su alcune patologie, sia indirettamente attivando, a scopo compensatorio, comportamenti e stili di vita che rappresentano un rischio per la salute. Nelle disuguaglianze per la salute, questo meccanismo sembra spiegare una quota piuttosto rilevante delle differenze osservate (1).

Inoltre gli stili di vita hanno un impatto sulla salute differito nel tempo e quindi segnalano il diverso rapporto con il rischio nei diversi gruppi sociali: i più istruiti, per esempio, avrebbero una maggiore fiducia nella capacità di governare gli eventi della propria vita e pertanto sarebbero più motivati a investire nella salute.

Dai dati delle indagini Multiscopo Istat emerge un profilo degli stili di vita per nulla incoraggiante: tutti i comportamenti più pericolosi per la salute presentano nel tempo una distribuzione che va nel segno di un approfondimento degli svantaggi a carico delle posizioni sociali più svantaggiate.

Sovrappeso e obesità

Il livello di istruzione sembra essere un fattore che, seppur con modalità ed intensità diverse per uomini e donne, svolge un ruolo importante nello sviluppo di un aumento o di una diminuzione indesiderata di peso. Se, infatti, per entrambi i sessi si osserva una prevalenza del sovrappeso e dell'obesità inversamente proporzionale al titolo di studio posseduto, questo indicatore di posizione sociale gioca un ruolo relativamente meno importante per gli uomini, per i quali lo scarto nella quota di obesi fra i meno istruiti è di circa due volte e mezza quella dei laureati (tabella 1). Le disuguaglianze sono molto più elevate per le donne: per quelle con la licenza elementare il rischio di essere obese aumenta di circa cinque volte rispetto alle laureate, mentre le più istruite sono maggiormente a rischio di essere sottopeso. All'aumentare dell'età cresce considerevolmente la quota di persone obese, soprattutto nel genere femminile. Ciò accade anche per le donne più istruite, per cui dopo i 45 anni le disuguaglianze sociali, che pure persistono (la quota di donne obese nelle laureate è circa un terzo rispetto a quella delle meno istruite), sono di intensità minore rispetto a quelle osservate nelle fasce di età più giovani. Sia negli uomini sia nelle donne le disuguaglianze sociali nel sovrappeso sono meno marcate rispetto a quelle registrate per l'obesità.

Dai dati dell'Indagine Multiscopo Istat sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" è risultato che nelle regioni meridionali il rischio di obesità infantile è risultato più elevato nelle famiglie che hanno giudicato come scarse o insufficienti le proprie risorse economiche (bambini di 6-13 anni obesi o in sovrappeso, OR = 1,18); al Nord è emersa una relazione inversa con il titolo di studio della madre (OR = 1,44, $p < 0,05$) (2).

Fattori genetici, comportamentali e ambientali concorrono nel determinare la condizione di sovrappeso o di obesità. L'obesità, ma anche l'eccessivo sottopeso, possono rappresentare un serio pericolo per lo stato di salute di un individuo. Questa relazione è evidente tra le donne meno istruite (soprattutto residenti nelle regioni meridionali), per le quali ad un'alta prevalenza di obesità fa riscontro l'alta diffusione di malattie cardiovascolari, del diabete e dell'artrosi (tabella 1).

Attività fisica e sportiva

Fra i fattori di rischio di natura comportamentale giocano un ruolo di primo piano l'assenza di attività fisica e sportiva e una scorretta alimentazione. Entrambi i comportamenti insalubri sono maggiormente diffusi fra le persone socio-economicamente sfavorite.

I meno istruiti di ambo i generi tendono infatti maggiormente rispetto alle persone con titolo di studio più elevato a non praticare attività fisica e sportiva (50% delle persone con la licenza elementare, contro il 36% di coloro che hanno la licenza media, il 27% dei diplomati e il 23% dei laureati) (3). All'aumentare dell'età cresce la tendenza a non praticare alcuna attività fisica o sportiva e si attenuano le disuguaglianze sociali rispetto a quelle osservate nella fascia di età 25-44 anni, dove c'è uno scarto molto elevato tra coloro che sono collocati agli estremi della scala sociale (68,8% dei meno istruiti contro il 19,7% dei laureati). Nonostante nella popolazione maschile l'inattività fisica sia meno diffusa rispetto a quella femminile, non si osservano differen-

ze di genere nella direzione e nella intensità delle disuguaglianze sociali in ragione del livello di istruzione in questo comportamento insalubre. Un quadro analogo emerge quando si guarda alle differenze per condizione e posizione nella professione, dato che sia per gli uomini sia per le donne l'inattività fisica o sportiva è maggiore fra i disoccupati (41,2% delle persone in cerca di nuova occupazione rispetto al 34,8% degli occupati) e, per le donne, soprattutto fra le casalinghe (58,5%). Nella popolazione lavorativa i più sfavoriti risultano gli operai e apprendisti (41,5% contro il 27,5% dei direttivi, quadri e impiegati e il 29,5% dei dirigenti, imprenditori e libero professionisti).

Nei giovani lo svolgimento regolare di attività fisica è risultato negativamente associato con il livello di soddisfazione per le risorse economiche familiari, oltre che con il livello di istruzione e la classe sociale dei genitori. Inoltre la sedentarietà è risultata più frequente tra i bambini e gli adolescenti con un solo genitore occupato (4).

Alimentazione

Dai dati delle Indagini Multiscopo 1993-2000 dell'Istat risulta un aumento del consumo di salumi, di pane, pasta e riso, di carne di maiale, di pesce, di uova e di latticini e una diminuzione nel consumo di frutta, sia negli imprenditori e libero professionisti sia negli operai ed assimilati. Questi due gruppi si differenziano nel consumo di verdura, che è in aumento nelle persone di classe media e invece in diminuzione negli operai, nei quali inoltre si osserva un aumento del consumo di carne bovina (5).

I dati più aggiornati del 2005 documentano che lo scarso consumo di frutta e verdura (una sola porzione al giorno di verdure, ortaggi o frutta) è lievemente più frequente fra i meno istruiti (19,5% delle persone con al più la licenza elementare contro il 15,3% dei laureati), senza rilevanti distinzioni di genere.

In più, gli uomini in cerca di nuova occupazione prestano meno attenzione rispetto agli occupati al consumo di sale e/o cibi salati (rispettivamente 47,9% e 54,4%). Fra coloro che sono attivi nel mercato del lavoro questo comportamento salutare è direttamente associato con la classe sociale (da 57,5% dei dirigenti, imprenditori, liberi professionisti e 56,4% dei direttivi, quadri, impiegati si scende al 50,7% degli operai e apprendisti). I disoccupati e le persone di classe operaia, infine, hanno una minore propensione a utilizzare sale arricchito di iodio: 20,5% degli uomini in cerca di nuova occupazione contro il 27,3% degli occupati, fra i quali i più sfavoriti sono gli operai e apprendisti (25,2% contro il 31,1% dei dirigenti, imprenditori, liberi professionisti e il 28,4% dei direttivi, quadri e impiegati) (6).

Un basso consumo di frutta e verdura è associato con un elevato livello di assunzione di energia e grassi, che sono ben conosciuti fattori di rischio di sovrappeso, malattie cardiovascolari e altri diffusi problemi di salute (7). Uno studio comparativo, in cui sono stati coinvolti nove Paesi Europei, ha messo in relazione il livello di disponibilità di verdure fresche con l'intensità delle disuguaglianze sociali nel consumo di questo gruppo di alimenti salutari (8). In Italia e Spagna, dove le verdure fresche sono reperibili tutto l'anno e a buon mercato, si è infatti registrata una più debole associazione del consumo giornaliero di verdura con il livello di istruzione, diversamente dai paesi dell'Europa centrale, settentrionale e orientale, dove le disuguaglianze sociali sono risultate più pronunciate e sistematiche, dato che le verdure fresche non fanno parte della dieta tradizionale e sono per lo più acquistabili occasionalmente e sono prodotti importati a prezzi molto elevati. La più uniforme distribuzione della dieta mediterranea nei paesi latini sembra contribuire alla minore intensità delle disuguaglianze sociali di mortalità per malattie cardiovascolari rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale.

Consumo di alcol

Il consumo giornaliero non moderato di alcol (che eccede 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo e 1-2 unità alcoliche per la donna) è più frequente negli uomini con basso titolo di studio (9) (per esempio bevono oltre mezzo litro di vino al giorno il 4,6% dei laureati, il 5,5% dei diplomati, il 7,8% degli uomini con la licenza media inferiore e il 14,5% di quelli con al più la licenza elementare (6)). I meno istruiti hanno anche una maggiore propensione a consumare alcolici fuori pasto. Nelle donne questo comportamento rischioso per la salute è invece più diffuso fra le più istruite (9).

La relazione diretta tra livello d'istruzione e consumo di alcool nella popolazione femminile si osserva in tutti i Paesi Europei che hanno partecipato ad uno studio comparativo (10). Per il consumo di alcol da parte degli uomini c'è invece una contrapposizione tra l'Italia e la Spagna da un lato e i paesi dell'Europa settentrionale dall'altro lato, dato che nei paesi nordici il consumo di alcool è maggiore fra i più istruiti. La diversa direzione e intensità delle disuguaglianze sociali nel consumo di alcol sembrano fornire un supporto diretto all'ipotesi che l'assunzione regolare apporti un contributo maggiore alle disuguaglianze sociali nella mortalità per malattie alcol correlate nei paesi dell'Europa meridionale.

Le disuguaglianze sociali nel consumo di alcol nella popolazione adulta sono preoccupanti anche per quanto

riguarda la trasmissione di modelli negativi alle nuove generazioni, dato che è stata riscontrata un'associazione tra l'abitudine al consumo non moderato di alcol da parte dei genitori e la propensione a bere bevande alcoliche nei giovani tra gli 11 e i 17 anni (9).

Raccomandazioni di Osservasalute

In conclusione, tutti questi fattori di rischio della salute sono solo moderatamente sensibili alle politiche di informazione e di educazione sanitaria, e comunque mostrano una particolare tendenza a concentrarsi nei gruppi più svantaggiati. Un'attenzione prioritaria dovrebbe essere riservata alla popolazione più giovane, dato che nell'infanzia e nell'adolescenza si strutturano dei comportamenti dannosi per la salute che vengono poi trasmessi nel corso della vita. Le disuguaglianze sociali nei giovani assumono quindi particolare rilievo anche in prospettiva di interventi mirati a contrastarli in considerazione dell'impatto che questi possono avere sugli stili di vita e sulla salute in età adulta.

Tabella 1 - Persone di 18 anni e oltre (per 100) per classe di età, titolo di studio, indice di massa corporea e sesso – Anno 2005

Classi di età	Titolo di studio	Indice di massa corporea								Totale	
		Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso		Obesi		M	F
		M	F	M	F	M	F	M	F		
18-24	Laurea	4,1	20,2	73,3	71,1	22,2	8,0	0,4	0,6	100	100
	Diploma superiore	1,0	15,8	79,1	75,7	18,4	7,5	1,4	1,0	100	100
	Licenza media	1,7	12,8	75,7	74,8	18,7	10,8	3,8	1,6	100	100
	Licenza elementare	-	5,4	59,7	89,1	25,7	0,9	14,5	4,6	100	100
	Totale	1,4	14,8	77,0	75,4	18,8	8,6	2,8	1,2	100	100
25-44	Laurea	0,5	11,5	67,4	78,0	28,7	8,8	3,3	1,8	100	100
	Diploma superiore	0,2	7,2	55,7	76,1	38,4	14,1	5,7	2,6	100	100
	Licenza media	0,3	4,0	47,9	68,4	42,6	21,2	9,2	6,4	100	100
	Licenza elementare	0,5	2,5	46,0	57,0	44,1	32,0	9,3	8,4	100	100
	Totale	0,3	6,4	53,1	72,4	39,4	17,0	7,2	4,3	100	100
45-64	Laurea	0,1	3,2	43,4	66,3	46,8	24,0	9,7	6,5	100	100
	Diploma superiore	0,1	3,4	37,1	60,1	53,5	26,1	9,4	10,3	100	100
	Licenza media	0,1	2,3	31,6	54,8	53,9	30,6	14,4	12,3	100	100
	Licenza elementare	0,2	1,6	27,5	39,9	53,2	37,7	19,1	20,8	100	100
	Totale	0,1	2,4	33,2	51,9	52,9	31,4	13,8	14,3	100	100
65 e oltre	Laurea	-	7,9	42,0	61,6	45,7	26,1	12,3	4,5	100	100
	Diploma superiore	-	4,4	35,6	51,8	52,6	31,4	11,8	12,4	100	100
	Licenza media	-	3,4	37,0	50,6	52,0	34,1	11,0	11,9	100	100
	Licenza elementare	-	2,9	35,4	40,8	49,5	40,6	15,1	15,7	100	100
	Totale	-	3,2	36,1	43,5	50,1	38,7	13,7	14,7	100	100
Totale	Laurea	0,4	9,2	56,6	73,4	36,5	14,2	6,4	3,3	100	100
	Diploma superiore	0,3	7,7	52,7	70,5	40,5	16,9	6,5	4,8	100	100
	Licenza media	0,4	4,1	44,5	62,2	44,6	25,0	10,5	8,6	100	100
	Licenza elementare	0,1	2,5	33,7	41,5	50,1	39,1	16,0	16,9	100	100
	Totale	0,3	5,1	45,7	59,0	43,9	26,2	10,1	9,7	100	100

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007.

Riferimenti bibliografici

- (1) Associazione Italiana di Epidemiologia. Manifesto per l'equità. <http://www.epidemiologia.it>.
- (2) Brescianini S., Gargiulo L., Gianicolo E. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. In: Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, atti del Convegno Istat, Roma 10-12 settembre 2002.
- (3) Morrone A., Ravioli M. "La pratica sportiva in Italia. Anno 2006", Istat, Statistiche in breve, Roma, 20 giugno 2007.
- (4) Vannoni F., Marinacci C., Costa G., Saraceno C., Negri N., Cardano M. Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata. In: Sabbadini L.L., Costa G. (ed.) Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, Istat, 2004.
- (5) Turrini A., De Carli A., D'Amicis A., Martinies S., Orsini S. Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani. In Informazione statistica e politiche per la promozione della salute, Atti convegno Istat, 10-12 settembre 2002.
- (6) Orsini S. (a cura di) La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2005, Roma, Istat, 2007.
- (7) Joffe M., Robertson A., The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union. Public Health Nutrition 2001; 4 (4): 893-901.
- (8) Prättälä R., Hakal S., Roos E. Socio-economic differences in the use of fresh vegetables in nine European countries (draft).
- (9) Adamo D., Orsini S. "L'uso e abuso di alcol in Italia", Istat, Statistiche in breve, Roma, 12 aprile 2007.
- (10) Kunst A., Shaap M. Socioeconomic inequalities in amount of alcohol consumption: different patterns in Spain and Italy compared to northern countries (draft).

Indagine conoscitiva sulla presenza delle Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI)

Dott.ssa Valeria Alfonsi, Dott. Fortunato Paolo D'Ancona, Dott.ssa Marta Ciofi degli Atti, Gruppo Interregionale malattie infettive e vaccinazioni

Le Anagrafi Vaccinali Informatizzate (AVI) costituiscono uno strumento di cruciale importanza per condurre le attività dei programmi di vaccinazione ed il loro monitoraggio. Esse, infatti, permettono sia di migliorare l'offerta alla popolazione target, identificando le persone da vaccinare e generando gli inviti, sia di valutare le coperture vaccinali. Quest'ultima funzione è particolarmente utile visto che le coperture vaccinali costituiscono, insieme alla frequenza degli eventi avversi a vaccino e delle malattie prevenibili, un indicatore essenziale dei programmi di vaccinazione.

Nel 2007, è stata condotta un'indagine sul livello di informatizzazione delle anagrafi vaccinali in Italia. Hanno aderito all'indagine tutte le regioni. I dati sono stati raccolti mediante un questionario conoscitivo somministrato nel febbraio 2007 ai 21 referenti regionali per le malattie infettive e vaccinazioni, inteso ad indagare sulla presenza e sull'eventuale struttura dell'anagrafe informatizzata a livello regionale e/o di ASL. È stata chiesta la modalità di archiviazione delle informazioni, il livello di condivisione dei dati fra le ASL e la regione, la modalità e la tempistica con cui l'anagrafe vaccinale viene aggiornata e le funzionalità dei software utilizzati. Riguardo alle coperture vaccinali è stata indagata la possibilità del loro calcolo, del denominatore utilizzato, il tipo (dato individuale o aggregato) e la frequenza di trasmissione verso la regione.

Nel giugno 2007, tutti i referenti sono stati contattati telefonicamente per verificare le informazioni fornite e per eventuali aggiornamenti a riguardo.

Dall'analisi dei dati, si evince che in 6 regioni (28,6%) (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Molise, Sardegna, Sicilia) nessuna ASL utilizza un'anagrafe informatizzata; in 5 (23,8%) tutte le ASL utilizzano lo stesso software; in altre 10 (47,6%) vi è un grado di informatizzazione dell'anagrafe vaccinale variabile con software differenti (range di informatizzazione 61,5%-100%) (cartogramma). In totale, 126 (70%) ASL hanno un'anagrafe vaccinale informatizzata, in 86 (68%) delle quali c'è un trasferimento dati per via informatica con l'anagrafe sanitaria o con quella comunale.

Dati individuali sullo stato vaccinale della popolazione target sono disponibili per l'intero territorio regionale in 5 regioni (tabella 1). In 9 regioni vengono archiviate nelle anagrafi vaccinali informatizzate tutte le vaccinazioni eseguite, anche se in 4 queste si riferiscono solo ad alcune coorti di nascita (tabella 1).

Anche se la diffusione delle anagrafi vaccinali sta aumentando nel tempo, è necessario migliorare il livello di informatizzazione, soprattutto nelle regioni del Sud, ed uniformare il tipo di dati raccolti.

Percentuale di ASL con Anagrafi Vaccinali Informatizzate per regione

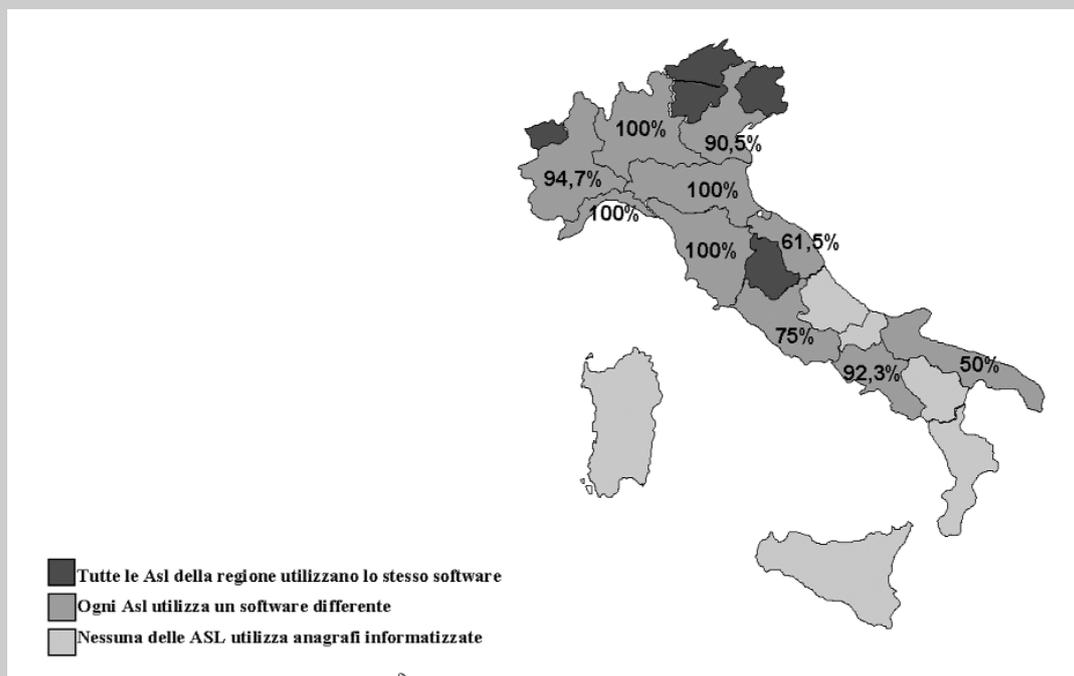


Tabella 1 - Caratteristiche delle anagrafi vaccinali informatizzate per alcune regioni

Regioni	Dati di copertura vaccinale trasmessi dalle ASL alle regioni (aggregati/individuali) (N e % di ASL)	Informazioni archiviate
Piemonte	aggregati	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Valle d'Aosta	individuali	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Lombardia	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Bolzano-Bozen	<i>individuali, condivisi in rete da tutte le ASL</i>	<i>Tutte le vaccinazioni, per tutte le età</i>
Trento	<i>individuali, condivisi in rete da tutte le ASL</i>	<i>Tutte le vaccinazioni, per tutte le età</i>
Veneto	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Friuli-Venezia Giulia	individuali, condivisi in rete da tutte le ASL	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Liguria	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per tutte le età
Emilia-Romagna	aggregati	Vaccinazioni previste dal calendario nazionale per l'infanzia
Toscana	aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Umbria	individuali, accessibili alla Regione	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Marche	aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita
Lazio	1 (8,4%) individuali 11 (91,6%) aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Campania	5 (38,5%) individuali 8 (61,5%) aggregati	Diverso per ciascuna ASL
Puglia	2 (33,4%) individuali 4 (66,6%) aggregati	Tutte le vaccinazioni, per alcune coorti di nascita

Gruppo Interregionale malattie infettive e vaccinazioni: Abruzzo, R. Cassiani; Basilicata, F. Locuratolo; P.A. Bolzano, G. Morosetti; Calabria, A. Zaccone; Campania, R. Pizzuti; Emilia-Romagna, A. C. Finarelli; Friuli-Venezia Giulia, T. Gallo; Lazio, F. Curtale; Liguria, R. Carloni; Lombardia, A. Pavan; Marche, G. Grilli; Molise, R. Patriarchi, L. A. D'Alò; Piemonte, A. Barale; Puglia, R. Prato; Sardegna, G. Rossi; Sicilia, S. Ciriminna; Toscana, E. Balocchini; P.A. Trento, V. Carraro; Umbria, A. Tosti; Valle d'Aosta, L. Sodano; Veneto, A. Ferro.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. Le vaccinazioni costituiscono un potente strumento di prevenzione nel campo della Sanità Pubblica. Raggiungere una copertura soddisfacente e riuscire ad eliminare alcune delle malattie prevenibili, come il morbillo o la rosolia, è uno degli obiettivi prioritari dei piani di prevenzione nazionale e regionali. La copertura vaccinale e la valutazione degli scostamenti dal raggiungimento degli obiettivi previsti è molto importante per fornire informazioni essenziali riguardo i programmi di immunizzazione intrapresi, sia in termini di adeguatezza sia di efficienza ed efficacia.

Nonostante l'evidenza sugli esiti importanti ottenuti con le vaccinazioni di massa (eradicazione del vaiolo) e la drastica riduzione, nel nostro paese, di malattie come la difterite e il tetano, le coperture vaccinali per alcune malattie sono ancora oggi disomogenee sul territorio.

In Italia le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B, Polio, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

Tasso di copertura vaccinale di bambini

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

Numeratore Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi

Denominatore Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati routinariamente dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), tramite un modello definito con la collaborazione della Commissione Ministeriale Vaccini. I tassi al 24° mese, per Morbillo, Parotite e Rosolia, si riferiscono ad una dose di MPR; questi tuttavia potrebbero risultare sotto-stimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000, nell'Obiettivo II "Contrastare le principali patologie", prevedeva il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Tali obiettivi vengono riconfermati nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

Descrizione dei risultati

Le coperture che riguardano la vaccinazione contro la

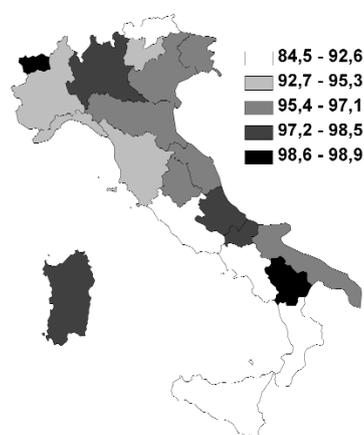
Tabella 1 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore ai 24 mesi per regione e tipologia di vaccino - Anno 2005

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,0	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle d'Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	98,3	98,2	98,1	93,0	97,4
Bolzano-Bozen	89,1	88,1	88,4	58,4	87,3
Trento	96,7	96,8	96,0	84,7	94,1
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli-Venezia Giulia	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
Marche	98,1	98,1	97,9	87,5	97,1
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	94,5	97,3	93,5	86,8	89,3
Puglia*	99,0	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna*	98,4	98,4	98,5	92,5	98,5
Italia	96,5	96,2	95,7	87,3	94,7

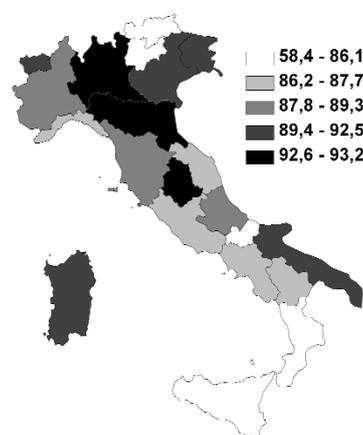
*Copertura indicata dalla regione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V - Malattie Infettive. Aggiornamento al 5 dicembre 2006.

Tassi di copertura vaccinale (per 100) per Hib e per regione. Anno 2005



Tassi di copertura vaccinale (per 100) per MPR e per regione. Anno 2005



Poliomielite, DT-DTP e HBV sono uniformemente distribuite su tutto il territorio italiano, con una media nazionale superiore al 95%, che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Rapporto Osservasalute 2006 pagg. 41-42); ci sono, però, regioni i cui valori sono ancora al di sotto degli obiettivi previsti (Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Campania e Sicilia). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non sono ancora ottimali (media nazionale 87,3%) e in confronto ai dati del 2003 si osserva una leggera riduzione della copertura (Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 41-42); nessuna regione ha raggiunto il 95%, obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Per quanto concerne l'Hib, negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura (anche se il valore risulta ancora sub-ottimale, con una media nazionale del 94,7%), probabil-

mente legato, come già osservato per la Pertosse, all'effetto trascinarsi che si è verificato con l'utilizzo di preparati vaccinali combinati con gli altri previsti nel primo anno di vita.

Confronto internazionale

Dai dati del Rapporto Unicef 2007, risulta che la copertura vaccinale per Polio e DT-DTP nei paesi industrializzati presenta valori non omogenei e spesso al di sotto del 95% (per esempio Stati Uniti, Regno Unito, Germania e Australia); l'Italia mostra valori sovrapponibili a quelli della Spagna (96%), mentre Francia e Paesi Bassi raggiungono una copertura vaccinale pari al 98%, valore più alto fra quelli osservati (tabelle 1 e 2).

Tabella 2 - Tassi di copertura vaccinale (per 100) di bambini di età inferiore a 12 mesi in alcuni paesi industrializzati per antigene - Anno 2005

Paesi	Poliomielite	DT - DTP	HBV
Australia	92	92	94
Canada	89	94	n.d.
Danimarca	93	93	n.d.
Francia	98	98	29
Germania	94	90	84
Grecia	87	88	88
Paesi Bassi	98	98	n.d.
Portogallo	93	93	94
Regno Unito	91	91	n.d.
Spagna	96	96	96
Stati Uniti d'America	92	96	92

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Rapporto UNICEF 2007. The United Nations Children's Fund (UNICEF). Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica. Attualmente in Italia la normativa vigente prevede un calendario vaccinale misto, comprendente vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tale normativa rappresenta uno specchio di esigenze sanitarie globali individuate da un organo sovranazionale, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 vengono confermati nel PSN 2006-2008 e prevedono il mantenimento di elevate coperture vaccinali e la promozione di interventi di recupero per le vaccinazioni per le quali non siano ancora stati raggiunti livelli di

copertura soddisfacenti. Contestualmente è opportuno che i genitori vengano informati correttamente sui rischi ed i benefici della vaccinazione, per favorire un'adesione consapevole al programma vaccinale, di cui spesso ne ignorano l'importanza in termini di tutela della salute sia dei loro bambini sia della collettività. Inoltre è necessario uniformare su tutto il territorio nazionale l'assetto organizzativo dell'offerta vaccinale alla popolazione, incentivando la collaborazione tra gli operatori delle ASL e i pediatri di famiglia e mettendo a disposizione un sistema informatico (anagrafi vaccinali) per la registrazione delle dosi somministrate e la tempestiva chiamata degli inadempienti.

Vaccinazioni raccomandate: le disuguaglianze sociali

Dott.ssa Luisa Mondo, Prof. Giuseppe Costa

Le vaccinazioni obbligatorie sono state introdotte in Italia, a partire dal 1939, con l'antidifterica per gli adulti. Il piano vaccinale, negli anni successivi, è stato integrato con i nuovi vaccini che man mano hanno mostrato la loro efficacia: antipoliomielitica (nel 1966), antitetanica (nel 1968), antiepatite virale B (nel 1991) ed esteso ai nuovi nati con l'obiettivo di offrire una copertura immunitaria a tutta la popolazione.

Con questa strategia lo Stato italiano ha garantito il diritto alla prevenzione primaria per le suddette patologie infettive facendosi carico sia dell'offerta del servizio che della sua distribuzione capillare su tutto il territorio nazionale. Accanto alle vaccinazioni obbligatorie, negli anni, ne sono state inserite alcune "facoltative" o "raccomandate" quali l'antipertosse, l'antimorbillo, l'antirosolia, l'antiparotite ed l'anti *Haemophilus influenzae*, tutte incluse tra i Livelli Essenziali di Assistenza e inserite nel vigente calendario nazionale delle vaccinazioni.

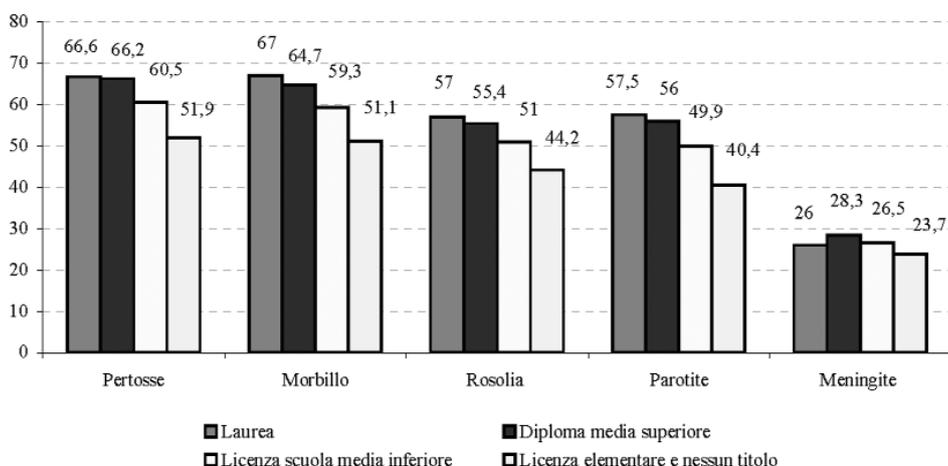
Dal punto di vista dell'adesione della popolazione ai programmi vaccinali, la coesistenza di immunizzazioni obbligatorie e raccomandate ha condotto ad un'errata interpretazione della loro utilità vista come certa per le prime e relativa per le seconde (1). Già nel 1995, il Consiglio Superiore di Sanità ravvisava l'opportunità di non considerare più le vaccinazioni come un'imposizione, ma, piuttosto, come una partecipazione consapevole della comunità ad una campagna di prevenzione primaria. Al momento, tale svolta non è ancora stata possibile in quanto i dati correnti non sono così incoraggianti: dal 1939 ad oggi, gli obiettivi di salute prefissati per un'efficace copertura vaccinale, sono stati raggiunti soltanto per le malattie sottoposte a vaccinazione obbligatoria mentre le altre sono scelte prevalentemente dalle persone maggiormente informate sulla loro utilità e quindi più motivate. Sull'argomento è in corso, da alcuni anni, un ampio dibattito scientifico, alcuni contributi in merito si possono leggere sul sito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (2).

Conferma di tale approccio arriva anche dall'analisi dei dati Istat raccolti nel corso dell'indagine "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000" (3): per i bambini di età inferiore ai 13 anni che vivono con la madre, l'esser stati sottoposti alle vaccinazioni non obbligatorie è strettamente influenzato dal titolo di studio della genitrice.

Così come illustrato nel grafico 1, per il vaccino antipertosse si passa da oltre il 66,6% di vaccinati tra i figli di laureate e diplomate al 52% tra i figli di donne in possesso di licenza elementare e nessun titolo.

Analogo andamento per i vaccini antimorbillo, antirosolia e antiparotite, mentre differenze minime si osservano nel caso della vaccinazione antimeningite.

Grafico 1 - Ricorso alle vaccinazioni facoltative tra bambini fino ai 13 anni di età che vivono con la madre, per tipo di vaccinazione non obbligatoria e titolo di studio della madre - Anni 1999-2000



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2007.

Riferimenti bibliografici

- (1) Giovanetti F. Vaccinare: un diritto, non un'imposizione. In <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/vaccinazioni/obbligo.asp>.
- (2) www.epicentro.iss.it.
- (3) Gianicolo E. Le vaccinazioni e le visite di prevenzione dei bambini e degli adolescenti. In Fattori di rischio e tutela della salute. Roma, Istat, 2002.

Screening per i tumori femminili e del colon retto

Premessa

Gli screening organizzati rappresentano un efficace strumento di prevenzione per i tumori del colon retto oltre che per quelli della mammella e del collo dell'utero.

Grazie al sostegno normativo della L. 138/2004 e sotto l'impulso del Centro di Controllo delle Malattie e dell'Osservatorio Nazionale Screening la loro diffusione in Italia va aumentando.

L'attività organizzata necessita di un monitoraggio delle attività. Questa avviene, a livello Nazionale, a cura dell'Osservatorio Nazionale Screening, attraverso i dati raccolti dalle *Survey* annuali del GISCi (Gruppo Italiano per lo Screening Citologico), del GisMa (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico) e del GISCoR (Gruppo Italiano Screening Coloretale) lo screening mediante l'utilizzo di set di indicatori di attività, di qualità e di efficacia.

L'Osservatorio Nazionale Screening pubblica annualmente i risultati dei programmi di screening.

Nel seguito, per le finalità del Rapporto Osservasalute, si ritiene utile riportare gli indicatori di estensione teorica ed effettiva, tratti dal Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening¹ e rinviando chi fosse interessato, alla lettura integrale della pubblicazione, disponibile sul sito internet <http://www.osservatorionazionale-screening.it>.

Questi indicatori sono infatti quelli più direttamente correlati alla diffusione ed alla distribuzione geografica delle attività; va comunque considerato che questi indicatori da soli, per quanto fondamentali, non esauriscono le esigenze conoscitive degli aspetti qualitativi, essenziali per un programma di screening.

Dai dati disponibili si rileva la persistenza di una diffusione non uniforme con evidenti differenze tra il Nord ed il Sud, peraltro già evidenziate in precedenza. Tre quarti delle donne italiane di 50-69 anni risiedono in zone in cui è attivo lo screening mammografico, tuttavia al Centro-Nord si supera il 90%, mentre al Sud ci si attesta intorno al 40%.

Inoltre la presenza di un programma di screening non implica la sua capacità di invitare completamente e con regolarità la popolazione. Questo obiettivo per essere raggiunto e mantenuto implica un robusto assetto organizzativo dei programmi.

“Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto” sono state recentemente pubblicate dal Ministero della Salute².

Tale documento pone, tra l'altro, l'accento sui requisiti organizzativi di un programma di screening ma anche sugli aspetti riguardanti il sistema informativo, formativo, valutativo e comunicativo.

A quest'ultimo, per la sua particolare importanza ai fini di una partecipazione consapevole derivata dalla conoscenza di vantaggi e limiti del sottoporsi a screening è dedicato un approfondimento.

¹Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

²Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione “Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto”. Novembre 2006.

Diffusione dei programmi di screening mammografico

Significato. L'attivazione dei programmi di screening per il tumore della mammella è raccomandata in Italia con programmi organizzati basati su invito attivo ed è richiesta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'Osservatorio Nazionale sugli Screening (ONS) raccoglie annualmente informazioni sullo stato di attuazione dei programmi in Italia e ne monitora

l'evoluzione attraverso le informazioni che pervengono dalle survey del GISMa che vengono effettuate ogni anno. La diffusione dei programmi di screening organizzato è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio.

Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato

Numeratore $\frac{\text{Donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato}}{\text{Popolazione femminile residente di 50-69 anni}} \times 100$

Denominatore

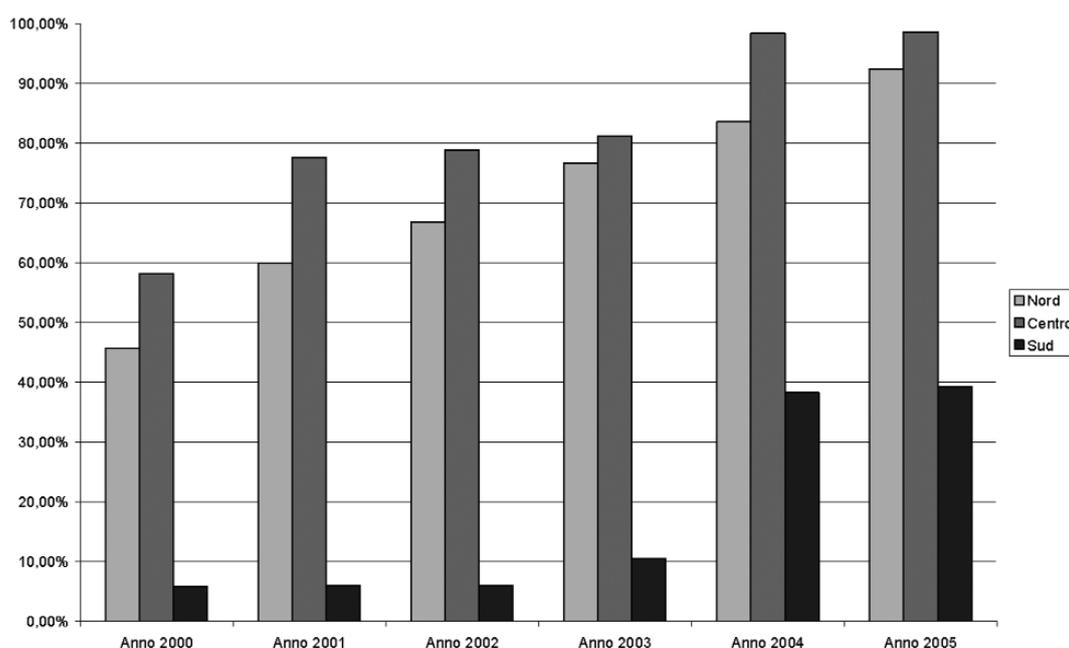
Validità e limiti. È un indicatore della diffusione dei programmi di screening. Fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che potenzialmente possono invitare le donne del loro territorio di competenza, ma non sulla effettiva attività di invito. Per questo motivo viene definito come "estensione teorica". L'attività di invito viene definita come "estensione effettiva" ed è rappresentata dalla proporzione di donne effettivamente invitate rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che, in ogni regione, la totalità delle donne nella fascia d'età 50-69 anni sia inserita in un programma di screening.

Descrizione dei risultati

L'indicatore è disponibile con dati consolidati per l'anno 2004 e con dati preliminari per l'anno 2005¹. I dati 2004 confermano che vi è stata una ulteriore espansione dei programmi di screening. Nel 2005 si assiste, sostanzialmente, al completamento dell'attivazione di tutto il Centro (estensione teorica: 98,6%)

Grafico 1 - Percentuale di donne in età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato* per ripartizione geografica – Anni 2000-2005



*Programmi attivati a fine anno.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

¹Giorgi D. et al. Lo screening mammografico in Italia: survey 2004 e dati preliminari 2005. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

ed il Nord (estensione teorica: 92,4%). Permane un forte squilibrio con il Sud che, dopo un rilevante spunto tra il 2003 ed il 2004, incrementa l'estensione dei propri programmi di screening solamente dal 38,3% (2004) al 39,3% (2005). Complessivamente, in Italia, l'estensione teorica che nel 2004 era del 71,9% passa nel 2005 al 76,4%. Nel 2003 lo stesso valore si attestava al 56,2%.

Il grafico 1 riporta l'andamento temporale degli ultimi anni distinto per grandi ripartizioni geografiche², invece, la tabella 1, estratta con modifiche dal Quinto Rapporto, riporta l'estensione teorica nelle regioni italiane nel 2004 e, seppur con dati provvisori, nel 2005.

Disporre di un programma attivo, non necessariamente significa regolarità e completezza degli inviti. L'estensione effettiva rappresenta il numero di donne

invitate da un programma di screening. Si riferisce quindi alla capacità organizzativa del programma di invitare tutta la popolazione target annuale. A fronte di un 71,9% di donne inserite in un programma di screening si ha una capacità effettiva di invito nel 2004, complessivamente del 52%, che parrebbe anche in lieve flessione sulla base dei dati preliminari 2005 (50,3%). Infatti, i dati del Quinto Rapporto, riportano che nel 2004 sono state invitate 1.867.489 donne di età 50-69 anni su circa 7.200.000. Questo significa che vi sono programmi non entrati ancora a regime oppure che non si riesce a mantenere un ritmo di attività sufficiente per invitare tutta la popolazione obiettivo ad effettuare lo screening ogni 2 anni. Programmi che invitino in un anno più della metà della popolazione obiettivo (da invitare in due anni) possono invece superare il 100% di estensione effettiva.

Tabella 1 - Percentuale di donne in età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico per regione - Anni 2004, 2005

Regioni	Estensione Teorica		Estensione Effettiva
	2004	2005	2005
Piemonte	100,0	100,0	68,4
Valle d'Aosta	100,0	100,0	81,6
Lombardia	84,9	95,5	69,7
Bolzano-Bozen	100,0	96,9	88,2
Trento	100,0	100,0	56,0
Veneto	82,8	86,3	64,5
Friuli-Venezia Giulia	n.d.	100,0	2,3*
Liguria	51,0	47,4	28,4
Emilia-Romagna	100,0	100,0	88,5
Toscana	100,0	100,0	82,7
Umbria	100,0	100,0	94,5
Marche	73,5	95,0	60,0
Lazio	100,0	98,4	44,2
Abruzzo	44,7	44,0	40,5
Molise	100,0	100,0	118,5
Campania	78,0	85,6	36,3
Puglia	n.d.	n.d.	n.d.
Basilicata	100,0	100,0	78,6
Calabria	4,8	n.d.	n.d.
Sicilia	40,2	38,2	15,8
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	71,9	76,4	50,3

n.d. = non disponibile.

*Programma attivato a fine 2005.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

I programmi di screening mammografico del Centro e del Nord raggiungono la quasi completezza dell'estensione teorica. Per i programmi del Sud è evidente un incremento tra il 2003 ed il 2004, ma i primi dati del 2005 evidenziano un rallentamento della velocità di crescita. Il divario geografico tra Nord-Centro e Sud-Isole resta ampio. Si confermano le raccomandazioni già espresse in precedenti edizioni di questo

rapporto: l'omogeneità territoriale dell'offerta dei programmi di screening sul territorio nazionale è certamente obiettivo da perseguire unitamente al consolidamento delle attività. È opportuno che sia garantito sul territorio lo sviluppo dello screening mammografico nelle aree dove stenta ad avviarsi e che, laddove i programmi organizzati siano già avviati, questi raggiungano e mantengano la piena attività di invito.

²Giordano L. et al. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2004 In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Diffusione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino

Significato. Lo screening citologico per il tumore del collo dell'utero permette la diagnosi di lesioni pre-invasive e/o invasive consentendo di interrompere il corso naturale dello sviluppo del cancro prevenendo la pro-

gressione a stadi più avanzati. Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per il tumore del collo dell'utero che coprano la popolazione obiettivo femminile.

Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato

Numeratore	Donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato	x 100
Denominatore	Popolazione femminile residente di 25-64 anni	

Validità e limiti. L'indicatore è riferito alla diffusione dei programmi attivi, cioè alla proporzione di donne che risiedono in un territorio nel quale è attivo un programma di screening, cioè che abbia effettuato inviti nel 2005. Fornisce informazioni rispetto alla diffusione dei programmi, ma non rispetto alla capacità del programma di invitare completamente e regolarmente la popolazione obiettivo.

Valore di riferimento/Benchmark. Tutte le donne in età 25-64 anni dovrebbero essere inserite in un programma organizzato di screening per il tumore del collo dell'utero.

Descrizione dei risultati

Sono stati pubblicati sul Quinto Rapporto dell'ONS i risultati della *survey* GISCI relativa ai programmi attivi in Italia nel 2005, comprensiva dei programmi che avevano realizzato almeno 1.000 inviti¹. La popolazione obiettivo a cui si rivolgono i programmi organizzati ha avuto un incremento di circa 760.000 unità e si assesta a 10.969.571 donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. Tale quota è pari al 66,7% della popolazione femminile italiana nella stessa fascia d'età (era 63,6% l'anno precedente). L'analisi per ripartizioni geografiche evidenzia rispetto alla fine del 2004 un passaggio dal 66,4% al 68,8% al Nord, dal 82,6% al 91,2% al Centro e dal 49,1% al 50,2% al Sud. L'incremento precedentemente

rilevato, in particolare tra le regioni del Sud, tra il 2003 ed il 2004 che aveva portato il valore dell'indicatore da 29,5% a 49,1% diviene, nel 2005, meno evidente. Il Quinto Rapporto dell'ONS riporta che nel 2005, erano 13 le regioni o le Province Autonome che includevano nella propria popolazione di riferimento tutte le residenti di età compresa tra 25 e 64 anni.

Le regioni che avevano comunicato di avere programmi di screening attivi all'inizio del 2005 sono state classificate in base alla tipologia di attivazione. Alcune regioni avevano un programma regionale unico, destinato a tutta la popolazione obiettivo, in altre il programma regionale comprendeva programmi locali; sono state considerate ad attivazione totale quelle che includevano in programmi attivi tutta la popolazione obiettivo regionale. Per le regioni ad attivazione parziale, che hanno inviato dati, è stato calcolato il rapporto tra la popolazione obiettivo del programma (o dei programmi della stessa regione) e la popolazione residente nella regione nella stessa fascia d'età².

Lo standard della proporzione di donne da invitare, per uno screening a regime, dato il periodismo triennale raccomandato per l'esecuzione del Pap-Test, corrisponde ad un terzo della popolazione obiettivo (33,3%). Complessivamente, i programmi italiani sono stati in grado di invitare il 24,8% della popolazione obiettivo con un lieve calo rispetto alla rilevazione precedente (27,2%).

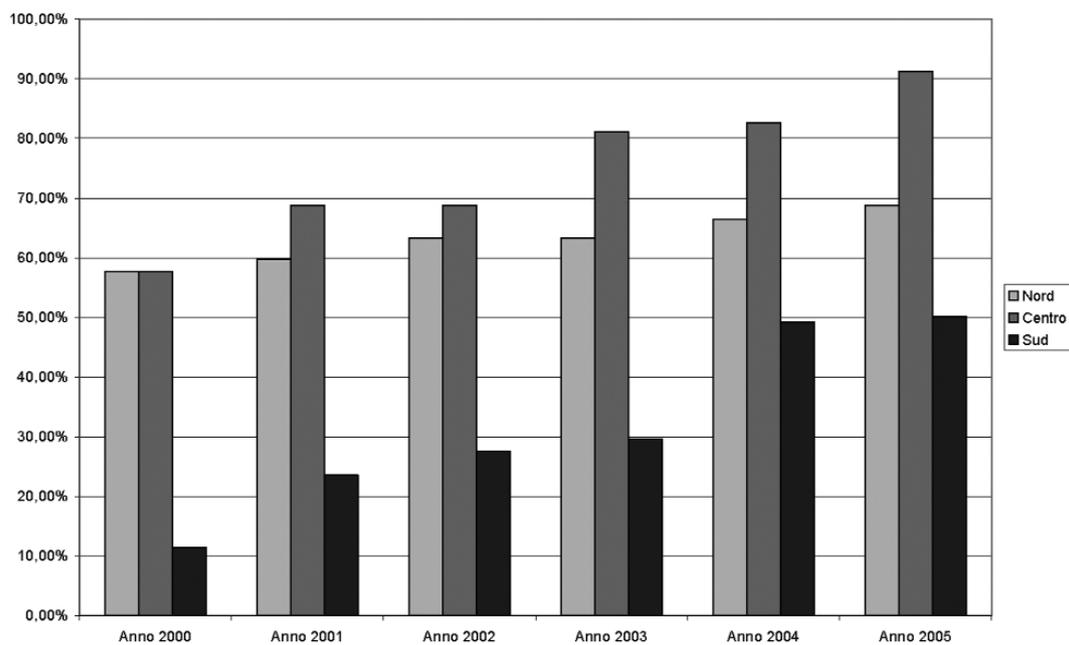
Tabella 1 - Livello di attivazione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino

Programma regionale unico	Programma regionale ad attivazione totale	Programma regionale ad attivazione parziale
Valle d'Aosta	Piemonte	Campania (92,7%)
Bolzano-Bozen	Veneto	Lazio (79,2%)
Trento	Emilia-Romagna	Sicilia (59,9%)
Friuli-Venezia Giulia	Toscana	Sardegna (29,9%)
Molise	Umbria	Lombardia (29,7%)
Basilicata	Abruzzo	Calabria (9,7%)
	Marche	

¹Ronco G. et al. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening cervicale in Italia. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

²<http://www.demo.istat.it>.

Grafico 1 - Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per ripartizione geografica - Anni 2000-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Quinto Rapporto. Novembre 2006.

Diffusione dei programmi di screening per il tumore del colon retto

Nel corso degli ultimi anni sono state avviate in Italia varie iniziative di screening del carcinoma del colon-retto e l'espansione dell'offerta di interventi di screening per questi tumori ha avuto un forte impulso a seguito dell'approvazione della legge 138 del 2004: mentre alla fine del 2004 risultavano attivi in Italia 18 programmi di screening, questo numero era salito a 52 alla fine del 2005. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella legge prevede che tutte le regioni italiane attivino programmi di screening dei tumori coloretali in grado di coprire almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007.

I test di screening proposti nell'ambito di programmi di screening di popolazione sono il test per la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e la sigmoidoscopia (FS). Non viene raccomandato un unico modello di intervento da estendere all'intero territorio nazionale, ma si indica come obiettivo da perseguire in modo coordinato a livello nazionale la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening.

Percentuale di persone nella fascia di età bersaglio inserite in un programma di screening coloretale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone nella fascia di età bersaglio inserite in un programma organizzato di screening coloretale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente in età bersaglio}} \times 100$$

*Per i programmi che utilizzano la FS:

- la popolazione bersaglio è costituita ogni anno dalla coorte di nascita dei 58enni (Piemonte) o 60enni (Veneto). In questi programmi è inoltre previsto l'invito ad effettuare il FOBT biennale a tutti i soggetti di età compresa tra 59 e 69 anni al momento dell'avvio del programma con FS. In Piemonte è inoltre prevista la possibilità di scegliere lo screening con FOBT biennale per i soggetti che rifiutano la FS.

Per i programmi che utilizzano il FOBT:

- la popolazione bersaglio è costituita ogni anno dal 50% della popolazione di età compresa tra 50 e 69 anni.

Validità e limiti. L'estensione teorica è un indicatore della diffusione dei programmi. Fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che potenzialmente possono invitare gli assistiti del loro territorio di competenza, ma non sulla effettiva attività di invito.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità della popolazione italiana nella fascia d'età bersaglio sia inserita in un programma di screening organizzato, date le premesse organizzative ed economiche e rispettando quanto disposto dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Gruppo Italiano Screening dei tumori ColoRettali (GISCoR) ha avviato un progetto per la definizione di indicatori per il monitoraggio dell'attività e della qualità dei programmi, che ha condotto alla produzione di un manuale in fase di pubblicazione. Sono disponibili dati relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi, raccolti nella survey sull'attività del 2005, pubblicata nel Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (1).

Estensione Teorica

Significato. È la percentuale di persone interessate da programmi di screening dei tumori coloretali rispetto alla popolazione nella fascia d'età bersaglio dei programmi*. Nella estensione teorica viene considerata come popolazione di riferimento la popolazione a cui è rivolto il programma di screening, cioè la popolazione residente nel territorio su cui insiste il programma. I curatori di questa parte del rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening chiamano "estensione teorica" degli screening questo indicatore.

Descrizione dei risultati

I risultati dell'indagine nazionale (1) condotta dal Gruppo Italiano Screening tumori ColoRettali (GISCoR) indicavano che alla fine del 2005 il 31,6% della popolazione italiana di età compresa tra 50-69 anni era residente in aree coperte da un programma di screening (48,9% al Nord, 34,6% al Centro e 4,4% al Sud). Si stima che la proporzione di soggetti inclusi nella popolazione bersaglio dei programmi che ha effettivamente ricevuto un invito sia di circa il 57% per i programmi che utilizzano il FOBT e il 61% per quelli che utilizzano la FS.

Oltre ai programmi regionali di Toscana, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Basilicata, sono stati avviati nel 2006 i programmi della Valle d'Aosta e dell'Umbria; sono stati inoltre avviati programmi in quasi tutte le ASL della Lombardia e in alcune aree della Campania.

La comunicazione nei programmi organizzati di screening oncologico

Dott.ssa Livia Giordano, Dott.ssa Roberta Castagno, Dott.ssa Laura Murianni

Negli ultimi anni gli operatori di programmi organizzati di screening per i tumori hanno iniziato a dare più importanza ad alcuni aspetti del processo quali quelli inerenti le modalità comunicative ed informative. È ormai ampiamente condiviso dal personale di screening il concetto che una comunicazione di buona qualità è alla base di un buon programma di screening (1) e che questa qualità debba essere attentamente valutata tanto quanto quella tecnica ed organizzativa dei programmi stessi. In un contesto di screening organizzato rivolto alla popolazione al fine di diagnosticare precocemente una neoplasia, la comunicazione è un processo complesso che coinvolge canali diversi (dalle relazioni personali e telefoniche, i materiali informativi, fino ai mass media), ma anche momenti e individui diversi.

Mentre negli anni in cui i primi programmi di screening organizzato venivano offerti in modo sistematico all'utenza le modalità informative erano essenzialmente caratterizzate da un'enfatizzazione degli aspetti positivi della prevenzione (2, 3), recentemente, alla luce dei nuovi sviluppi nell'etica medica e del nuovo ruolo del paziente rispetto alla figura sanitaria, è emerso che l'obiettivo da raggiungere non è più un'adesione 'ad ogni costo' ma piuttosto una 'partecipazione' consapevole (4).

Questo cambiamento di prospettiva è legato non solo ad aspetti etici, ma anche ad aspetti legati a stati psicologici (5) che influiscono sulla buona riuscita di un programma di screening sotto diversi punti di vista: di efficacia, di organizzazione (6) e di costo.

Se da una parte la comunicazione negli screening è finalizzata ad aumentare la conoscenza e a promuovere cambiamenti nei comportamenti e negli atteggiamenti degli individui, favorendo il ricorso agli screening stessi, dall'altra parte questa informazione deve essere corretta e completa, includendo i benefici ma anche i possibili rischi ed effetti negativi dell'intervento proposto (7-9).

Nella pratica la comunicazione dei limiti e degli svantaggi dello screening si rivela molto complessa, in quanto occorre tener conto sia dell'incertezza e della disponibilità di tante informazioni (talvolta diverse e contrastanti tra loro), che della difficoltà ad affrontare e rendere comprensibili concetti non facili come la sensibilità e specificità del test, la possibilità di sovra-diagnosi e di cancri intervallo, l'introduzione di nuove tecnologie. Il percorso di screening è un percorso a più livelli, che richiedono approfondimenti e complessità conoscitive diverse. Mentre alcune informazioni di Sanità Pubblica, legate alla prevenzione, possono essere diffuse più genericamente a tutta la popolazione (alimentazione, attività fisica etc..) altre, come quelle sugli screening oncologici, sono più specifiche per una popolazione target e devono essere chiare sin dalla prima comunicazione "individuale" che di solito avviene attraverso una lettera di invito; altre ancora, per evitare una ridondanza di informazioni, possono essere disponibili solo su richiesta per chi ne sente l'esigenza o solo se ci si trova in una determinata fase del percorso del programma di screening come ad esempio quando si viene invitati ad effettuare degli approfondimenti diagnostici o un intervento terapeutico (9).

Al fine di pianificare una corretta strategia comunicativa con l'utenza, i programmi di screening devono innanzitutto chiarire gli scopi, definire gli obiettivi della comunicazione e individuare gli strumenti relativi al monitoraggio e alla valutazione dei risultati, tenendo conto dei diversi fattori contestuali capaci di interferire con il processo di comunicazione stesso. Quindi innanzitutto per sviluppare i messaggi ed individuare i canali di comunicazione più adeguati è importante effettuare a priori un'attenta analisi del contesto di riferimento in termini socio-culturali ed economici, dell'audience (bisogni informativi, eventuali miti o disinformazioni, livello di consapevolezza del problema, paure, ecc) a cui gli operatori di screening intendono rivolgersi. Il target di riferimento dello screening non è rappresentato da un singolo individuo malato ma da una popolazione asintomatica, composta per valori, cultura, interessi. Di tutto ciò bisogna tenerne conto per instaurare una relazione efficace con l'utenza. Considerando inoltre l'ampia varietà di canali di comunicazione a disposizione dell'utenza (da quelli interpersonali: assistenti ed educatori, medici, fino ai mass media), è indispensabile selezionare i più appropriati per raggiungere correttamente la popolazione bersaglio (9,10), analizzando quindi tutti gli strumenti e le possibili strategie da adottare per raggiungere l'obiettivo.

Come recentemente ribadito anche in alcuni documenti europei sull'argomento (9), le informazioni sullo screening per essere efficaci devono essere accessibili, corrette, complete, comprensibili e con vari livelli di approfondimento, attuate secondo un piano di promozione/educazione e strettamente monitorate sia nella loro diffusione che nel loro impatto sull'audience. Per questo motivo si sta lavorando molto, sia a livello nazionale che internazionale, su come misurare l'efficacia delle scelte comunicative e su come applicare correttamente criteri di qualità della comunicazione, elaborando approcci che implicino la collaborazione anche con contesti disciplinari diversi dalla medicina, come la psicologia ed il settore delle scienze politico-sociali.

Negli ultimi anni molti programmi di screening organizzati italiani hanno previsto dapprima corsi sulla comunicazione, e poi corsi di comunicazione, meno teorici ma in grado di coinvolgere maggiormente gli operatori, e permettere loro un percorso di crescita personale al fine di migliorare le loro capacità relazionali con l'utenza. Spesso sono gli operatori stessi a richiedere più spazio e tempo per vivere la relazione con l'utente, soprattutto durante le prime fasi della procedura di screening e soprattutto in quelle più critiche della diagnosi positiva o dell'avvio del percorso diagnostico-terapeutico.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) che ha tra i suoi obiettivi principali quello di promuovere la qualità della comunicazione, si è fatto promotore, nel 2003, della nascita del Gruppo di Lavoro Interscreening sulla comunicazione (GDLIS). Questo gruppo raccoglie operatori già attivi nei Gruppi di lavoro sulla comunicazione presenti nel GISMa, GISCi e GISCoR e discute e propone le strategie per aumentare la qualità della comunicazione negli screening, con il contributo delle esperienze pratiche maturate nelle diverse realtà locali e con il supporto degli studi di tipo teorico.

Gli obiettivi principali del GDLIS sono (www.osservatorionazionalescreening.it):

- riunire operatori che nel corso degli anni hanno maturato, ciascuno nelle singole associazioni, esperienze e saperi sul tema della comunicazione;
- arricchire e diffondere quanto prodotto nei diversi screening su questi temi;
- offrire occasioni di condivisione e confronto con continuità di azione e visibilità a livello nazionale, a coloro che lavorano nel campo della comunicazione e a ciò che producono;
- supportare con maggiore efficacia le associazioni e le regioni e, tramite queste, i singoli programmi e gli operatori nell'avviare con l'utenza un percorso informativo/comunicativo corretto;
- costituire un interlocutore costante per l'Osservatorio Nazionale Screening nello sviluppo del suo ruolo istituzionale in riferimento alla comunicazione.

Il GDLIS si riunisce periodicamente e, a partire dal 2005, ha collaborato all'organizzazione di alcuni convegni specifici su questo tema, identificando e sviluppando alcune emergenti linee di lavoro nell'ambito dello sviluppo e valutazione delle azioni volte a promuovere la partecipazione allo screening presso fasce deboli della popolazione (ad esempio le popolazioni immigrate), nello sviluppo di una maggiore capacità di indirizzo rispetto al tema delle capacità relazionali, supportando le associazioni GISMa, GISCi, GISCoR rispetto a specifiche emergenze comunicative ed ancora relativamente ai temi legati alle nuove tecnologie (come ad esempio il test e vaccino per l'HPV).

Riferimenti bibliografici

- (1) Irwig L, McCaffery K, Salkeld G and Bossuyt P Informed choice for screening: implications for evaluation. *BMJ* 2006; 332: 1.148-1.150.
- (2) Giordano L, Rowinski M, Gaudenzi G, Segnan N. What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women? *Eur J Public Health* 2005; 15: 66-9.
- (3) Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. (2007) Educational inequalities in utilization of preventive services among elderly in Europe. in *Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report*, Erasmus MC, Rotterdam, pp. 483-499.
- (4) Segnan N, Armaroli P. Compliance, conscious participation, and informed consent in tumor screening programs. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 387-91.
- (5) R B Jones, J Pearson, A J Cawsey, D Bental, A Barrett, J White, C A White, and W H Gilmour. Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial. *BMJ* 2006; 332: 942-948.
- (6) Murianni L, Volpe M, Ricciardi G. Mammography screening programmes for breast cancer in Italy: organisation models and organisational effectiveness assessment. *Atti 2nd Annual Meeting "Bringing HTA into practice"*. Rome, 20th-22nd June 2005. *Italian J Public Health* 2005; 2, 2: 193.
- (7) Coulter A. Patient-centered decision-making: empowering women to make informed choices. *Women Health Issues* 2001; 11 (4): 325-30.
- (8) Thornton H, Edwards A, Baum M. Women need better information about routine mammography. *BMJ* 2003; 327 (7406): 101-3.
- (9) Giordano L, Webster P, Segnan N, Austoker J. Guidance on breast screening communication in: Perry N, Broeders M, de Wolf C. et al *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – European Commission, Fourth Edition* 2006; pag. 379-394.
- (10) Screening e processo comunicativo in: "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto", Ministero della Salute 2006.

Diagnosi precoce per i tumori di mammella, collo dell'utero e colon retto: i risultati dell'indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), 2005

Dott.ssa Tolinda Gallo, Dott.ssa Nancy Binkin, Dott. Sandro Baldissera, Dott.ssa Nicoletta Bertozzi, Dott.ssa Carla Bietta, Dott.ssa Giovanna V. De Giacomi, Dott. Pirous Fateh Moghadam, Dott. Alberto Perra, Dott.ssa Paola Scardetta, Dott. Francesco Sconza, Dott. Massimo Oddone Trinito

Introduzione

I fattori di rischio comportamentali (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta, sedentarietà, ecc.) svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche, responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità nei Paesi Europei. Per contrastare la diffusione delle malattie croniche i sistemi sanitari stanno approntando articolati programmi preventivi, la cui valutazione richiede adeguati sistemi di monitoraggio.

A tal fine nel 2004 il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e le regioni partecipanti al progetto Mattoni per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario hanno dato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'incarico di sperimentare metodi e procedure nella prospettiva di una successiva messa a regime di un sistema di sorveglianza continuo, sui fattori comportamentali di rischio e sulla diffusione delle misure di prevenzione, analogo a quello già realizzata in altri paesi, come USA e Australia.

Sulle attività di diagnosi precoce oncologica esistono molte fonti informative (*survey* dell'Osservatorio Nazionale Screening, analisi degli archivi delle prestazioni ambulatoriali regionali o indagini campionarie come la Multiscopo Istat), tuttavia sono necessarie più informazioni a livello regionale e locale per migliorare la lettura della copertura e del target dei programmi di screening.

Per questo motivo nell'ambito dello studio PASSI 2005, sono state raccolte anche informazioni sulle conoscenze e le attitudini dei cittadini coinvolti e sui fattori associati all'adesione alle Linee Guida nazionali sugli screening.

Metodi

Lo studio PASSI 2005 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un'indagine trasversale di prevalenza su stili di vita e interventi preventivi, realizzata mediante interviste telefoniche a un campione di cittadini di 18-69 anni, estratto con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti delle 123 ASL partecipanti allo studio. Complessivamente sono state intervistate 15.890 persone, di tutte le regioni italiane (1).

La quasi totalità delle ASL di 14 regioni ha effettuato un campionamento aziendale di 200 persone; nelle rimanenti regioni hanno partecipato solo alcune ASL con il medesimo campionamento di 200 interviste. La disponibilità di un recapito telefonico era un criterio necessario per l'inclusione nella popolazione indagata. Se la persona campionata rifiutava l'intervista o non era rintracciata dopo almeno 3 telefonate in orari diversi, veniva sostituita da una persona dello stesso sesso e dello stesso gruppo d'età (18-34 anni; 35-49 anni; 50-69 anni), scelta da una lista appositamente predisposta per i rimpiazzati. Prima delle interviste, i cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale sono stati avvisati dell'indagine tramite una lettera personale informativa da parte dell'ASL.

Dopo aver ottenuto il consenso verbale, l'intervista è stata generalmente effettuata da assistenti sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione utilizzando un questionario standardizzato, per la cui realizzazione il gruppo Profea (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) dell'ISS, ha preso a modello i principali studi disponibili a livello nazionale e internazionale. Il questionario utilizzato comprende dieci sezioni, una delle quali è costituita da tre moduli di domande, dedicate ai tre screening oncologici e rivolte solo ai gruppi target a cui lo screening è raccomandato. È stato chiesto se è stato mai effettuato, a scopo preventivo, un pap test, una mammografia, una ricerca di sangue occulto fecale o una rettoscopia/colonscopia. Per il pap test e la mammografia, alle donne intervistate è stato chiesto se hanno mai ricevuto una lettera da parte dell'ASL che le invitava ad eseguire l'indagine, quando e dove (strutture pubbliche o private) hanno fatto l'ultimo test, motivo per cui lo hanno effettuato e se queste procedure sono state raccomandate da un medico o altro operatore sanitario.

I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. Dopo l'intervista e la validazione del questionario, i dati nominativi sono stati distrutti per assicurare l'anonimato dei partecipanti all'indagine.

I dati relativi alle attività di diagnosi precoce oncologica sono stati analizzati per tutta la popolazione in studio e per le 14 regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna) dove è stato effettuato un campionamento regionale o dove la maggior parte delle ASL della regione hanno par-

tecipato allo studio. I confronti regionali sono limitati solo a queste regioni. Una trattazione più dettagliata dei metodi e dei risultati dello studio è contenuta in un precedente articolo (2).

Risultati

L'indagine ha incluso 6.738 donne di età 25-64 anni, 3.521 donne di età 50-69 anni e 6.271 uomini e donne di età 50-69 anni, rispettivamente popolazione target per gli screening cervicale, mammografico e coloretale.

Diagnosi precoce per le neoplasie del collo dell'utero

Il 78% delle donne di 25-64 anni intervistate ha riferito di aver effettuato almeno una volta nel corso della vita un pap test in assenza di segni o sintomi; sono emerse differenze territoriali molto marcate, con un range dal 93% nella Provincia Autonoma di Bolzano al 59% in Sicilia.

Si è osservata un'adesione alle Linee Guida più alta rispetto agli altri programmi di diagnosi precoce (70% entro l'intervallo raccomandato di 3 anni) con un range dall'89% in Emilia-Romagna al 49% in Sicilia. Si osservano valori più bassi di copertura nelle donne sotto i 35 anni (59% vs 73% tra 35-49 anni e 72% tra 50-64 anni), non coniugate (57% versus 74%) e con titolo di studio basso (68% vs 71%); le differenze risultano significative ($p < 0,05$) (tabella 1).

Aver ricevuto consigli da un sanitario e aver ricevuto la lettera dall'ASL sono condizioni risultate associate a una percentuale più alta di *compliance* alle Linee Guida per la diagnosi precoce del collo dell'utero.

Diagnosi precoce per le neoplasie della mammella

Il 77% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita una mammografia in assenza di segni o sintomi (range dal 90% in Emilia-Romagna al 51% in Campania).

Ha eseguito la mammografia con periodicità biennale il 60% delle intervistate (range dal 79% in Emilia-Romagna al 31% in Campania e Sicilia). Le donne più anziane, le non coniugate e quelle con titolo di studio più basso hanno presentato percentuali significativamente più basse di copertura (tabella 2). Si conferma la maggiore adesione alle Linee Guida quando intervengono l'invito attivo e il consiglio di un sanitario.

Diagnosi precoce per le neoplasie del colon-retto

La copertura per la diagnosi precoce di questa neoplasia è molto più bassa: il 14% degli intervistati di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un test per sangue occulto o una rettoscopia/colonscopia almeno una volta nella vita in assenza di segni o sintomi (range dal 39% in Toscana al 4% in Sardegna) e solo il 9% di soggetti ha ricevuto un test negli ultimi due anni. Le persone più giovani (50-59 anni) e le donne hanno effettuato l'esame di diagnosi precoce in percentuale inferiore rispetto ai più anziani e agli uomini. L'analisi non ha evidenziato differenze per livello di istruzione (tabella 3).

Tabella 1 - Persone che hanno effettuato il Pap-test (per 100) per classi di età (25-64 anni), stato civile e livello di istruzione per tutte le ASL partecipanti - Anno 2005

Caratteristiche demografiche	Pap test [^] effettuato almeno una volta nella vita	Pap test effettuato negli ultimi 3 anni
Totale	78,2 (95% IC: 77,2-79,2)	69,5 (95% IC: 68,4- 70,6)
Età		
25 - 34	64,4 [#]	59,0 [#]
35 - 49	82,7	73,2
50 - 64	81,9	71,5
Stato civile		
coniugata	82,7 [#]	73,6 [#]
non coniugata	65,4	57,4
Istruzione[*]		
bassa	77,2	67,6 [#]
alta	79,1	71,2

[^]Chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi.

^{*}Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.

[#]Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto PASSI. Anno 2005.

Tabella 2 - Persone che hanno effettuato la mammografia (per 100) per classi di età (50-69 anni), stato civile e livello di istruzione per tutte le ASL partecipanti - Anno 2005

Caratteristiche demografiche	Mammografia [^] effettuata almeno una volta nella vita	Mammografia effettuata negli ultimi 2 anni
Totale	77,0 (95% IC: 75,6- 78,4)	60,1 (95% IC: 58,5- 61,7)
Età		
50 - 59	78,4	63,8 [#]
60 - 69	75,4	56,1
Stato civile		
coniugata	77,8	62,2 [#]
non coniugata	73,6	51,8
Istruzione[•]		
bassa	76,5	58,9
alta	78,0	62,8

[^]Le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo.

[•]Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.

[#]Differenza statisticamente significativa (p<0,05).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto PASSI. Anno 2005.

Tabella 3 - Persone che hanno effettuato un test (per 100) per la diagnosi del tumore del colon retto per classi di età (50-69 anni), sesso e livello di istruzione per tutte le ASL partecipanti - Anno 2005

Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test [^] per motivi preventivi	Esecuzione di un test [^] per motivi preventivi negli ultimi 2 anni
Totale	14,0 (95% IC: 13,1- 14,9)	8,5 (95% IC: 7,8- 9,2)
Età		
50 - 59	11,8	7,4
60 - 69	16,5	9,7
Sesso		
maschi	16,8 [#]	10,5
femmine	11,7	7,0
Istruzione[•]		
bassa	13,7	8,5
alta	14,7	8,5

[^]Sangue occulto o rettoscopia.

[•]Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.

[#]Differenza statisticamente significativa (p<0,05).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Progetto PASSI. Anno 2005.

Conclusioni

I risultati dell'indagine PASSI 2005 hanno evidenziato differenze nell'offerta e nell'adesione ai tre programmi di diagnosi precoce oncologica, anche in relazione al fatto che molte regioni hanno attivato solo recentemente i tre programmi di screening secondo le indicazioni delle Linee Guida nazionali, mentre altre regioni li stanno tuttora predisponendo.

I risultati evidenziano anche che alcuni gruppi nella popolazione vengono raggiunti in minor misura da questi programmi: di conseguenza è necessario utilizzare strategie diverse per facilitare l'accesso a questi interventi preventivi. Per esempio le donne più giovani e quelle con basso livello di istruzione sono più a rischio di non essere sottoposte a un pap test in accordo con le Linee Guida; per la mammografia sono a maggior rischio le più anziane e quelle con un livello più basso di istruzione. È stata evidenziata inoltre l'importanza della chiamata attiva e dei consigli dei medici curanti per migliorare l'adesione agli screening e confermata l'efficacia dei programmi organizzati secondo le indicazioni delle Linee Guida.

I confronti con le fonti informative esistenti meritano un commento. I dati raccolti da PASSI sono autoriferiti e questo potrebbe fornire stime non del tutto accurate dei fenomeni indagati: le persone possono aver dimenticato di essere state sottoposte allo screening oppure aver sottostimato il tempo trascorso dall'ultimo esame (3). A questo proposito va considerato che quando l'obiettivo principale è valutare l'evoluzione nel tempo di un fenomeno, come previsto per un sistema di sorveglianza di popolazione, assumono maggiore importanza la riproducibilità e la confrontabilità dei risultati. Vanno poi sottolineate le potenzialità di questo approccio di

indagine: sono infatti intervistati anche i soggetti che hanno effettuato gli esami per la diagnosi precoce in strutture private, mentre la maggior parte delle fonti di dati correnti includono solo le strutture pubbliche. Ad esempio, laddove è stato possibile comparare (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna) i dati ottenuti dallo Studio PASSI con quelli ottenuti dai sistemi informativi routinari, è stata evidenziata una sostanziale concordanza nelle stime dei pap test eseguiti presso le strutture pubbliche, ma l'indagine PASSI ha consentito di valutare la reale copertura delle attività di diagnosi precoce, compresa la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame presso strutture private, dato non rilevabile da altre fonti informative (4).

L'indagine PASSI ha posto le premesse per un progetto di sperimentazione di due anni, affidato dal CCM al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), avviato nel 2006 con la collaborazione di tutte le regioni italiane, che prevede una rilevazione continua dei dati in modo da misurare i cambiamenti nel tempo dei fenomeni osservati. Il nuovo questionario, che include le sezioni sugli screening, indaga più dettagliatamente le motivazioni che hanno spinto gli intervistati a effettuare gli esami raccomandati per la diagnosi precoce. I risultati, integrati con i dati esistenti, potranno fornire un aiuto alle regioni e alle ASL nel monitorare i loro progressi per il raggiungimento degli obiettivi dei programmi di screening nazionali e nell'identificare i gruppi verso i quali effettuare azioni aggiuntive per aumentare l'adesione ai programmi.

Riferimenti bibliografici

(1) <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp>.

(2) Gallo T, Binkin N, Baldissera S, et al., La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005). Quinto Rapporto dell'Osservatorio nazionale screening 2006. A cura di Rosselli Del Turco M, Zappa M. pg. 140-6.

(3) Newell SA, Gergis A, Sanson-Fisher RW, et al., The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. *Am J Prev Med* 1999; 17: 211-29.

(4) Baldissera S. et. al., "La sperimentazione della sorveglianza sugli obiettivi di salute in Italia: lo Studio Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) in: "Giornate della Salute" – Trieste, 21-27 maggio 2006.

L'avvio del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): il primo anno di attività

Dott.ssa Stefania Salmaso, Dott. Sandro Baldissera, Gruppo Tecnico PASSI

Le malattie croniche costituiscono le cause preponderanti della mortalità e morbosità nei Paesi Europei e determinano un forte consumo di risorse in ambito sanitario. Nella loro genesi prevalgono fattori di rischio evitabili con modifiche del comportamento (fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà, ecc.) (1) per contrastarli il Ministero della Salute ha avviato il programma "Guadagnare salute" (2) secondo gli indirizzi già delineati nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

A sostegno del programma è necessario un sistema di monitoraggio sui comportamenti dei cittadini. Il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'ISS, il compito di sperimentare un sistema continuo di sorveglianza di popolazione (PASSI), dedicato a stimare la frequenza ed evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Due studi pilota trasversali (2005-2006), coordinati dal CNESPS, hanno dimostrato la fattibilità ed il diffuso interesse delle ASL e delle regioni per tale sistema (3).

PASSI, che adotta metodi di indagine sperimentati negli studi pilota (intervista telefonica con questionario standardizzato, campionamento dalle anagrafi sanitarie, ecc.), si propone di fornire informazioni utili per le decisioni in Sanità Pubblica. Aspetti caratterizzanti sono: raccolta continua di dati, per cogliere dinamicamente l'evoluzione dei fenomeni; disponibilità tempestiva dei risultati, con dettagli a livello locale; moduli aggiuntivi su temi di interesse locale; attenzione agli aspetti di percezione della popolazione, ad esempio sulle campagne di promozione della salute; formazione degli operatori, per favorirne la crescita culturale e professionale. Il progetto, biennale, è stato avviato nel luglio 2006. Il Gruppo Tecnico di coordinamento (GT) ha coinvolto dall'inizio i principali portatori di interesse: CCM, assessorati regionali, Coordinamento Inter-regionale della Prevenzione. Tutte le regioni hanno designato i propri rappresentanti, che partecipano alla costruzione e gestione del sistema.

La partecipazione al sistema prevede il campionamento aziendale e la raccolta di almeno 25 interviste mensili in ciascuna ASL. 17 regioni hanno scelto da subito questa modalità, mentre le altre partecipano per il momento con un campionamento regionale o parziale. Nel primo anno si prevede di raccogliere circa 45.000 interviste. Risultati preliminari saranno disponibili a livello regionale alla fine del 2007, a livello aziendale nella primavera/estate del 2008. Il GT ha predisposto un protocollo ed un questionario standardizzato. Il Comitato Etico dell'ISS ha formulato un parere favorevole sul progetto. Per il questionario sono state prese come riferimento le evidenze in letteratura, nonché l'esperienza degli studi trasversali ed indagini analoghe. Gli ambiti indagati sono: salute e qualità di vita percepita, attività fisica, fumo, alimentazione, alcol, sicurezza stradale, fattori di rischio cardiovascolare, screening oncologici, vaccinazioni dell'adulto, salute mentale, incidenti domestici, aspetti socio-demografici.

È stata già svolta una formazione breve, per fornire ai rappresentanti regionali gli elementi indispensabili all'avvio del sistema, da trasferire poi "a cascata" agli operatori aziendali. A tutt'oggi questo percorso è stato completato in 19 regioni. È stata avviata anche una formazione di lungo periodo sulla sorveglianza in Sanità Pubblica, con percorsi differenziati per complessità ed impegno. Il sistema informativo garantisce compatibilità con la dotazione informatica esistente nelle ASL. Le interviste vengono effettuate tramite questionario cartaceo o direttamente su computer (metodo CATI). I dati sono registrati via web, con modalità protetta, in un archivio unico, che permette la loro conservazione sicura e consultazione. Il sistema esegue automaticamente monitoraggio di processo, analisi standard, presentazione dei principali risultati.

È stato predisposto un pacchetto comunicativo per le regioni, comprendente molteplici strumenti. Sul sito web (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>) sono offerti vari servizi, materiali per la formazione, una newsletter mensile (PASSIone), ed un'area di discussione, per stimolare la creazione di una rete tra gli operatori.

Sono in corso di definizione i piani di monitoraggio e di valutazione. Verranno elaborate soluzioni per favorire l'appropriata analisi dei dati, l'interpretazione contestualizzata e l'utilizzo dei risultati: questi sono gli impegni che attendono nel prossimo anno di attività tutti i partecipanti del sistema PASSI.

Gruppo Tecnico PASSI: Dott.ssa Nicoletta Bertozzi, Prof. Stefano Camprotrini, Dott. Giuliano Carrozzi, Dott. Angelo D'Argenzio, Dott.ssa Barbara De Mei, Dott. Pirous Fateh Moghadam, Dott. Gabriele Fontana, Dott.ssa Valentina Minardi, Dott.ssa Giada Minelli, Dott.ssa Valentina Possenti, Dott. Massimo Oddone Trinito, Dott.ssa Stefania Vasselli, Dott. Alberto Perra, Dott.ssa Nancy Binkin

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Preventing chronic diseases: a vital investment - WHO global report 2005; reperibile alla pagina http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html (ultimo accesso 5/6/07).
- (2) Ministero della Salute - “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari” – Il documento integrale del programma è reperibile alla pagina: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf (ultimo accesso 5/6/07).
- (3) Un elenco di articoli contenenti i principali risultati degli studi trasversali PASSI è reperibile alla pagina: <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp>.

Le disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening per i tumori femminili

Dott.ssa Tania Landriscina, Dott.ssa Teresa Spadea, Dott.ssa Emanuela Bologna, Prof. Giuseppe Costa

Introduzione

Il tumore della mammella è il tumore più comune tra le donne e rappresenta il 14% di tutte le morti tumorali femminili nel mondo (1). Le cifre relative al tumore della cervice uterina nei paesi industrializzati sono più basse, ma questa patologia è comunque tra le principali cause di morbosità e mortalità tra le donne, anche in Italia (2).

Contrariamente ad altri carcinomi (polmone, pancreas), la mortalità per questi due tumori è in gran parte prevenibile, grazie alla disponibilità di test per la diagnosi precoce, efficaci e internazionalmente riconosciuti, che sono utilizzati all'interno di programmi di screening di popolazione. Tuttavia, la partecipazione ai programmi di screening è ancora fortemente associata alla posizione socioeconomica, in Italia come nella gran parte dei Paesi Europei, con le più alte percentuali di adesione allo screening da parte delle donne più istruite e di classe sociale più alta (3). L'accesso differenziale allo screening si riflette in una più alta mortalità per entrambi i tumori tra le donne di bassa posizione socioeconomica, nonostante, almeno per il tumore della mammella, queste donne facciano registrare i tassi di incidenza più bassi (4).

L'Indagine Multiscopo Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2004-2005" mette a disposizione informazioni aggiornate sui comportamenti preventivi delle donne nei confronti dei tumori al seno e al collo dell'utero, anche in funzione delle loro caratteristiche socioeconomiche (5); inoltre, raffrontando i dati relativi alle ultime tre edizioni dell'indagine, che coprono un intervallo di tempo di 12 anni dal 1994 al 2005, si possono ricavare informazioni utili sull'andamento temporale di tali comportamenti.

Pap test

Nel 2004-2005 il 70,9% delle donne in età raccomandata dai programmi di screening (25-64 anni) ha dichiarato di aver fatto ricorso almeno una volta nella vita ad un pap test in assenza di disturbi o sintomi. Dal 1994 al 1999-2000 si è registrato un incremento complessivo di ricorso allo screening cervicale del 14,5%, risulta invece più contenuto quello dal 1999-2000 ad oggi, pari al 3,2%. Dall'ultima indagine emerge una percentuale di ricorso al pap test maggiore per le donne con titolo di studio più alto: effettua questo tipo di test il 72,3% delle donne laureate o con diploma di istruzione superiore contro il 66,1% delle donne con licenza elementare o nessun titolo. Già nel 1999-2000 emergeva questa tendenza (70,8% contro 63,3%), tuttavia rispetto ad allora si evidenzia un incremento nel ricorso al pap test soprattutto tra le donne con i titoli di studio più bassi che passa dal 63,3% al 66,1%. Analizzando le singole classi di età emerge una stabilità, tra il 2000 e il 2004-2005, del ricorso al pap test nelle classi più giovani, si osserva invece una crescita nel ricorso dai 45 anni in su, in particolare per la fascia di età 55-64, sia tra le donne più istruite (da 80,3% a 85,4%) che tra quelle meno istruite (da 63,3% a 70,8%). Le donne con titolo di studio più alto si sottopongono al primo pap test intorno ai 29 anni, le donne con licenza elementare o nessun titolo intorno ai 38 anni e rispetto alla precedente indagine (1999-2000) si evidenzia che l'età media di queste ultime si è ridotta di un anno, mentre è rimasta stabile per le laureate.

Considerando l'ultimo pap test il 41,3% delle donne lo ha eseguito di propria iniziativa, il 26,8% su consiglio di uno specialista, l'11,6% su consiglio di un medico generico e una quota significativa di donne dichiara di averlo effettuato su invito di una struttura sanitaria pubblica nell'ambito di un programma di screening (20,1%).

A sottoporsi al controllo di propria iniziativa sono più le donne laureate o diplomate (44,8%), mentre la partecipazione ad un programma di screening viene più spesso dichiarata dalle donne meno istruite (25,0% contro il 17,1% delle più istruite) così come il fatto di sottoporsi al controllo su consiglio di un medico generico (18,9% contro 8,4%).

Mammografia

I programmi di screening mammografico hanno come target le donne di 50-69 anni. Da quanto emerge dall'ultima indagine si sono sottoposte almeno ad un accertamento nel corso della vita il 71,0% delle donne in questa fascia di età. Si evidenzia un elevato incremento, pari al 32,6%, nel ricorso alla mammografia dal 1994 al 1999-2000 e un incremento ancora molto elevato dal 1999-2000 al 2004-2005 che si attesta intorno al 22,2%. Come nel 1999-2000 sono le donne con titolo di studio elevato a ricorrere alla mammografia in percentuale maggiore rispetto alle meno istruite, anche a parità di età. Effettuano questo tipo di test il 79,3% delle donne laureate o con diploma di istruzione superiore contro il 65,5% delle donne con licenza elementare o nessun titolo. Il tasso d'incremento della mammografia nel quinquennio è maggiore tra le donne con titolo di studio basso (da 51,8% a 65,5%). L'età media al primo controllo è pari a 46 anni. Le donne più istruite si sottopongono al primo controllo intorno ai 44 anni, le meno istruite intorno ai 48 anni.

Più di un terzo delle donne (34,3%) ha effettuato il controllo su invito di una struttura sanitaria pubblica nell'ambito di un programma di screening, il 29,2% di propria iniziativa, il 19,0% per consiglio di un medico specialista e il 17,2% di un medico generico. Ad effettuare la mammografia di propria iniziativa sono maggiormente le donne più istruite con il 37,4% rispetto al 23,9% delle meno istruite. Le donne con licenza elementare o nessun titolo si sottopongono a controlli mammografici in misura maggiore rispetto alle altre su consiglio di un medico generico (20,5%) oppure nell'ambito di un programma di screening (38,9%).

Conclusioni

Questi dati suggeriscono che ci sia stato negli ultimi 10 anni un effetto positivo dei programmi di screening di popolazione ad inviti, non solo sull'aumento complessivo delle percentuali di adesione, ma anche sulla riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso alla diagnosi precoce dei tumori della mammella e della cervice uterina. Infatti, a rispondere maggiormente all'invito allo screening sembrano essere in entrambi i casi le donne meno istruite. Nell'ipotesi che, una volta entrate in contatto con i servizi sanitari, l'intero percorso di diagnosi e cura di questi tumori non dipenda dalla classe sociale delle donne, la riduzione delle disuguaglianze di accesso allo screening dovrebbe presto riflettersi anche sui gradienti sociali nella mortalità.

Riferimenti bibliografici

- (1) Parkin MD, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
- (2) Bray F, Loos AH, McCarron P, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma. incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 677-86.
- (3) Stirbu I, Kunst AE, Mielck A, Mackenbach JP. (2007) Educational inequalities in utilization of preventive services among elderly in Europe. in *Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report*, Erasmus MC, Rotterdam, pp. 483-499.
- (4) Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P (1997) Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality: In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, eds. *Social inequalities and cancer*. Lyon: IARC (IARC Scientific Publications No 138), pp. 65-176.
- (5) Bologna E. (a cura di) *La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap test e mammografia, Anni 2004-2005*. Roma, Istat, *Statistiche in breve*, 4 dicembre 2006.