

## Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Nel presente capitolo vengono trattate le problematiche relative alla diffusione dei comportamenti a rischio nella popolazione italiana e alle possibilità di riduzione degli stessi.

Il fumo è uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di diverse malattie cronico-degenerative. Seppure in diminuzione rispetto al passato, il numero di fumatori in Italia si assesta a quasi 12 milioni e si registra un numero crescente di giovani che iniziano a fumare prima dei 15 anni. Non si registrano grosse differenze territoriali e l'abitudine al fumo risulta tuttora più diffusa fra gli uomini rispetto alle donne, con un aumento significativo soprattutto nella fascia di età maschile dai 18 ai 34 anni rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda l'assunzione di alcol, il numero di consumatori a rischio rappresenta il 16,8% della popolazione di età >11 anni, con differenze di genere (26,4% uomini, 7,8% donne) e tra regioni. I danni e le conseguenze dell'uso anche isolato o occasionale dell'alcol hanno un impatto sanitario e sociale maggiore rispetto a quelli dell'alcoldipendenza e vanno, quindi, monitorati in modo appropriato. Sarebbe opportuno, inoltre, includere le competenze necessarie in una rete mirata al servizio della persona, come previsto in alcune regioni, nell'organizzazione di nuovi Dipartimenti delle Dipendenze o di Promozione della Salute.

Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta. Dall'Indagine Multiscopo realizzata dall'Istat nel 2007 emerge che la percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera le 5 porzioni al giorno di frutta e verdura è ancora piuttosto bassa. Occorre, perciò, continuare a promuoverne la diffusione, nell'ambito di una dieta legata alla tradizione alimentare italiana, caratterizzata dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e consumo moderato di bevande alcoliche, essenzialmente in occasione dei pasti, unitamente al controllo dell'aggiunta di sale. Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione rientra tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare anche tra gli operatori della ristorazione collettiva.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Nel nostro Paese, le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di persone che risultano in sovrappeso ed obese. La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce al crescere dell'età, per poi diminuire negli anziani. La condizione di sovrappeso o obesità interessa maggiormente gli uomini. Dal confronto con i dati raccolti in precedenti indagini, la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso e obesità risulta significativamente aumentata.

Lo stile di vita sedentario è in aumento nei Paesi sviluppati e questo, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie cardiovascolari, malattie metaboliche e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità. In Italia, nel 2007, come negli anni precedenti, la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore nelle regioni meridionali rispetto al Nord. È, dunque, necessario spostare l'attenzione ed il campo di intervento dalla malattia alla promozione della salute, passando da una concezione individuale di attività fisica ad un approccio più ampio di tipo collettivo.

La prevenzione dell'obesità è uno dei temi principali su cui si concentra l'attività del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che, da febbraio 2007, ha avviato il programma europeo "Guadagnare salute", il cui obiettivo è quello di rendere più facili e accessibili le scelte salutari anche attraverso campagne informative. Parallelamente, allo scopo di arginare la preoccupante situazione di eccesso ponderale infantile che si sta verificando nel nostro Paese, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato il programma di monitoraggio delle abitudini alimentari e dell'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) "OKkio alla SALUTE", di cui si riportano i primi risultati.

I dati di copertura vaccinale al 24° mese di vita registrati nel nostro Paese, nel 2007 e nel 2008, si sovrappongono mediamente a quelli europei e non si discostano in modo significativo da quelli rilevati nell'anno 2005, anche se è possibile rilevare un lento incremento soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni raccomandate.

Il raggiungimento e il mantenimento dei livelli ottimali di copertura vaccinale rappresentano interventi mirati a migliorare la salute della popolazione, riducendo contestualmente i bisogni e le spese necessarie alle cure,

e rivestono, dunque, un ruolo fondamentale in Sanità Pubblica. Negli ultimi anni, sono stati avviati programmi di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, come la campagna “Genitori Più” e programmi di valutazione delle coperture vaccinali, come il progetto “Venice” dell'Unione Europea, allo scopo di costruire una rete europea per la raccolta e la condivisione di informazioni sui programmi di immunizzazione dei Paesi membri.

Nell'ultima parte del capitolo vengono riportati i dati relativi alla diffusione dei programmi di screening mammografico, per il cervicocarcinoma uterino e per il tumore del colon-retto, i cui livelli di partecipazione si attestano rispettivamente intorno al 60%, al 38% e al 45%. Importanza a questo proposito viene data alla piena attuazione dei programmi e alla diffusione di campagne informative.

## Fumo

**Significato.** Il fumo di tabacco è una delle più grandi minacce per la salute pubblica che il mondo abbia mai affrontato, in quanto è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, ovvero è la prima causa di morte facilmente evitabile. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i fumatori nel mondo sono più di un miliardo e il tabacco è responsabile ogni anno della morte di 5,4 milioni di persone, in media una persona ogni sei secondi, numero, peraltro, destinato ad arrivare a 10 milioni entro il 2030, se non saranno adottate misure efficaci. Globalmente, l'uso dei prodotti del tabacco, è in aumento, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, mentre è lievemente in calo in quelli ad alto reddito (1). L'Italia si inserisce in questo trend: attualmente fumano poco meno di 12 milioni di persone, anche se nel tempo i fumatori stanno

diminuendo (erano il 34,9% della popolazione dai 14 anni ed oltre nel 1980 e sono il 22% nel 2008), stanno aumentando le disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco con andamenti differenziati nei due sessi e nelle diverse fasce di età: è in crescita la percentuale di giovani che iniziano a fumare sempre più precocemente, in particolare il 21% prima dei 15 anni e il 61% tra i 15 ed i 17 anni (2). Data la varietà di condizioni patologiche conseguenti al fumo, non è semplice stimare l'impatto economico che l'abitudine di fumare comporta sia sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro perso.

La valutazione dei dati riguardanti la prevalenza del consumo di tabacco consente di misurare il fenomeno tra la popolazione e di individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano attività di prevenzione e di controllo.

### Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

**Validità e limiti.** L'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno, mediante interviste dirette, molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno. In particolare, sono stati analizzati i risultati dell'indagine del 2007, che è stata condotta su un campione di circa 58.700 individui, suddivisi in 23.400 famiglie, distribuiti nelle diverse regioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** La prevalenza di fumatori può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso, ossia intorno al 17% (Calabria).

### Descrizione dei risultati

Non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo per i dati relativi al 2007, si riscontra solo un dato di prevalenza maggiore nel Centro (23,5%) mentre, rispetto al 2006 (Rapporto Osservasalute 2008, pag. 49), si evidenzia una diminuzione dei fumatori nella maggior parte delle regioni (soprattutto nel Lazio che passa dal 25,7% al 24,4% e in Sicilia dal 25,5% al 22,5%). Fanno eccezione alcune regioni del Nord-Ovest, dove le percentuali dei fumatori sono aumentate, in particolare in Liguria (dal 19,5% al 23,2%). La prevalenza di persone che hanno smesso di

fumare dal 2001 (20,2%) al 2007 (22,5%) è in lenta, ma in costante crescita, con una distribuzione degli ex-fumatori prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta 26,2% ed Emilia-Romagna 25,9%) rispetto al Meridione (Molise 17,7% e Calabria 17,4%). Poco meno della metà dei fumatori (pari al 42,8%) fuma un numero di sigarette compreso tra 11 e 20; questa percentuale sale al 48,6% tra i fumatori uomini e scende al 33,7% tra le donne. Il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è 13,3, anche se vi sono alcune differenze territoriali: nel Centro-Sud e nelle Isole si fuma qualche sigaretta in più (in media, rispettivamente, 13,9 e 14,5 al giorno). Non vi sono, invece, variazioni geografiche rilevanti per quanto riguarda la prevalenza dei non fumatori (53,2%) (Tabella 1). I dati stratificati per sesso ed età mostrano che l'abitudine al fumo è più diffusa fra gli uomini (28,2%) rispetto alle donne (16,5%) e con un maggior interessamento delle fasce di età comprese fra i 18 e i 54 anni, dove si riscontra un aumento significativo nella fascia maschile 18-34 anni rispetto ai dati dell'anno precedente. I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due sessi e mostrano sia una netta prevalenza di coloro che non fumano nel sesso femminile (65,9%) rispetto al maschile (39,6%), sia un numero di uomini ex-fumatori (30%) che è circa il doppio di quello delle donne (15,5%) (Tabella 2).

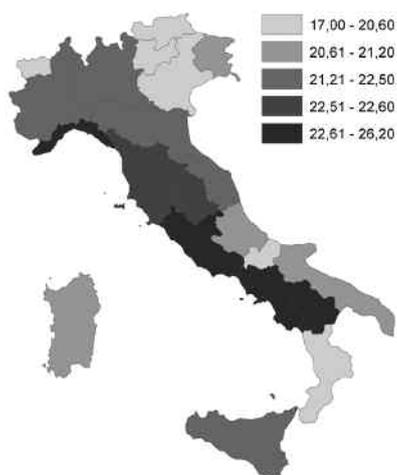
**Tabella 1** - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno, per regione - Anno 2007

Regioni	Fumatori %	Ex-Fumatori %	Non Fumatori %	Fumatori di sigarette %	N medio sigarette al giorno
Piemonte	22,3	25,1	50,3	98,6	12,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,7	26,2	52,1	99,0	12,8
Lombardia	21,8	24,0	52,2	98,7	12,7
Trentino-Alto Adige	20,4	22,7	52,2	97,5	12,6
Bolzano-Bozen	20,6	21,8	54,2	96,3	12,7
Trento	20,2	23,7	50,4	98,7	12,5
Veneto	18,9	24,3	54,9	98,3	11,5
Friuli-Venezia Giulia	21,0	24,6	50,9	97,6	12,7
Liguria	23,2	23,5	52,4	96,5	13,7
Emilia-Romagna	21,7	25,9	51,0	97,5	12,8
Toscana	22,6	24,2	51,9	97,6	13,8
Umbria	22,6	23,7	51,4	98,2	13,1
Marche	22,5	24,9	51,5	98,7	13,1
Lazio	24,4	20,3	51,8	97,9	14,3
Abruzzo	20,9	21,9	54,8	97,9	12,9
Molise	20,5	17,7	58,3	98,8	14,1
Campania	26,2	19,9	52,6	98,7	14,3
Puglia	20,8	18,7	57,6	99,2	13,5
Basilicata	23,2	20,1	54,0	99,0	13,1
Calabria	17,0	17,4	62,7	99,5	14,0
Sicilia	22,5	20,0	55,9	98,5	14,8
Sardegna	21,2	24,0	51,8	99,1	13,6
<b>Italia</b>	<b>22,1</b>	<b>22,5</b>	<b>53,2</b>	<b>98,3</b>	<b>13,3</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

**Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo per regione. Anno 2007**



**Tabella 2** - Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per classe di età, sesso ed abitudine al fumo - Anno 2007

Classi di età	Maschi			Femmine		
	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
14-17	7,8	2,9	86,7	5,5	3,5	88,6
18-19	27,8	5,2	64,0	17,1	7,8	73,2
20-24	34,1	6,8	55,7	20,5	8,4	67,9
25-34	38,0	15,0	44,3	22,1	14,0	61,2
35-44	35,0	24,4	38,9	21,3	18,0	58,8
45-54	34,0	31,8	32,2	23,1	22,1	52,6
55-59	25,9	42,0	30,2	19,9	18,6	59,7
60-64	23,6	45,9	28,4	14,5	17,0	66,8
65-74	18,1	49,9	30,0	8,5	15,0	74,8
75 ed oltre	9,5	59,8	29,0	3,7	12,3	82,4
<b>Totale</b>	<b>28,2</b>	<b>30,0</b>	<b>39,6</b>	<b>16,5</b>	<b>15,5</b>	<b>65,9</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS ha, recentemente, pubblicato il Rapporto 2008 sugli sforzi per il controllo del fumo a livello globale: secondo questi dati, nonostante i progressi compiuti, nessun Paese ha implementato completamente tutte le misure chiave atte a contrastare quella che viene definita "epidemia di tabacco". Un approccio per prevenire i milioni di morti, che potrebbero essere causati dal fattore di rischio fumo entro la metà del secolo, consiste in una serie di strategie di azione, quali: il monitoraggio del consumo di tabacco attraverso politiche di prevenzione; l'aumento delle tasse sul tabacco e, conseguentemente, del prezzo finale del prodotto; la protezione della popolazione dal fumo, che nel contesto italiano ha trovato la sua applicazione normativa nella Legge n. 3/2003; gli aiuti per smettere di fumare; intensificare le avvertenze sui pericoli del tabacco e rafforzare i divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni (1). In questo contesto, per poter ottenere risultati tangibili, valutabili tramite la riduzione nel tempo sia dell'incidenza che della prevalenza dei fumatori e la diminuzione delle patologie legate al fumo, appare fondamentale la necessità di interventi non solo da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ma anche delle strutture che risultano più vicine

all'utenza, quali i distretti socio-sanitari, i consultori, i Medici di Medicina Generale, i pediatri e gli istituti scolastici, sempre in relazione alle diverse realtà presenti nel nostro Paese. Dai dati dello studio PASSI, risulta che solo poco più della metà dei fumatori (6 su 10 circa) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario e meno dell'1% di chi ha smesso riferisce di esserci riuscito grazie al sostegno dei servizi sanitari. Questo, evidenzia un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari e risulta opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l'abitudine al fumo (3). Si rende, dunque, necessario rinnovare e rinforzare le azioni tese a contrastare il tabagismo, utilizzando un approccio globale e multisettoriale, con l'obiettivo di promuovere la salute della popolazione e di ridurre i danni del fumo, soprattutto attraverso la prevenzione dell'iniziazione al fumo nei giovani, il sostegno rivolto ai fumatori per aiutarli a smettere e la riduzione dell'esposizione al fumo passivo.

### Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008.
- (2) OSSFAD - Indagine Doxa-ISS 2008.
- (3) PASSI - Sistema di Sorveglianza PASSI 2007.

## Consumo di alcol

**Significato.** Secondo le Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (1) relativamente al consumo di alcolici sono da considerarsi a maggior rischio: le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA<sup>1</sup>); gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi parimen-

ti a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (2-4). L'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dagli organi di Sanità Pubblica, ha definito alcuni indicatori di sintesi, specifici per *target* di età, che individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*) indicati al numeratore dei seguenti indicatori.

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

Numeratore	Ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazzi di 11-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-18 anni	

### *Prevalenza di consumatrici (donne) giovani a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)*

Numeratore	Ragazze di 11-15 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevande alcoliche e di 16-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Ragazze di 11-18 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 11-18 anni	

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

Numeratore	Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 3 UA Uomini di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	

### *Prevalenza di consumatrici (donne) adulte a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)*

Numeratore	Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Donne di 19-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	

<sup>1</sup>Una unità alcolica contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad un bicchiere di vino da 125 ml a 12° oppure una lattina di birra da 330 ml a 5° o un aperitivo alcolico da 80 ml a 18° o infine un cocktail alcolico da 40 ml a 36°.

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

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

**Prevalenza di consumatrici (donne) anziane a rischio (criterio Istituto Superiore di Sanità)**

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

**Validità e limiti.** L'Indagine Multiscopo Istat, "Aspetti della vita quotidiana" (5), rileva per vino e birra il numero di bicchieri consumati giornalmente e, dal 2007, per aperitivi alcolici, amari e super alcolici. La quantificazione giornaliera in bicchieri è rilevata in termini di unità alcoliche complessive.

Per valutare correttamente il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si deve tener conto anche di alcuni stili di vita, come il bere lontano dai pasti o il bere quantità eccessive di alcol in una singola occasione e della capacità di smaltire l'alcol legata al sesso e all'età delle persone. Gli indicatori, sintesi delle due tipologie di consumo a rischio proposti dall'ISS, forniscono indicazioni utili nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il riferimento considerato è il valore medio italiano relativo agli indicatori presentati:

- prevalenza di consumatori giovani a rischio: 22,4% per gli uomini e 13,0% per le donne;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio: 21,1% per gli uomini e 5,7% per le donne;
- prevalenza dei consumatori anziani a rischio: 48,2% per gli uomini e 11,7% per le donne.

**Descrizione dei risultati**

**I non consumatori** (Tabella 1). La quota di coloro che tra il 2006 ed il 2007 non risultano esposti al rischio alcolcorrelato (in particolar modo astemi) è leggermente diminuita a livello nazionale (29,6% vs 29,1%) e la diminuzione si registra in particolar modo in Molise (33,7% vs 28,7%). L'unica regione dove si registra un trend opposto, statisticamente significativo, è l'Emilia-Romagna, dove la percentuale degli astemi è salita da 20,7% a 24,4%.

**I consumatori a rischio** (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio raggiunge, nel 2007, il

16,8% della popolazione di età superiore ad 11 anni, con una marcata differenza di genere (26,4% tra gli uomini, 7,8% tra le donne).

Tra gli uomini, rilevanti differenze si riscontrano a livello regionale con oscillazioni che vanno dal 16,4% (Sicilia) al 38,0% (Valle d'Aosta). I valori al di sopra della media nazionale si registrano in 9 regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Tra le donne, le oscillazioni vanno dal 4,2% (Sicilia) al 13,6% (Provincia Autonoma di Bolzano). I valori al di sopra della media nazionale si registrano in 5 regioni e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano.

**I giovani** (Tabella 2). Il consumo a rischio nella fascia di 11-18 anni risulta più elevato, rispetto a tutte le regioni e per entrambe i sessi, nella Provincia Autonoma di Bolzano (M = 36,3%; F = 26,3%). Per i ragazzi, inoltre, si registrano valori molto elevati in Piemonte (34,8%) e per le ragazze in Veneto (22,4%).

**Gli adulti** (Tabella 3). Nella fascia 19-64 anni, per entrambi i sessi, le realtà a maggior rischio risultano essere: la Provincia Autonoma di Bolzano (M = 36,6%; F = 13,4%), la Provincia Autonoma di Trento (M = 26,7%; F = 9,5%), il Friuli-Venezia Giulia (M = 28,6%; F = 9,5%) ed il Piemonte (M = 24,9%; F = 8,7%), a cui si aggiungono per i soli uomini la Valle d'Aosta (33,9%), il Molise (28,8%), la Basilicata (26,8%), il Veneto (26,7%). Le regioni con valori di prevalenza più bassi, per entrambi i sessi, sono Campania e Sicilia (a cui si aggiungono il Lazio per gli uomini, la Calabria e l'Abruzzo per le donne).

Gli indicatori delle due tipologie di consumo a rischio analizzati separatamente, consumo giornaliero eccedentario e *binge drinking* (Tabella 4), indicano che quest'ultimo è quello che statisticamente influisce maggiormente sulla quantificazione dell'indicatore di sintesi (consumo a rischio secondo il criterio ISS) ad eccezione di alcune regioni come Liguria, Toscana, Umbria, Campania e Puglia per entrambe i sessi; alle Marche per gli uomini e al Piemonte, Valle d'Aosta,

Lazio, Abruzzo, Basilicata e Sicilia per le donne, dove i valori dei due indicatori tendono a convergere.

Gli *anziani* (Tabella 5). I più elevati valori di prevalenza di anziani a rischio si registrano per entrambi i sessi in Valle d'Aosta (M = 60,4%; F = 19,0%) e in Piemonte (M = 57,9%; F = 17,2%). Per gli uomini i

valori più alti si registrano anche in Basilicata (56,5%), mentre per le donne in Friuli-Venezia Giulia (18,8%). La regione con i valori più bassi, per entrambi i sessi, risulta essere la Sicilia (M = 28,1%; F = 3,5%). Per le donne anche in Abruzzo (6,7%), Sardegna (7,1%) e Calabria (7,2%).

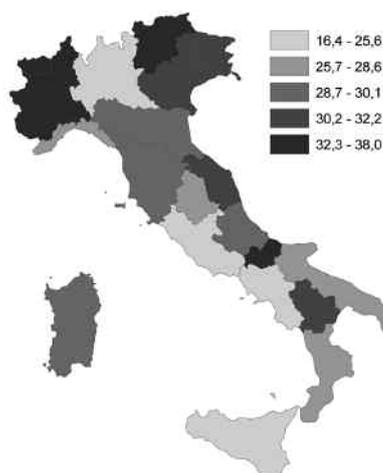
**Tabella 1** - Distribuzione dei non consumatori e dei consumatori (per 100) per regione - Anni 2006-2007

Regioni	2006				2007			
	Consumavano	Mai	Totale non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Totale non consumatori	Consumatori
Piemonte	1,8	25,6	27,4	70,8	1,4	23,8	25,2	72,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,5	23,0	24,5	73,6	2,3	22,8	25,1	72,7
Lombardia	1,9	25,9	27,8	70,3	1,7	26,0	27,7	70,1
Trentino-Alto Adige	2,4	19,2	21,6	75,1	2,1	21,1	23,2	72,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	2,3	14,8	17,2	80,8	2,7	17,4	20,2	76,3
<i>Trento</i>	2,5	23,3	25,8	69,7	1,5	24,6	26,0	68,2
Veneto	1,6	21,4	23,0	75,2	1,5	21,5	23,1	74,9
Friuli-Venezia Giulia	1,9	22,6	24,6	70,2	2,8	22,4	25,2	71,2
Liguria	1,3	28,3	29,5	69,4	2,4	26,4	28,8	69,7
Emilia-Romagna	1,8	20,7	22,4	76,1	2,2	24,4	26,6	71,5
Toscana	2,0	23,1	25,1	73,3	2,0	25,2	27,2	70,7
Umbria	1,2	25,6	26,8	71,7	2,5	24,8	27,3	70,3
Marche	1,0	24,7	25,7	73,5	1,7	22,6	24,3	73,4
Lazio	1,8	27,3	29,2	66,6	1,6	26,3	27,8	68,0
Abruzzo	1,1	33,2	34,4	64,2	1,6	31,7	33,3	63,6
Molise	2,0	31,7	33,7	64,9	1,1	27,6	28,7	65,9
Campania	2,0	34,4	36,4	62,1	2,0	32,0	34,0	63,8
Puglia	1,5	30,6	32,1	65,7	2,1	28,0	30,1	66,2
Basilicata	1,3	32,8	34,1	64,3	1,9	29,2	31,1	65,7
Calabria	2,4	30,9	33,2	64,2	2,0	30,3	32,3	64,0
Sicilia	1,9	39,8	41,6	56,9	2,6	36,9	39,5	58,5
Sardegna	1,8	30,4	32,1	64,4	2,4	30,5	32,8	63,0
<b>Italia</b>	<b>1,8</b>	<b>27,8</b>	<b>29,6</b>	<b>68,3</b>	<b>1,9</b>	<b>27,2</b>	<b>29,1</b>	<b>68,2</b>

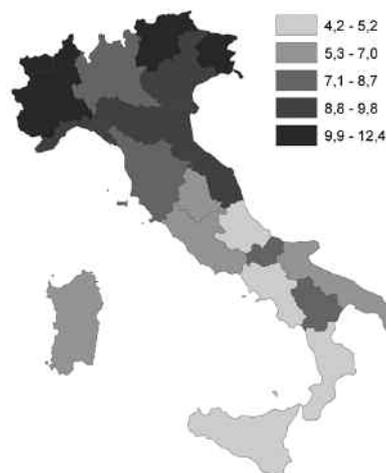
**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2007, 2008.

**Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2007**



**Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2007**



**Tabella 2** - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 11-18 anni per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	34,8	13,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,5	11,6
Lombardia	19,7	16,9
Trentino-Alto Adige	32,8	20,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,3</i>	<i>26,3</i>
<i>Trento</i>	<i>29,0</i>	<i>14,0</i>
Veneto	24,5	22,4
Friuli-Venezia Giulia	20,8	14,1
Liguria	26,8	10,2
Emilia-Romagna	22,9	17,9
Toscana	15,6	9,1
Umbria	18,3	12,6
Marche	21,8	15,0
Lazio	21,5	8,6
Abruzzo	19,8	9,6
Molise	22,5	11,9
Campania	18,9	9,7
Puglia	28,8	13,1
Basilicata	18,9	11,1
Calabria	24,3	13,5
Sicilia	18,4	10,8
Sardegna	23,9	6,7
<b>Italia</b>	<b>22,4</b>	<b>13,0</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

**Tabella 3** - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 19-64 anni per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	24,9	8,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,9	6,7
Lombardia	19,3	5,5
Trentino-Alto Adige	31,5	11,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,6</i>	<i>13,4</i>
<i>Trento</i>	<i>26,7</i>	<i>9,5</i>
Veneto	26,7	6,2
Friuli-Venezia Giulia	28,6	9,5
Liguria	20,5	8,2
Emilia-Romagna	24,4	6,9
Toscana	24,7	6,5
Umbria	21,6	5,8
Marche	23,3	5,7
Lazio	15,9	4,8
Abruzzo	24,9	2,8
Molise	28,8	6,8
Campania	16,1	3,7
Puglia	20,8	5,6
Basilicata	26,8	3,7
Calabria	22,4	3,0
Sicilia	13,0	3,3
Sardegna	26,5	7,0
<b>Italia</b>	<b>21,1</b>	<b>5,7</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

**Tabella 4** - Prevalenza (per 100) di consumatori eccedenti i limiti giornalieri indicati dalle Linee Guida INRAN e binge drinkers di 19-64 anni per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi		Femmine	
	A rischio	Binge drinkers	A rischio	Binge drinkers
Piemonte	10,8	18,9	3,7	5,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,9	27,6	1,5	5,1
Lombardia	6,3	15,2	1,8	3,9
Trentino-Alto Adige	6,2	29,6	1,7	10,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	4,8	35,4	1,4	12,2
<i>Trento</i>	7,7	24,1	2,0	8,0
Veneto	10,0	21,4	2,0	4,9
Friuli-Venezia Giulia	8,6	24,9	3,1	7,6
Liguria	10,7	15,8	3,2	5,3
Emilia-Romagna	10,2	18,1	2,2	5,0
Toscana	12,8	16,0	2,8	4,3
Umbria	11,9	14,4	3,0	3,6
Marche	12,2	15,4	1,8	4,5
Lazio	7,4	11,7	1,7	3,4
Abruzzo	10,5	19,7	1,1	2,1
Molise	13,4	22,0	1,9	5,5
Campania	7,8	11,0	1,6	2,2
Puglia	11,9	12,5	3,0	2,7
Basilicata	11,2	20,3	0,8	3,2
Calabria	8,7	18,3	0,5	2,5
Sicilia	5,5	9,3	1,1	2,6
Sardegna	11,1	20,2	1,8	5,6
<b>Italia</b>	<b>9,0</b>	<b>15,8</b>	<b>2,0</b>	<b>4,0</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

**Tabella 5** - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65 anni ed oltre per regione e sesso - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	57,9	17,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,4	19,0
Lombardia	53,3	15,2
Trentino-Alto Adige	47,6	10,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	43,7	8,7
<i>Trento</i>	51,0	11,3
Veneto	53,1	15,5
Friuli-Venezia Giulia	48,9	18,8
Liguria	47,3	11,8
Emilia-Romagna	48,8	14,6
Toscana	52,4	12,0
Umbria	54,0	7,3
Marche	54,9	15,0
Lazio	42,9	8,5
Abruzzo	52,6	6,7
Molise	52,1	7,8
Campania	43,1	7,7
Puglia	48,1	8,8
Basilicata	56,5	14,8
Calabria	40,9	7,2
Sicilia	28,1	3,5
Sardegna	43,4	7,1
<b>Italia</b>	<b>48,2</b>	<b>11,7</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

È ormai oggetto di consenso unanime e suffragato dall'evidenza scientifica che la problematica alcolcorrelata sia solo in minor parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza, soprattutto in funzione della citata evoluzione dei modelli e delle culture del bere in Italia (6). L'alcol è parte della nostra cultura alimentare ed è una sostanza legale ad elevata diffusione. I Problemi e le Patologie AlcolCorrelati (PPAC) sono condizioni estremamente più diffuse nella popolazione rispetto all'alcoldipendenza, richiedono una gestione autonoma, fortemente differenziata per professionalità e competenze impiegate e quasi mai connessa alla dipendenza da alcol (ad esempio il *binge drinking*, gli incidenti stradali alcolcorrelati o la Sindrome Feto Alcolica - FAS). I danni e le conseguenze dell'alcol legati all'uso anche isolato o occasionale e non necessariamente persistente (ad esempio i casi di intossicazione alcolica o di incidenti domestici, stradali, nei luoghi di lavoro, etc.), hanno un impatto sanitario e sociale assolutamente prevalente rispetto a quelli dell'alcoldipendenza, di cui possono rappresentare al limite la manifestazione in una fase precoce (7). Appare fondamentale monitorare, con specifici indicatori, il numero di ricoveri alcolcorrelati e alcoldipendenti, oltre a quelli di più ampio respiro (episodi di violenza, di criminalità, consumo tra i minori, dati sulla sicurezza stradale, etc.), in grado di permettere la predisposizione di gruppi ed *équipe* di lavoro e di esperti, capaci di intercettare precocemente le PPAC nella loro più ampia accezione e di intervenire in maniera specifica (intervento breve, PHEPA) (8-9). Alla luce di tali considerazioni, è necessario finanziare la prevenzione e la ricerca ed avviare una profonda riflessione sulle competenze, rivedendo l'approccio che delega o attribuisce la gestione delle PPAC a competenze esclusivamente di ambito psichiatrico e riconoscendo formalmente l'alcolologia come disciplina utile in particolare per il livello di popolazione. Appare più adeguato, efficiente ed efficace ricomprendere tali competenze in una più ampia rete da realizzare mirando al servizio della persona, come previsto in alcune regioni, nell'organizzazione di nuovi Dipartimenti delle Dipendenze o di Promozione della Salute, evitando attribuzioni esclusive ai Servizi Territoriali (SERT) già in affanno.

Esempi in tal senso sono forniti dalle scelte adottate dal Trentino-Alto Adige che ha collocato l'alcolologia all'interno del Dipartimento Promozione della Salute o dalla Toscana il cui Piano Sanitario Regionale ha previsto l'*équipe* alcolologica collocata all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze.

### Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa 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 - Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcol correlate dell'Istituto Superiore di Sanità.

### Riferimenti bibliografici

- (1) 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/](http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/).
- (2) E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, G. Farchi, e C. Gandin per il gruppo CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol. 2009, x, 35p. Rapporto ISTISAN 09/4.
- (3) Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di Alcol e problemi alcolcorrelati". Roma, 2008: <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/relazione06-07.pdf>.
- (4) Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Parisi N. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2008. (Rapporto Osservasalute 2008).
- (5) Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2008. Roma: Istat.
- (6) Ceccanti M., Lombardo G., Calducci G.; Alcol a Roma.
- (7) McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000, 284: 1.689-95.
- (8) WHO Collaborative Project on Identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on Phase IV: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/identification\\_management\\_alcoholproblems\\_phaseiv.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf).
- (9) Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico: <http://www.iss.it/binary/esps/cors/programma%20di%20formazione%20IPB%20a%20edizione.1208857286.pdf>.

## Profili alimentari

L'alimentazione è un'attività basilare per il mantenimento della vita e, oltre ad avere una ovvia valenza biologica, ha un portato culturale legato alle tradizioni culinarie e alle produzioni agro-alimentari locali.

Un modello alimentare rappresenta un fenomeno complesso in relazione al numero di variabili che concorrono alla sua definizione, al numero di variabili esplicative e, infine, alla varietà di settori della vita da cui dipende la domanda alimentare e il consumo degli alimenti. Un ostacolo notevole agli studi che vogliono monitorare l'andamento della dieta individuale nel tempo e/o nello spazio, è rappresentato dalla corretta interpretazione dei dati poiché, spesso, le fonti differiscono nella metodologia di raccolta e nel trattamento.

La sezione alimentare del modulo "Aspetti della vita quotidiana" annualmente investigati nell'ambito dell'indagine Multiscopo, costituisce una fonte di dati importante che permette di sintetizzare alcuni aspetti dei profili alimentari correnti confrontabili con le raccomandazioni nutrizionali dettate dalle Linee Guida ed espresse in termini di frequenza di consumo.

In questo capitolo è stata illustrata la dimensione regionale dei profili alimentari territoriali, in termini di frequenze di consumo dei principali gruppi di alimenti, analizzati in relazione ad un indicatore obiettivo (consumo di 5 e più porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta) e agli stili alimentari correnti.

La dimensione regionale è stata anche esplorata in relazione al tempo, mediante un'analisi della serie storica di ciascuna frequenza di consumo, ricavando una sintesi delle tendenze di consumo nelle diverse regioni con riferimento in particolare al gruppo dei giovani.

Un'attenzione particolare è stata rivolta, inoltre, ad un altro gruppo di popolazione che per certi aspetti si può definire vulnerabile e cioè al gruppo degli ultrasessantacinquenni con riferimento a coloro che hanno avuto un'esperienza di tipo ospedaliero. A questo argomento è stato dedicato un approfondimento "Rischio di malnutrizione e i determinanti psicosociali in età geriatrica" pubblicato sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Mariani Costantini A., Cannella C., Tomassi G (a cura di) (2006): Alimentazione e Nutrizione Umana. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. p. 3.
- (2) Keys A., Menotti A., Karvonen M.J., Aravaiz C., Blackburn H., Buzina R., Djordjevic B.S., Dontas A.S., Fidanza F., Kyes M.H., Kromhout D., Nedeljkovic S., Punsar S., Seccareccia F. e Toshima H. (1986): The Diet and 15-year death rate in the Seven Countries Study. *American Journal of Epidemiology*, 124 (6), 903-915.
- (3) BJN - British Journal of Nutrition (2009), 101, Suppl. 2, S2-S5.
- (4) INRAN - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (2003): Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Roma, INRAN-MiPAAF.
- (5) SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana (1996): Livelli di Assunzione Raccomandati giornalieri Raccomandati di energia e Nutrienti - LARN. <http://www.sinu.it/pubblicazioni.asp>.
- (6) USDA - United States Department of Agriculture (2008): Healthy Eating Index. Center for Nutrition Policy and Promotion. <http://www.cnpp.usda.gov/healthyeatingindex.htm> ultima modifica 23/04/2008.
- (7) Istituti di Scienza dell'Alimentazione (2005): Piramide Alimentare Italiana <http://www.piramideitaliana.it/>.
- (8) Alberti-Fidanza A., Fidanza F. (2005). The healthy Italian Mediterranean Diet Temple Food Guide.(Pyramids). *Nutrition Today* (March 1).
- (9) Istat (2008): "La vita quotidiana nel 2007". Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2007. Collana Informazioni. Istat 2008; 10: 53-63.

## 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 2007 (2), consentono di descrivere un profilo alimentare delle regioni in termini di numero di volte che le persone di 3 anni ed 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).

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,

### Percentuale di persone per consumo di alimenti

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

**Validità e limiti.** Il profilo di consumo alimentare di ciascuna regione è costituito dalla percentuale di popolazione che ha indicato di consumare ciascun gruppo alimentare secondo la frequenza indicata nell'apposito questionario (2).

La tipologia di dati, 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. Non è possibile confrontare l'assunzione giornaliera con i 400 g di ortaggi e frutta raccomandati a livello europeo (1), ma la registrazione del numero di porzioni giornaliera permette di stimare quante persone consumano almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta. Occorre tenere presente che negli alimenti multi-ingredienti il consumo di singoli alimenti può essere sottostimato, nel senso che si può perdere la percezione dei singoli ingredienti. Ad esempio, pensando alle porzioni di pomodori, il pomodoro consumato come componente della pizza può non essere incluso nel calcolo mentale che il rispondente fa per compilare il questionario, così come il latte che consumiamo nei dolci, il sale nei diversi prodotti e così via.

**Valore di riferimento/Benchmark.** La soglia delle 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta, costituisce l'indicatore obiettivo. Le regioni sono posizionate in relazione alla percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni al giorno di questo gruppo alimentare. I consumi per tipologia di alimenti sono

con l'indicatore obiettivo delle 5 porzioni al giorno di ortaggi e frutta (4).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (3) 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 un'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 (4), ma anche alle modalità con cui la popolazione si alimenta, considerando variabili come luoghi, tempi e occasioni di assunzione dei pasti.

analizzati in relazione all'indicatore obiettivo ed a indicatori dello stile alimentare (luogo e importanza dei pasti).

### Descrizione dei risultati

Nel 2007, la proporzione di persone che assume almeno 5 porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta (indicatore obiettivo) è uguale al 5,6% (IC 4,7%-6,6%), con un +0,38 rispetto al 2006. Al fine di fornire un quadro sintetico del profilo alimentare regionale, tenendo conto del consumo dei gruppi di alimenti e delle modalità di consumo (luoghi e occasioni), è stato usato un indicatore semplice quale il coefficiente di correlazione tra queste variabili e l'indicatore obiettivo. I risultati sono descritti per gruppi di alimenti in base al segno e alla forza del legame lineare tra le variabili descrittive del profilo alimentare regionale e l'indicatore obiettivo.

Le voci che concorrono a raggiungere "5 o più porzioni di ortaggi e frutta" hanno ruoli diversi: singolarmente "verdure" e "ortaggi" consumati almeno una volta al giorno presentano  $r = 0,6$  per entrambe le voci, mentre così non è per la frutta ( $r = -0,5$ ). Dove si consuma più frequentemente tutto il gruppo "verdura, ortaggi e frutta" almeno una volta al giorno non necessariamente si ha un maggiore numero di persone che supera le 5 porzioni al giorno ( $r = -0,2$ ). Laddove si consuma più frequentemente "1 sola porzione al giorno di verdure, ortaggi o frutta", ovviamente, più difficilmente si supera la soglia dell'indicatore obiettivo ( $r = -0,5$ ).

Considerando le altre componenti della dieta (Tabella 1), l'indicatore obiettivo presenta correlazione negativa ( $r < -0,4$ ) con il consumo almeno una volta al giorno

no di “pane, pasta o riso” ( $r = -0,6$ ), di “uova” ( $r = -0,6$ ) e di “pesce” ( $r = -0,5$ ).

Una debole correlazione positiva ( $0 < r < 0,5$ ) si ha tra il consumo quotidiano di “formaggi”, “latte” e “dolci”, mentre una debole correlazione negativa ( $-0,5 < r < 0$ ) si osserva per il consumo qualche volta a settimana di “carne” (bovina, maiale e bianca), “legumi in scatola” e “snack”.

Solo la percentuale di persone di 3 anni ed oltre che usualmente pranza in mensa ( $r = 0,6$ ), o al ristorante ( $r = 0,5$ ) ha correlazione positiva, mentre l’analoga percentuale di chi pranza in casa ha correlazione negati-

va ( $r = -0,5$ ).

Il Grafico 1 illustra il legame tra il valore dell’indicatore obiettivo e i tre indicatori dello stile alimentare per cui la correlazione lineare è  $< -0,5$  (percentuale di persone di 3 anni ed oltre che abitualmente pranza in casa) o  $> +0,5$  (percentuale di persone di 3 ed oltre anni che abitualmente pranza in mensa o al ristorante/trattoria). L’analisi evidenzia che nelle regioni dove è più diffusa l’abitudine di pranzare fuori casa una percentuale più elevata di persone dichiara di mangiare 5+ porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta.

**Tabella 1** - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di alcuni cibi, per regione - Anno 2007

Regioni	Gruppi di alimenti con distribuzione concorde rispetto all’indicatore obiettivo ( $r > 0$ )			Indicatore obiettivo	Gruppi di alimenti con distribuzione discordante rispetto all’indicatore obiettivo ( $r < 0$ )								
	Latte*	Formaggio*	Dolci°		Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate 5 e più volte al giorno	Pane, pasta, riso*	Uova°	Pesce°	Snack°	Legumi in scatola°	Carni bianche°	Carni bovine°	Salumi°
Trento	58,5	37,2	42,8	10,0	81,5	43,7	46,7	17,0	37,4	71,3	60,3	59,0	44,3
Trentino-Alto Adige	62,9	41,8	46,1	8,7	78,9	45,2	38,2	16,8	29,6	59,6	53,3	61,0	37,5
Bolzano-Bozen	67,5	46,6	49,5	7,3	76,2	46,8	29,5	16,7	21,5	47,5	46,0	63,0	30,5
Lombardia	57,2	29,0	51,8	6,9	82,6	49,2	57,6	27,4	36,5	80,9	71,0	67,1	39,5
Molise	64,1	20,1	48,0	6,9	88,7	59,4	63,2	25,6	61,9	83,4	76,8	68,1	62,3
Sardegna	61,7	33,2	48,0	6,8	82,0	50,5	56,4	20,4	40,3	78,6	73,2	58,0	59,8
Piemonte	55,8	33,6	50,5	6,6	85,4	56,4	52,5	19,7	31,4	80,2	70,9	58,2	36,6
Marche	59,4	13,1	53,8	6,6	90,9	54,9	65,7	18,4	33,6	84,9	78,4	65,6	54,3
Veneto	58,6	32,0	54,8	6,4	84,2	45,4	51,4	23,1	31,5	78,8	68,2	58,0	43,6
Umbria	65,0	15,4	49,8	6,1	85,8	58,8	60,5	21,2	57,7	86,0	79,7	66,9	64,3
Abruzzo	56,6	20,7	46,6	5,7	89,3	60,7	60,2	24,1	49,5	83,5	72,4	62,6	48,4
Campania	60,3	11,6	43,8	5,6	87,6	64,2	72,7	32,1	72,8	83,2	79,1	62,0	57,1
<b>Italia</b>	<b>59,3</b>	<b>23,8</b>	<b>47,9</b>	<b>5,6</b>	<b>85,5</b>	<b>55,1</b>	<b>60,1</b>	<b>23,6</b>	<b>43,6</b>	<b>79,3</b>	<b>71,8</b>	<b>60,7</b>	<b>46,1</b>
Lazio	67,8	15,7	40,2	5,5	82,0	61,0	65,9	18,5	42,3	79,8	75,4	47,4	45,4
Liguria	55,8	27,0	45,6	5,3	83,9	58,9	61,5	18,3	30,6	77,7	70,6	59,5	39,4
Emilia-Romagna	54,5	21,4	54,4	5,3	87,4	47,6	52,1	21,1	34,8	77,4	66,8	67,9	50,1
Puglia	63,6	19,4	42,6	5,3	82,2	52,6	64,1	26,5	53,2	72,6	67,7	58,2	44,3
Toscana	65,0	24,1	49,3	5,1	89,3	50,9	55,5	17,7	45,0	81,5	73,8	59,4	49,0
Friuli-Venezia Giulia	62,0	28,5	50,3	4,7	81,2	55,5	49,8	21,3	32,6	76,3	65,2	59,1	49,8
Valle d’Aosta	60,6	44,1	49,9	3,8	88,7	51,0	51,9	19,6	34,5	80,6	74,9	60,7	33,5
Sicilia	53,1	23,2	43,3	3,5	91,9	65,9	69,6	24,5	46,6	78,2	74,1	60,2	40,9
Calabria	53,4	22,4	44,2	2,7	86,7	59,4	64,0	27,7	55,4	76,9	69,6	62,4	53,3
Basilicata	58,0	22,4	47,9	2,3	89,9	61,9	64,7	29,2	72,9	81,5	70,2	69,9	55,1

\*Almeno una volta al giorno.

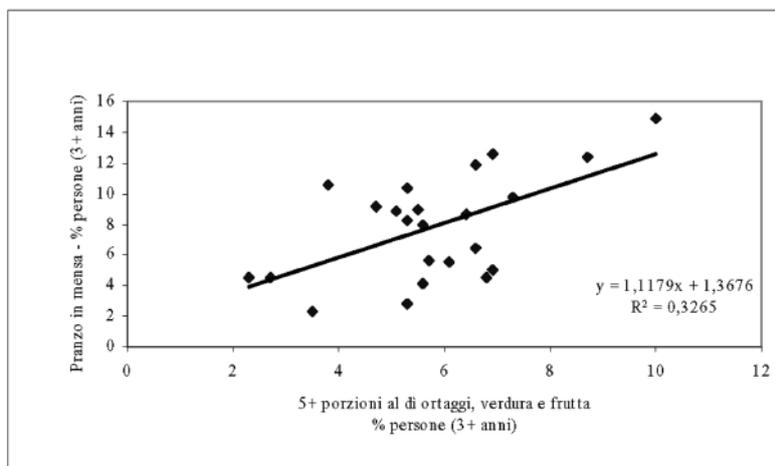
°Almeno qualche volta alla settimana.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

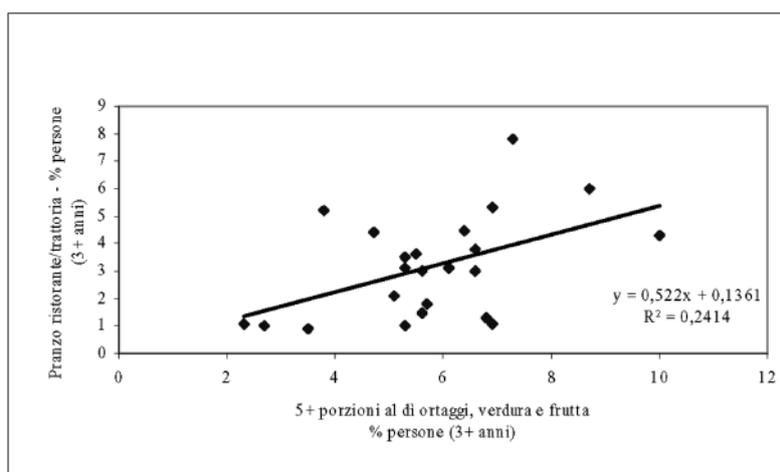
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2008.

**Grafico 1** - Relazione tra proporzione di persone di 3 anni ed oltre (per 100 persone della stessa zona) per consumo di “5+ porzioni di ortaggi, verdura e frutta al dì” e 3 indicatori di stile alimentare: pranzo in mensa, pranzo al ristorante o trattoria, pranzo in casa, per regione - Anno 2007

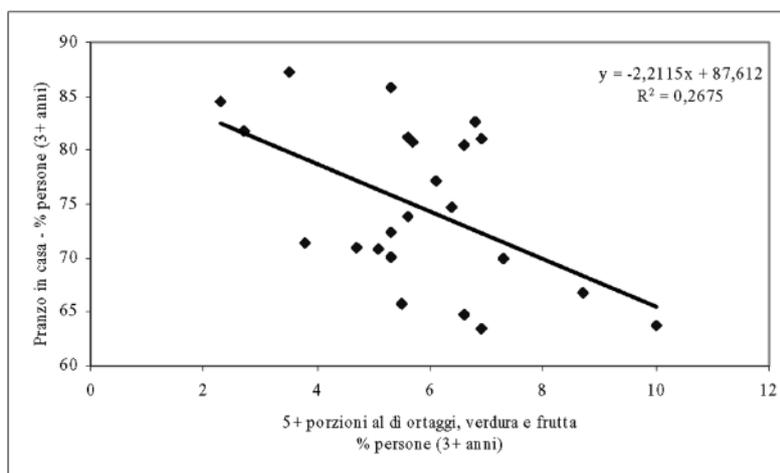
**Pranzo in mensa**



**Pranzo al ristorante o trattoria**



**Pranzo in casa**



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera le 5 porzioni al giorno, è ancora piuttosto bassa. Occorre, perciò, continuare a promuovere il consumo di ortaggi, verdura e frutta, insieme ad un invito esplicito a condire con olio extravergine di oliva (oltre al già ampiamente diffuso uso di oli e grassi vegetali) ed a fare attenzione all'aggiunta del sale.

L'evoluzione dei consumi alimentari nel contesto e nella dinamica economica attuali ha messo in evidenza il ruolo della ristorazione collettiva (mensa) e commerciale (ristorante/trattoria) e, quindi, il consumo dei pasti fuori casa in relazione all'assunzione giornaliera di ortaggi, verdura e frutta.

Il gradiente geografico sembra attenuarsi in relazione al consumo di questa tipologia di alimenti, ma considerata l'esiguità delle variazioni su base annuale, dovrà essere effettuata una verifica analizzando la struttura della serie storica in un arco temporale più esteso.

Il monitoraggio dei consumi e delle variabili dello stato di nutrizione e dello stile di vita della popolazione, quali l'attività fisica (5), rientra, quindi, sicuramente tra le azioni raccomandate, insieme all'educazione alimentare anche tra gli operatori della ristorazione collettiva.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001: <http://eurodiet.med.uoc.gr/first.html>.
- (2) Istat (2008): "La vita quotidiana nel 2007". Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2007. Collana Informazioni. Istat 2008; 10: 53-63.
- (3) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione 2003.
- (4) Turrini A (2009). Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2008; 59-62.
- (5) Centro nazionale per la prevenzione il Controllo delle malattie. Piano d'azione Oms 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili. Documento pubblicato sul web il 30-03-2009: [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area2/GS\\_Action\\_plan\\_2008-2013.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf).

## Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande

**Significato.** L'andamento delle frequenze di consumo di alimenti e bevande rappresenta un indicatore degli stili di vita della popolazione. Questo può essere stimato tramite un'analisi sui dati dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferita agli anni 2001-

2008. L'indicatore proposto è costituito dalla variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti e bevande. Applicando questa costante al dato di ciascun anno si ottiene la variazione relativa complessiva del periodo (1).

### *Variazione media annuale delle frequenze di consumo di alimenti*

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } t) - (\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di persone di 3 anni ed oltre per frequenza di consumo di alimenti al tempo } 0)$

### *Variazione media annuale delle frequenze di consumo di bevande*

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } t) - (\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di persone di 14 anni ed oltre per frequenza di consumo di bevande al tempo } 0)$

### *Variazione media annuale di consumatori di alimenti*

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } t) - (\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di consumatori di 3 anni ed oltre per alimenti al tempo } 0)$

### *Variazione media annuale di consumatori di bevande*

Numeratore	$\frac{(\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } t) - (\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } 0)}{}$
Denominatore	$(t-1) \times (\text{Percentuale di consumatori di 14 anni ed oltre per bevande al tempo } 0)$

**Validità e limiti.** La stima del trend evolutivo in presenza di variabili qualitative è stata costruita, a partire dalle distribuzioni delle risposte alle diverse modalità, in fasi di sintesi successive. La prima fase ha riguardato l'accorpamento delle classi in funzione del tipo di alimento, al fine di evitare l'influenza delle modalità meno rilevanti, considerando l'uso abituale e la quantità di porzione desiderabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata. Ad esempio, per il gruppo pane-pasta-riso è stata mantenuta la modalità di consumo "più di una volta al giorno" e sono state accorpate "qualche volta a settimana" e "meno di una volta a settimana" (a formare "meno di una volta al giorno"). Per altri alimenti, il cui consumo non avviene abitualmente su base giornaliera, "più di una volta al giorno" e "una volta al giorno" sono state accorpate a formare "almeno una volta al giorno". Come secondo passo si è proceduto a classificare le variazioni medie annuali, sia delle singole classi di frequenza, che del totale dei consumatori, per ogni gruppo alimentare e

di bevande, secondo l'andamento decremento/aumento. La successiva fase è consistita nella sintesi congiunta dell'andamento dei consumatori e delle frequenze per ogni gruppo in base allo schema decremento/aumento. In questo modo il trend del singolo gruppo viene classificato in 5 modalità:

- 1) Fortemente Crescente (FC): aumento dei consumatori e intensificazione di tutte le frequenze;
- 2) Crescente (C): aumento dei consumatori e intensificazione delle frequenze più elevate;
- 3) Diffusione Consumo Moderato (DCM): aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze;
- 4) Polarizzazione (P): diminuzione dei consumatori e intensificazione delle frequenze;
- 5) Decrescente (D): diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze.

L'insieme di queste etichette fornisce un profilo dell'andamento nel periodo che, pur non consentendo una valutazione nutrizionale in termini scientifici classici (quantità di energia e nutrienti assunte, stima

dei fabbisogni/raccomandazioni nutrizionali, 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.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Essendo l'analisi prevalentemente di tipo qualitativo, non risulta di immediata individuazione un esplicito valore di riferimento. Ciò nonostante, si può assumere come benchmark un ipotetico andamento tendenziale, con alcune caratteristiche considerate auspicabili e coerenti con una dieta equilibrata. Queste tendenze, per così dire ideali, risulterebbero rivolte, da un lato, al recupero di alimenti fonte di carboidrati, all'incremento del consumo di ortaggi, frutta e legumi e di olio d'oliva, dall'altro, alla riduzione delle fonti di grassi come formaggi e salumi, di zuccheri semplici e di bevande alcoliche e al consumo moderato di carne, pesce e uova.

#### **Descrizione dei risultati**

Nell'ultimo anno disponibile (2008) le tendenze non subiscono cambiamenti sostanziali rispetto a quanto risultava nella precedente analisi (4). Infatti, negli anni 2001-2008, le tendenze evolutive nella frequenza di consumo risultano molto lontane dal quadro di riferimento delineato come auspicabile, indicato come valore di riferimento/benchmark (Tabella 1). Se da un lato si può valutare positivamente l'andamento decrescente (diminuzione dei consumatori e rarefazione delle frequenze) delle fonti di grassi (salumi, formaggi), la stessa tendenza calante, non certo positiva in questo caso, si osserva per il consumo di alimenti proteici (alcune carni e uova) e di cereali e patate. Questo dato non fa ben sperare per il recupero dei carboidrati che dovrebbero essere assunti in una dieta equilibrata (circa 84% del fabbisogno medio giornaliero). Inoltre, si assiste alla polarizza-

zione (diminuzione dei consumatori e intensificazione delle frequenze) nel consumo di vegetali, compresi i legumi, frutta, pesce e latte. Per i dolci si osserva la diffusione del consumo moderato (aumento dei consumatori e rarefazione delle frequenze), mentre risulta fortemente crescente (aumento delle frequenze e intensificazione di tutte le frequenze) il consumo di snack salati (ma il dato per questi gruppi è rilevato solo a partire dal 2003). Positivo l'andamento riguardante i grassi per cottura e condimento; risulta crescente l'uso di olio d'oliva e decrescente quello dell'olio di semi e burro. Per il consumo di bevande analcoliche si osserva la diminuzione delle bevande gassate, la diffusione del consumo moderato di aperitivi analcolici e la crescita del consumo di acqua minerale. Per le bevande alcoliche risulta positivo l'andamento decrescente per birra, vino, amari e super alcolici e la diffusione del consumo moderato per gli alcolici fuori pasto, mentre risulta negativo quello crescente di aperitivi alcolici.

Nella Tabella 2 sono riportate, nel dettaglio, le tendenze evolutive per le regioni. La regione con andamento più vicino a quello auspicabile risulta la Valle d'Aosta. In genere, le regioni settentrionali, risultano avere un trend più positivo. Le regioni centrali, meridionali ed insulari risultano avere un andamento più simile a quello medio, anche se va segnalato il trend crescente per frutta e verdura in Toscana.

Nell'ultimo anno, per i più giovani (Tabella 3), si assiste ad un riavvicinamento, in senso positivo, al profilo medio, soprattutto nei bambini di 3-5 anni, con la riduzione tendenziale del consumo di salumi e la diffusione del consumo moderato di carni bianche, maiale e uova. Al contrario, per i ragazzi di 14-17 anni, permane il trend molto negativo di un consumo fortemente crescente di alcolici fuori pasto, aperitivi alcolici e super alcolici, nonché la diffusione del consumo moderato degli amari.

**Tabella 1** - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande - Anni 2001-2008

Fortemente Crescente	Crescente	Diffusione Consumo Moderato	Polarizzazione	Decrescente
<b>CEREALI, TUBERI</b>				
				<i>pane, pasta, riso patate</i>
<b>CARNE, PESCE, UOVA</b>				
			<i>carne di maiale pesce</i>	<i>salumi carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello carne bovine uova</i>
<b>LATTE E DERIVATI</b>				
			<i>latte</i>	<i>formaggi, latticini</i>
<b>ORTAGGI, FRUTTA, LEGUMI</b>				
			<i>verdure in foglie cotte e crude pomodori, melanzane, zucchine, etc. frutta legumi</i>	
<b>SNACK, DOLCI</b>				
<i>snack</i>				<i>dolci</i>
<b>GRASSI PER COTTURA</b>				
	<i>olio di oliva</i>			<i>olio di semi burro</i>
<b>GRASSI PER CONDIMENTO</b>				
	<i>olio di oliva</i>			<i>olio di semi burro</i>
<b>BEVANDE ANALCOLICHE</b>				
		<i>aperitivi analcolici</i>	<i>acqua minerale bevande gassate</i>	
<b>BEVANDE ALCOLICHE</b>				
	<i>aperitivi alcolici</i>	<i>alcolici fuori pasto</i>		<i>birra vino  amari super alcolici</i>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

Tabella 2 - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2008

Alimenti	PIE	VDA	LOM	TAA	BZ	TN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA
<b>CEREALI, TUBERI</b>																							
pane, pasta, riso	DCM	C	D	DCM	DCM	DCM	DCM	D	P	DCM	DCM	D	D	DCM	P	DCM	D	C	D	C	DCM	DCM	D
patate	D	DCM	D	D	C	D	C	D	D	DCM	C	P	D	D	D	DCM	D	D	P	P	C	P	D
<b>CARNE, PESCE, UOVA</b>																							
salumi	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	DCM	DCM	D	D	D	D
carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	P	D	DCM	D	P	DCM	D	D	D	DCM	D	D	D	P	D	D	P	C	P	P	P	DCM	P
carne bovina	P	D	D	D	P	D	D	D	D	D	P	D	D	P	C	D	C	C	C	C	D	D	P
carne di maiale	P	FC	P	D	P	D	P	DCM	DCM	D	P	D	D	P	C	C	P	DCM	C	D	D	D	P
uova	DCM	DCM	P	DCM	DCM	D	D	P	D	FC	P	D	DCM	D	DCM	DCM	D	C	D	DCM	DCM	C	D
pesce	P	D	P	C	C	D	D	P	P	D	P	DCM	DCM	P	DCM	D	P	DCM	P	D	D	C	P
<b>LATTE E DERIVATI</b>																							
latte	D	P	D	P	P	D	DCM	D	D	P	P	P	C	D	C	D	C	C	D	D	P	C	P
formaggi, latticini	D	P	D	D	D	P	D	D	D	D	P	P	DCM	D	D	D	D	C	D	C	D	C	DCM
<b>ORTAGGI, FRUTTA, LEGUMI</b>																							
verdure in foglie cotte e crude	P	P	P	P	P	P	P	P	P	C	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
pomodori, melanzane, zucchine etc.	P	C	P	D	P	D	D	P	P	C	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
frutta	P	P	C	P	C	D	P	P	P	C	C	P	P	P	P	D	P	P	P	P	D	P	P
legumi	DCM	DCM	DCM	D	DCM	P	D	FC	C	D	C	P	DCM	D	D	C	P	C	C	C	P	P	P
<b>SNACK, DOLCI</b>																							
snack	D	D	DCM	C	C	C	0	FC	DCM	FC	FC	P	D	P	DCM	C	DCM	DCM	C	C	DCM	C	FC
dolci	C	DCM	DCM	DCM	C	DCM	C	P	D	DCM	D	D	D	D	P	C	D	P	C	C	DCM	D	DCM
<b>GRASSI PER COTTURA</b>																							
olio di oliva	D	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	D	D	C	C	D	C	D	C	C	C	C	C
olio di semi	C	D	D	D	D	D	D	D	D	C	C	C	C	D	C	C	D	C	C	D	D	D	D
burro	D	C	D	D	D	D	D	C	D	C	C	C	C	D	I	C	D	D	I	D	I	D	D
<b>GRASSI PER CONDIMENTO</b>																							
olio di oliva	D	C	I	C	C	C	C	D	D	C	D	D	D	C	C	D	C	C	C	C	C	D	C
olio di semi	C	D	D	D	D	D	D	C	C	D	C	C	C	D	C	C	D	C	C	C	C	C	D
burro	D	D	D	D	D	D	D	C	D	D	I	I	D	I	C	C	D	D	I	C	C	C	D

**Tabella 2 - (segue) Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande per regione - Anni 2001-2008**

Alimenti	PIE	VDA	LOM	TAA	BZ	TN	VEN	VEN	FVG	LIG	EMR	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	MOL	CAM	PUG	BAS	CAL	SIC	SAR	ITA	
<b>BEVANDE ANALCOLICHE</b>																									
acqua minerale	P	P	P	P	D	P	P	P	P	P	C	P	C	P	P	C	C	C	P	C	C	C	C	D	P
bevande gassate	P	P	D	P	P	D	C	D	D	P	FC	P	D	D	P	DCM	P	DCM	FC	D	D	P	P	D	P
aperitivi analcolici	D	DCM	D	DCM	DCM	D	D	D	D	DCM	D	D	C	D	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	C	C	DCM	DCM	DCM	DCM
<b>BEVANDE ALCOLICHE</b>																									
birra	D	DCM	DCM	D	DCM	D	D	D	P	P	D	D	D	D	D	P	D	D	D	P	D	D	D	D	D
vino	D	D	D	D	DCM	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
consumo di alcolici fuori i pasti	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	C	DCM	D	D	DCM	DCM	C	D	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	DCM	C	C	DCM	DCM	DCM	DCM
<b>DCM</b>																									
aperitivi alcolici	P	D	DCM	FC	FC	P	C	P	C	P	FC	FC	P	P	DCM	DCM	DCM	D	DCM	P	D	DCM	D	D	C
amari	D	D	D	DCM	FC	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	D	D	P	D	D	D	D	D
super alcolici	D	D	D	P	C	P	D	D	D	D	D	D	D	D	D	DCM	FC	D	D	P	D	D	D	D	D

FC = Fortemente Crescente; C = Crescente; DCM = Diffusione Consumo Moderato; P = Polarizzazione; D = Decrescente; I = Invariato.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

**Tabella 3** - Tendenze evolutive nella frequenza di consumo di alimenti e bevande nei giovani di 3-17 anni - Anni 2001-2008

Frequenze di consumo	Classi di età			
	3-5	6-10	11-13	14-17
<b>Fortemente Crescente</b>	pesce	latte	pesce	acqua minerale - bevande gassate - aperitivi analcolici - consumo di alcolici fuori pasto - aperitivi alcolici - super alcolici
<b>Crescente</b>	olio di semi - legumi - burro	olio di oliva - olio di semi - burro	olio di oliva - olio di semi - burro	olio di oliva - olio di semi - burro - carne di maiale - carne bovina
<b>Diffusione Consumo Moderato</b>	pane, pasta, riso - carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello - carne di maiale - uova - formaggi, latticini - snack	pane, pasta, riso - carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello	pane, pasta, riso - snack	pane, pasta, riso - patate - uova - formaggi, latticini - amari
<b>Polarizzazione</b>	patate - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - frutta	carne bovina - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - frutta - legumi	carne di maiale - uova - latte - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - frutta	carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello - verdure in foglie cotte e crude - pomodori, melanzane, zucchine, etc. - legumi - snack
<b>Decrescente</b>	salumi - carne bovina - latte - dolci - olio di oliva - burro - olio di semi	patate - salumi - carne di maiale - uova - pesce - formaggi, latticini - snack - dolci - olio di semi - burro	patate - salumi - carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello - carne bovina - formaggi, latticini - legumi - dolci	salumi - pesce - latte - frutta - dolci - birra - vino

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Promuovere il ritorno ad una dieta legata alla tradizione alimentare italiana caratterizzata dal consumo di pasta e cereali, frutta e verdura, legumi, olio d'oliva e dal consumo moderato di bevande alcoliche essenzialmente in occasione dei pasti. In concomitanza, scoraggiare l'abitudine sempre più frequente al consumo di alimenti fonte di grassi e zuccheri e l'adozione di modelli nord-europei per il consumo di bevande alcoliche. In questo quadro è opportuno identificare *target* specifici per la comunicazione finalizzata all'informazione ed educazione alimentare. Tutto ciò sia in merito al territorio, considerando le regioni dove l'andamento risulta più negativo per specifici gruppi alimentari, sia riguardo ai gruppi di popolazione quali per esempio i più giovani. In particolare, il messaggio da ribadire ai giovani (e alle loro famiglie) e che almeno tra i più piccoli sembra iniziare a pren-

der piede, è di ridurre la frequenza di consumo delle carni e dei salumi a favore di un maggiore consumo di ortaggi e frutta, limitando anche le bevande alcoliche. Queste ultime, infatti, soprattutto tra gli adolescenti di 14-17 anni, delineano l'adozione di comportamenti a rilevante rischio per la salute.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (2002): "Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani" A. Turrini, A. De Carli, A. D'Amicis, S. Martines, S. Orsini; Roma, Istat 2002, "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute".
- (2) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.
- (3) Turrini A. (2008): Consumo di alimenti per tipologia. Osservasalute 2008, pp. 59-62.
- (4) Adamo D. (2008): Tendenze evolutive nel consumo degli alimenti e delle bevande tra la popolazione e nei giovani. Rapporto Osservasalute 2008, pp. 63-68.

## Sovrappeso e obesità

**Significato.** La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare, l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità. Nonostante il grado di malnutrizione esistente, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Siamo, infatti, di fronte a una vera e propria epidemia globale, che si sta diffondendo in molti Paesi e che può causare, in assenza di un'azione immediata, problemi sanitari molto gravi nei prossimi anni. Le ultime analisi

dell'OMS indicano che, a livello mondiale, circa 1,6 miliardi di adulti sono in sovrappeso e almeno 400 milioni di adulti sono obesi. Le proiezioni sono alquanto drammatiche. Infatti, entro il 2015, circa 2,3 miliardi di adulti saranno in sovrappeso e più di 700 milioni saranno obesi (1). È per questo motivo che il trattamento e la prevenzione di tale fenomeno rappresentano una delle sfide più grandi del nostro secolo e che le strategie di intervento dovrebbero essere caratterizzate da un approccio globale con interventi di tipo comportamentale e sociale mirati a modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita individuale.

### Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 18 anni ed oltre con IMC 25-30 e >30}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 18 anni ed oltre}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) e il quadrato dell'altezza (m<sup>2</sup>). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole in analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione tra i sessi o per fascia d'età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC  $\geq 25$  e "obesità" un IMC  $\geq 30$ .

L'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" è stata condotta su un campione (popolazione all'1/1/2007) di circa 58.700 individui, suddivisi in 23.400 famiglie, distribuite nelle diverse regioni. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o auto compilazione, pertanto, le informazioni raccolte, sono autoriferite.

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

### Descrizione dei risultati

Nel nostro Paese, le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di persone che risultano in sovrappeso (Campania 41,3%, Sicilia 41,1%) ed obese (Molise 13,2%, Basilicata 12,6%) rispetto alle regioni setten-

trionali (Trentino-Alto Adige, Piemonte e Lombardia); confrontando i dati del 2007 con quelli del 2008 presentati nel precedente Rapporto Osservasalute (pag. 78) relativi all'anno 2006, si osserva una tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso nella maggior parte delle regioni senza differenze geografiche, mentre risulta una diminuzione nelle regioni del Nord-Est per quanto riguarda le persone obese (Tabella 1). La quota di popolazione in condizione di eccesso ponderale (obesa o in sovrappeso) cresce al crescere dell'età: dal 16,5% tra i 18 e i 24 anni al 60% ed oltre tra i 55 e i 74 anni, per diminuire nelle età più anziane con il 55,8% tra le persone di 75 anni ed oltre. La condizione di sovrappeso o obesità risulta più diffusa tra gli uomini, rispettivamente il 44,3% ed il 10,6% rispetto al 27,6% ed al 9,2% delle donne (Tabella 2). Le differenze di genere riguardano anche il diverso comportamento dei sessi rispetto alla frequenza del controllo del peso. La frequenza con cui gli uomini adulti controllano il peso non si distingue significativamente rispetto alla condizione di eccesso o meno di peso, diversa la situazione per le donne per le quali emerge un comportamento differenziato, che se in sovrappeso tendono a limitare la frequenza dei controlli.

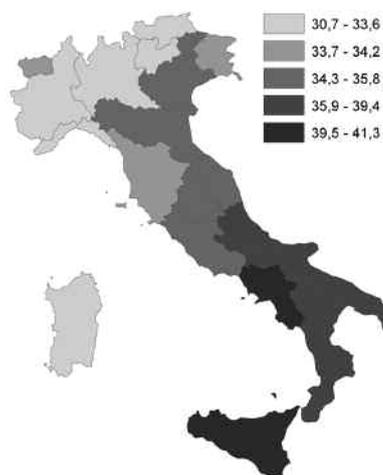
**Tabella 1** - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2007

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	32,4	8,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,2	9,8
Lombardia	31,3	9,0
Trentino-Alto Adige	31,8	8,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,7</i>	<i>7,3</i>
Trento	32,9	9,7
Veneto	34,3	9,4
Friuli-Venezia Giulia	34,2	9,3
Liguria	33,2	9,7
Emilia-Romagna	35,2	10,5
Toscana	34,2	9,7
Umbria	35,2	10,7
Marche	34,3	10,9
Lazio	35,8	8,1
Abruzzo	37,8	11,4
Molise	37,8	13,2
Campania	41,3	11,2
Puglia	39,4	11,7
Basilicata	37,8	12,6
Calabria	37,5	10,1
Sicilia	41,1	10,9
Sardegna	33,6	9,8
<b>Italia</b>	<b>35,6</b>	<b>9,9</b>

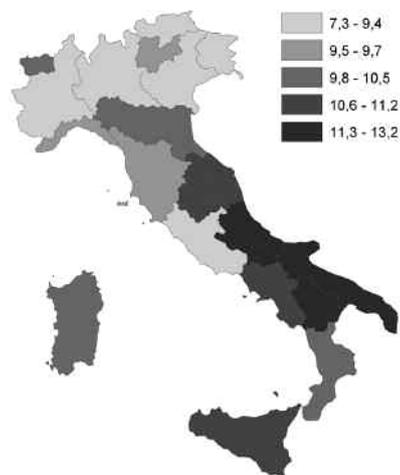
**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

**Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso (per 100) per regione. Anno 2007**



**Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre obese (per 100) per regione. Anno 2007**



**Tabella 2** - Prevalenza di persone di 18 anni ed oltre (per 100) in sovrappeso ed obese per classi di età e sesso - Anno 2007

Classi di età	Persone in sovrappeso		Persone obese	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24	18,5	9,5	3,1	1,9
25-34	33,7	14,1	5,1	3,3
35-44	44,0	19,2	10,4	6,2
45-54	51,1	28,8	13,0	10,8
55-64	54,1	38,4	16,1	14,4
65-74	52,9	41,3	14,4	14,0
75 ed oltre	49,9	40,1	10,7	12,8
<b>Totale</b>	<b>44,3</b>	<b>27,6</b>	<b>10,6</b>	<b>9,2</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dal confronto dei dati raccolti nelle precedenti indagini, la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso e obesità, è significativamente aumentata, con conseguente riduzione della quota dei normopeso. Alla luce di tale analisi, emerge come l'obesità non sia da considerarsi solo una malattia del singolo individuo, ma come il risultato di tanti fattori ambientali e socio-economici che condizionano fortemente le abitudini alimentari e gli stili di vita, determinando una diffusione epidemica dell'obesità stessa. La prevenzione dell'obesità è uno dei temi principali su cui si concentra l'attività del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che, da febbraio 2007, ha avviato il programma europeo "Guadagnare salute", il cui obiettivo è quello di rendere più facili e accessibili le scelte salutari e di promuovere campagne informative in cui la comunicazione risulta essere lo strumento fonamen-

tale per creare condizioni più favorevoli alle scelte che le persone possono fare per la propria salute. Parallelamente, è stato avviato, dall'Istituto Superiore di Sanità, OKkio alla SALUTE ("Sovrappeso e obesità nei bambini", pag. 74), un progetto per monitorare le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). L'obiettivo di OKkio alla SALUTE è quello di realizzare iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini, nella speranza di arginare la preoccupante situazione di eccesso ponderale infantile che si sta verificando nel nostro Paese: più di un bambino su tre ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età (2).

### Riferimenti bibliografici

- (1) WHO. Global Infobase 2009.
- (2) OKkio alla SALUTE. Indagine 2008.

## Sovrappeso e obesità nei bambini

**Significato.** Il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha acquisito un'importanza crescente negli ultimi anni, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie in età adulta (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio e cerebro-vascolari, dismetabolismi, cancro della mammella e del colon-retto, etc.) (1).

Al fine di definire e implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette (parametri antropometrici, abitudini alimentari, attività fisica ed eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana nutrizione), a ottobre 2007 il Ministero della Salute/CCM ha affidato al

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE". L'iniziativa, che è collegata al programma europeo "Guadagnare salute" e al "Piano nazionale della prevenzione", vede coinvolti diversi Enti e Istituzioni, tra cui il Ministero dell'Istruzione, l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), le Regioni e le Province Autonome (2).

La metodologia adottata è quella della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute con cadenza regolare (attualmente ogni 2 anni) su campioni rappresentativi a livello regionale e, in alcuni casi di ASL, della popolazione di 8-9 anni.

### Prevalenza di bambini obesi

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

### Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

**Validità e limiti.** Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza, per ragioni di efficienza operativa, in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento e per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza. Peraltro, il limite alla rappresentatività, posto da una certa quota di bambini che non frequentano la scuola, non ha conseguenze importanti nella fascia d'età considerata.

Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, per diverse ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà ed i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e attendibilità ad alcune semplici domande. Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto "a grappolo". Tale approccio prevede che le classi terze delle scuole primarie (denominate appunto "grappoli" o "cluster") e non i bambini individualmente siano selezionate dalle liste di campionamento, predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o di ASL. La selezione viene effettuata in modo che le classi con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di essere estratte rispetto alle classi con numerosità inferiore (metodo della *probability proportional*

*to size*). Questo tipo di campionamento presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro delle *équipe* su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (*random* o casuale semplice) che, probabilmente, richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL. Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile), in quanto vengono arruolati nell'indagine tutti gli alunni appartenenti alla classe campionata. Il principale svantaggio è di tipo statistico: i bambini all'interno dei *cluster* hanno la tendenza ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione è una sottostima della reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente, comunque, è facilmente compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, in ordine al raggiungimento dei livelli di precisione desiderati (intorno al 3-5%) per le stime ottenibili a livello regionale o, in qualche caso, di singola ASL.

I bambini sono stati misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto del-

la tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (3). Questi valori sono stati calcolati a partire dai valori soglia dell'Indice di Massa Corporea nell'adulto per il sovrappeso e l'obesità (rispettivamente 25 e 30 kg/m<sup>2</sup>), elaborando i dati medi di un campione di popolazione di varie nazioni: Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti.

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

### Descrizione dei risultati

Alla prima raccolta dati di OKkio alla SALUTE, avvenuta tra aprile e giugno 2008, hanno partecipato tutte le regioni tranne le Province Autonome di Trento e Bolzano e la Lombardia. Complessivamente, il livello di partecipazione, è stato molto elevato: solo il 3,4% dei genitori ha rifiutato l'adesione del proprio figlio su 50.197 bambini iscritti. Il 5,8% dei bambini era assente il giorno delle rilevazioni, in linea con il livello atteso di assenze tra il 5 e il 10%. Sono stati misurati 45.590 bambini. Di questi, il 23,6% è risultato in condizione di sovrappeso (IC 95%: 23,0%-24,2%), mentre la prevalenza di obesità si attesta al 12,3% (IC 95%: 11,9%-12,8%). Visto il ridotto numero di bambini di 7 e 10 anni frequentanti la terza classe primaria, i valori relativi a quelli di età 8-9 sono praticamente sovrapponibili: 23,6% per il sovrappeso (IC 95%: 23,0%-24,1%) e 12,3% per l'obesità (IC 95%: 11,8%-12,8%). Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) raggiungono il 36%. Assumendo per la Lombardia e per le PA di Trento e Bolzano, che non hanno partecipato alla rilevazione del 2008, valori uguali a quelli delle regioni confinanti, la stima nazionale per il sovrappeso risulta del 23,1% e per l'obesità dell'11,5%.

È stata, inoltre, calcolata la prevalenza di bambini di 8 e 9 anni in condizione di sottopeso che risulta essere dello 0,9% utilizzando i *cut-off* definiti da Cole et

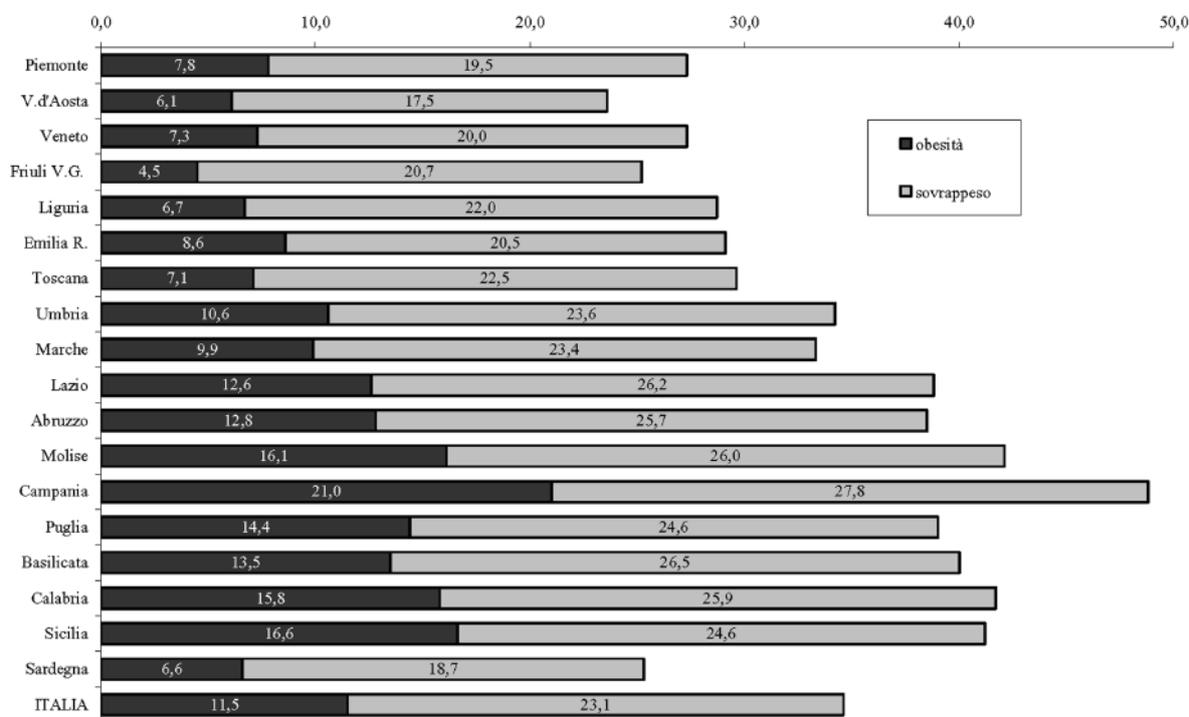
al (4). Il Grafico 1 riporta le percentuali di sovrappeso e obesità per l'Italia e per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni d'età. Si osserva una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Centro-Sud: dal 17,5% di sovrappeso in Valle d'Aosta al 27,8% in Campania; dal 4,5% di obesità in Friuli-Venezia Giulia al 21,0% in Campania. Il Grafico 2 mostra l'evidente gradiente geografico. Questo andamento si conferma anche considerando separatamente il sovrappeso e l'obesità.

Il fenomeno è stato approfondito ulteriormente considerando, con un modello di regressione logistica, l'associazione tra eccesso ponderale e alcune caratteristiche socio-demografiche dei bambini e delle loro madri.

Il rischio di sovrappeso e obesità risulta leggermente più basso tra le femmine rispetto ai maschi (35% vs 37%, OR = 0,91), mentre non varia significativamente con l'età quando si considerano le altre variabili coinvolte ( $p > 0,05$ ).

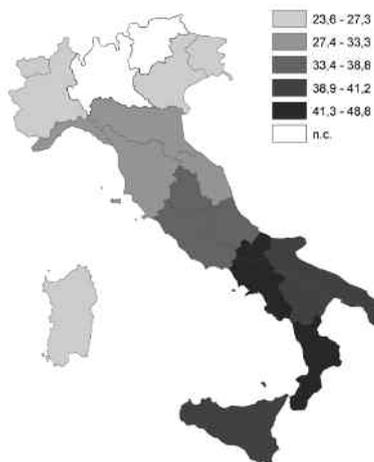
I bambini residenti nelle regioni del Nord presentano una minore prevalenza in confronto a quelle del Centro (OR = 1,30) e del Sud (OR = 1,92). Non si evidenziano, peraltro, differenze significative per zona abitativa, ad eccezione delle aree metropolitane che presentano un rischio leggermente aumentato rispetto ai piccoli centri urbani (OR = 1,10).

Il rischio di sovrappeso e obesità si associa ad alcune caratteristiche della madre. In particolare, analizzando i dati con un modello logistico, si osserva che questo rischio tende a diminuire con il crescere del livello di istruzione della madre, dal 39% per le donne senza alcun titolo, con licenza elementare o media inferiore, al 35% per quelle con diploma di scuola superiore (OR = 0,89) e al 30% per le laureate (OR = 0,68). Inoltre, i figli di donne senza alcuna occupazione o impiegate in occupazioni *part-time*, presentano un rischio minore rispetto ai figli di donne occupate a tempo pieno (OR = 0,86 per lavoro *part-time*; OR = 0,90 per nessuna occupazione). Infine, applicando a tutta la popolazione italiana di 6-11 anni le stime di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ottenute da questa raccolta dati, si è calcolato che il numero di coloro che presenterebbero un eccesso ponderale sarebbe pari a circa un 1.100.000 bambini, di cui 380.000 obesi.

**Grafico 1** - Percentuale di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni per regione - Anno 2008

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Superiore di Sanità. OKkio alla SALUTE. Anno 2008.

#### Percentuale di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) nei bambini di 8-9 anni per regione. Anno 2008



**Nota:** le percentuali del Trentino-Alto Adige e della Lombardia sono stimate.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

La ripetizione della raccolta dati nel 2010 e successivamente a scadenze definite, permetterà di descrivere nel tempo l'evoluzione dei fenomeni studiati. Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle ini-

ziative di promozione della salute da intraprendere con gli "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche-degenerative, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (genitori, scuola, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, *policy makers*, etc.). Infatti, la letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e, non meno importante, che abbiano una certa continuità nel tempo.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007.
- (2) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporto Istisan 09/24).
- (3) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.
- (4) Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 335: 166-7.

## Attività fisica

**Significato.** L'attività fisica svolta con continuità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare, almeno 30 minuti al giorno ad intensità moderata per 5 giorni a settimana, protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Si stima, infatti, che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%. Lo stile di vita sedentario è, tuttavia, in aumento nei Paesi sviluppati e questo, oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie cardiovascolari, malattie metaboliche e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

### Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" rileva ogni anno, mediante interviste dirette, molteplici aspetti della vita degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza perché consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. In particolare, sono stati analizzati i risultati dell'Indagine del 2007, che è stata condotta su un campione (popolazione all'1/1/2007) di circa 58.700 individui, suddivisi in 23.400 famiglie, distribuite nelle diverse regioni. La rilevazione della pratica sportiva si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti e sulla loro personale definizione di attività sportiva.

**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

In Italia nel 2007, come negli anni precedenti, è confermata un'importante differenza geografica: nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore (Sicilia 14,1%, Campania 14,2%, Calabria 14,3%) rispetto al Nord (Trentino-Alto Adige 30,7%, Veneto 26,4%, Lombardia 25,1%). Verosimilmente, l'analisi territoriale mostra come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, in particolare in Molise, Campania, Puglia,

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inattività fisica causa, indirettamente, circa 2 milioni di decessi ogni anno a livello mondiale. La prevalenza dei casi di inattività fisica nei Paesi in via di sviluppo oscilla fra il 17% ed il 91% e nei Paesi industrializzati dal 4% all'84%, mentre quella di coloro che fanno movimento, ma non ancora a livelli sufficienti (meno di 2,5 ore a settimana), varia tra il 31% e il 51%, con una media del 41% (1). A fronte di tali considerazioni, si ritiene necessario spostare l'attenzione ed il campo di intervento dalla malattia alla promozione della salute, passando da una concezione individuale di attività fisica ad un approccio più ampio di tipo collettivo.

Calabria e Sicilia dove più della metà delle persone dichiarano di non praticare nessuno sport (Tabella 1). Nel 2007, il 20,6% della popolazione italiana di 3 anni ed oltre, ha dichiarato di praticare in modo continuativo uno o più sport nel tempo libero e il 9,6% in modo saltuario. Nel complesso, quindi, l'attività sportiva ha interessato il 30,2% della popolazione. Le persone che, pur non facendo un'attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro) sono il 29,6% della popolazione, mentre la quota di sedentari, cioè di coloro che non praticano né uno sport né un'attività fisica nel tempo libero, è risultata pari al 39,5%. Rispetto al Rapporto Osservasalute 2008 (pagg. 84-85) si registra un leggero incremento della quota di persone che svolgono solo qualche attività fisica e una conseguente riduzione nella quota di sedentari. Le quote più alte di sportivi continuativi si riscontrano nella classe d'età tra i 6 e i 17 anni e, in particolare, tra gli 11 ed i 14 anni (56,3%); fare sport saltuariamente è, invece, maggiormente diffuso tra i giovani adulti (18-34 anni). All'aumentare dell'età diminuisce la quota di persone che praticano sport, sia in modo continuativo che saltuario, ed aumenta quella di coloro che svolgono qualche attività fisica. Infine, le quote maggiori di sedentari si riscontrano fra le persone molto anziane, oltre il 70% delle persone con più di 75 anni dichiara di non fare nessuno sport (Tabella 2).

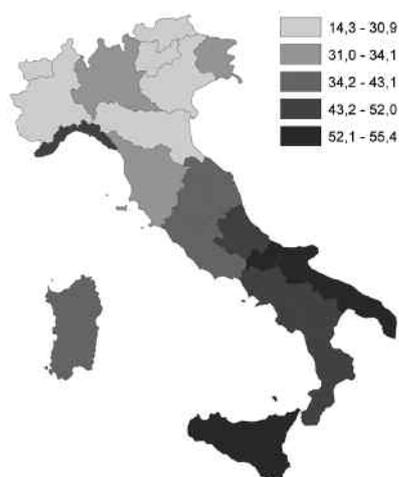
**Tabella 1** - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2007

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	22,7	13,2	33,8	30,0	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,8	18,4	28,8	28,6	0,4
Lombardia	25,1	10,2	31,3	32,7	0,8
Trentino-Alto Adige	30,7	21,1	32,9	14,9	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,1</i>	<i>24,6</i>	<i>24,6</i>	<i>14,3</i>	<i>0,3</i>
<i>Trento</i>	<i>25,6</i>	<i>17,8</i>	<i>40,8</i>	<i>15,5</i>	<i>0,3</i>
Veneto	26,4	11,5	36,6	24,8	0,8
Friuli-Venezia Giulia	21,9	10,7	35,6	31,3	0,4
Liguria	21,4	8,1	26,4	43,4	0,7
Emilia-Romagna	22,9	10,9	35,2	30,9	0,2
Toscana	20,4	9,6	35,5	34,1	0,4
Umbria	21,1	9,5	25,6	43,1	0,7
Marche	21,3	8,1	31,1	39,1	0,4
Lazio	21,5	7,6	28,7	41,0	1,2
Abruzzo	20,0	9,1	22,0	48,1	0,7
Molise	16,2	8,6	21,3	53,1	0,8
Campania	14,2	6,8	26,3	52,0	0,7
Puglia	15,6	7,1	22,9	53,0	1,4
Basilicata	19,3	8,8	23,8	47,4	0,8
Calabria	14,3	9,2	24,6	50,7	1,2
Sicilia	14,1	8,0	22,1	55,4	0,4
Sardegna	21,1	9,9	29,2	39,4	0,4
<b>Italia</b>	<b>20,6</b>	<b>9,6</b>	<b>29,6</b>	<b>39,5</b>	<b>0,7</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

**Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2007**



**Tabella 2** - Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che praticano sport o attività fisica per classe di età - Anno 2007

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
3-5	18,7	5,2	28,5	42,9	4,7
6-10	51,1	7,1	17,4	23,0	1,4
11-14	56,3	8,9	17,6	16,1	1,0
15-17	42,4	13,6	19,6	23,8	*
18-19	35,4	15,5	21,3	27,5	*
20-24	34,1	15,8	22,4	26,7	1,0
25-34	26,3	14,6	27,0	31,4	0,7
35-44	18,5	12,9	30,6	37,6	0,4
45-54	15,6	9,8	34,5	39,6	0,5
55-59	12,8	7,8	36,4	42,8	0,2
60-64	10,7	6,4	39,8	42,7	0,4
65-74	7,5	4,3	38,4	49,5	0,3
75 ed oltre	2,4	1,5	23,7	71,9	0,6
<b>Totale</b>	<b>20,6</b>	<b>9,6</b>	<b>29,6</b>	<b>39,5</b>	<b>0,7</b>

\*Dato non attendibile.

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Lo sviluppo di strategie che portino ad un aumento della diffusione dell'attività fisica, attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo di Sanità Pubblica che può essere raggiunto solo attraverso politiche sanitarie mirate, condivisione di obiettivi e individuazione delle responsabilità. Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono del resto evidenti sia a livello sociale che economico. La collettività ne trae giovamento non solo in termini di riduzione dei costi della Sanità Pubblica, di aumento della produttività, di miglior efficienza nelle scuole e di una riduzione dell'assenteismo sul lavoro, ma registrerebbe anche un aumento della partecipazione ad attività ricreative e relazionali. Promuovere l'attività fisica è, dunque, un'azione di Sanità Pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti, il programma *Healthy People 2010*, individua l'attività fisica come uno degli obiettivi di salute principali per il Paese; l'Unione Europea, nel *Public Health Programme (2003-2008)*, propone progetti che supportano e promuovono l'attività fisica mentre, in Italia, sia il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 affrontano il tema della sedentarietà in particolar modo dal punto di vista delle cause del diabete mellito. In quest'ottica, quindi, sono importanti tutte quelle iniziative volte da un lato a studiare e monitorare la

situazione nazionale (come lo studio PASSI per gli adulti e OKkio alla SALUTE per i bambini) (Sovrappeso e obesità nei bambini, pag 74) e dall'altro a promuovere sul territorio attività di prevenzione e promozione dell'attività fisica. Oggi, in tale ambito, si inserisce il programma sostenuto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento multisettoriale con azioni rivolte a favorire stili di vita salutari fra cui il forte suggerimento a svolgere attività fisica, che deve divenire un momento di benessere fisico e psicologico che coinvolge persone di tutte le età. L'obiettivo di tale programma è quello di indurre la concezione di attività sportiva vista come aggregazione sociale e attività educativa che preveda l'apprendimento di regole sane. I punti su cui si articola "Guadagnare Salute" riguardano, pertanto, la possibilità di favorire l'attività fisica nell'ambiente urbano e domestico, nei bambini e nei giovani, al lavoro e nel tempo libero, per le persone disabili, per le persone con disturbi e disagi mentali e per le persone anziane. Il raggiungimento di tale traguardo sarà possibile solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e le figure professionali interessate, ma anche e, soprattutto, della popolazione e della società civile.

### Riferimenti bibliografici

(1) WHO. Annual Global Move for Health. Concept paper. 2003.

## Copertura vaccinale della popolazione infantile

**Significato.** I vaccini rappresentano lo strumento più efficace per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere in modo duraturo ed efficace la persona vaccinata dall'infezione o dalle sue complicanze. Le vaccinazioni non proteggono soltanto la persona immunizzata, ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati, riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni.

Il tasso delle coperture vaccinali è l'indicatore principale per misurare l'efficienza e l'efficacia dei programmi di vaccinazione. Appare chiaro, quindi, come

la valutazione della copertura vaccinale rappresenti un importante strumento di Sanità Pubblica, che consente, da un lato di identificare le aree in cui le malattie infettive si potrebbero manifestare più facilmente e di prevederne quindi la comparsa e, dall'altro, di sviluppare interventi tempestivi di miglioramento dei programmi di vaccinazione per mantenere elevati i tassi di copertura. Nel nostro Paese, le coperture vengono rilevate annualmente e vengono valutati i dati al 24° mese di vita per cicli completi (3 dosi) del vaccino anti-Difterite e Tetano (DT), o DT e Pertosse (DTP), Epatite B (HBV), Poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR).

### Tasso di copertura vaccinale dei bambini

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

Bambini vaccinati di età inferiore ai 24 mesi  
Popolazione residente di età inferiore ai 24 mesi

**Validità e limiti.** I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (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 (MPR) si riferiscono ad una dose di MPR. Questi, tuttavia, potrebbero risultare sottostimati per quei bambini la cui vaccinazione viene segnalata nell'anno successivo.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale.

Il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita indica, come obiettivo, quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali di MPR, entro i 2 anni, superiori al 95%.

### Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia, nel 2007 e nel 2008 (Tabelle 1 e 2), si sovrappongono mediamente a quelli europei (1) e non si discostano in modo significativo da quelli rilevati nell'anno 2005 (Rapporto Osservasalute 2007, pagg. 71-72), anche se è possibile notare un lento, ma costante incremento soprattutto per quanto riguarda le coperture delle vaccinazioni raccomandate. In Italia, i tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) e la Pertosse, sono uni-

formemente distribuite su tutto il territorio, con una media nazionale superiore al 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti (Tabella 3); tuttavia, rimangono ancora alcune zone del nostro territorio in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal PNV (PA di Bolzano, Campania e Calabria). È importante, comunque, sottolineare che nel 2007, probabilmente, i valori ancora sub-ottimali di alcune coperture (ad esempio il 94,5% per la poliomielite in Campania), sono da attribuirsi a problemi legati alla registrazione delle vaccinazioni e al flusso informativo dal livello locale (rappresentato dalle ASL) a quello centrale (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR i dati non hanno ancora raggiunto il valore ottimale previsto (media nazionale 89,5%) però, confrontando con i dati degli anni precedenti, si osserva la tendenza all'aumento di circa un punto percentuale all'anno in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia e del Molise che hanno registrato una netta diminuzione dall'anno 2007. Nonostante il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita avesse come obiettivo prioritario quello di raggiungere l'eliminazione del Morbillo a livello nazionale e di mantenere l'incidenza della Rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100 mila nati vivi entro il 2007, nessuna regione ha raggiunto, ad oggi, l'obiettivo previsto del 95%. Per quanto concerne l'Hib, negli ultimi anni, si è osservato un aumento progressivo della copertura con il raggiungimento di un valore superiore a quello ottimale (95,7%), probabilmente correlato all'uso di preparati vaccinali combinati (vaccini obbligatori e raccomandati) previsti nel primo anno di vita.

**Tabella 1** - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per regione e tipologia - Anno 2007

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97,2	97,1	96,9	90,6	95,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	96,7	96,7	96,1	88,0	95,9
Lombardia	96,5	96,5	96,5	90,6	94,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,1</i>	<i>89,0</i>	<i>88,6</i>	<i>67,7</i>	<i>89,0</i>
<i>Trento</i>	<i>96,8</i>	<i>96,6</i>	<i>96,5</i>	<i>87,7</i>	<i>95,3</i>
Veneto	97,1	97,0	96,7	91,7	96,3
Friuli-Venezia Giulia	96,0	96,1	95,4	90,6	94,7
Liguria	96,5	96,5	96,4	86,6	95,8
Emilia-Romagna	97,6	97,6	97,4	93,5	96,7
Toscana	96,9	96,9	96,8	92,2	96,5
Umbria	97,8	97,7	97,5	93,4	97,4
Marche	97,5	97,7	97,4	91,2	97,2
Lazio	98,4	98,3	98,2	92,0	96,1
Abruzzo	97,9	97,9	97,9	93,1	97,9
Molise	98,0	98,0	98,0	97,3	98,0
Campania	94,5	94,5	94,5	86,8	94,4
Puglia	97,4	97,4	97,4	92,2	97,4
Basilicata	99,1	99,1	99,1	89,4	99,1
Calabria	95,4	95,4	95,4	86,4	95,3
Sicilia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Sardegna	97,9	97,9	97,9	91,5	97,8
<b>Italia</b>	<b>96,7</b>	<b>96,7</b>	<b>96,5</b>	<b>89,6</b>	<b>96,0</b>

n.p. = non pervenuti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

**Tabella 2** - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per regione e tipologia - Anno 2008

Regioni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	96,7	96,7	96,5	92,3	95,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	96,4	96,4	96,3	88,5	95,5
Lombardia	96,4	96,4	96,2	80,9	94,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>89,7</i>	<i>100,0</i>	<i>89,2</i>	<i>75,9</i>	<i>89,6</i>
<i>Trento</i>	<i>96,2</i>	<i>96,3</i>	<i>95,7</i>	<i>88,8</i>	<i>94,6</i>
Veneto	96,8	96,8	96,5	92,0	96,2
Friuli-Venezia Giulia	95,7	95,9	95,3	90,6	94,2
Liguria	96,7	97,1	97,0	86,8	96,7
Emilia-Romagna	97,4	97,5	97,2	93,6	96,5
Toscana	96,9	97,2	96,8	92,4	96,4
Umbria	97,0	97,0	97,0	94,6	97,0
Marche	98,0	98,0	97,9	93,2	97,4
Lazio	95,8	95,8	96,2	92,2	95,1
Abruzzo	97,9	97,9	97,9	92,2	97,9
Molise	98,2	98,2	98,2	91,8	98,2
Campania	93,1	90,7	94,9	88,6	94,9
Puglia	96,7	96,7	96,7	91,8	96,3
Basilicata	97,6	97,6	97,6	88,2	97,6
Calabria	94,9	94,9	94,9	88,6	94,9
Sicilia	96,9	97,4	96,6	85,3	96,6
Sardegna	97,2	97,3	97,3	92,3	97,0
<b>Italia</b>	<b>96,3</b>	<b>96,7</b>	<b>96,1</b>	<b>89,5</b>	<b>95,7</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

**Tabella 3** - Tassi di copertura vaccinale (per 100) per tipologia - Anni 2000-2008

Anni	Poliomielite	DT - DTP	HBV	MPR	Hib
2000	96,6	95,3	94,1	74,1	54,7
2001	95,8	95,9	94,5	76,1	70,2
2002	95,9	96,8	95,4	79,8	83,4
2003	96,6	96,6	95,4	82,0	90,4
2004	96,8	96,6	96,3	85,1	93,8
2005	96,5	96,2	95,7	82,7	94,7
2006	96,5	96,6	96,3	88,2	95,5
2007	96,7	96,7	96,5	89,6	96,0
2008	96,3	96,7	96,1	89,1	95,7

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I dati della sorveglianza indicano che, complessivamente, più del 96% dei bambini riceve le vaccinazioni previste dal calendario nazionale per il primo anno di vita contro Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B, Pertosse ed Hib mentre circa 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro Morbillo, Rosolia e Parotite. Negli ultimi anni, per raggiungere gli obiettivi ministeriali, sono stati avviati programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, come la campagna “Genitori Più”, sia di valutazione delle coperture vaccinali, come il progetto “Venice” dell'Unione Europea. Quest'ultimo, ha l'obiettivo di costruire una rete europea capace di raccogliere e condividere le informazioni sui pro-

grammi di immunizzazione nei Paesi membri e di monitorare, anche nell'ottica di valutare le migliori strategie in ambito di Sanità Pubblica, l'introduzione di nuove vaccinazioni, quale, ad esempio, quella contro il *papillomavirus* (2). L'implementazione dei tassi di copertura vaccinale e il mantenimento di livelli ottimali rivestono, dunque, un ruolo fondamentale in Sanità Pubblica, obiettivo orientato a privilegiare interventi che migliorino la salute e prevengano le malattie, riducendo contestualmente i bisogni e le spese necessarie alle cure.

### Riferimenti bibliografici

(1) WHO/UNICEF immunization coverage estimates. Anno 2009.

(2) Eurosurveillance, vol. 13, numero 33 - 14 agosto 2008.

## Copertura vaccinale antinfluenzale

**Significato.** L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali.

Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi e alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione, all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La vaccinazione antinfluenzale è il principale strumento per la prevenzione dell'infezione e viene offerta alle persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché alle persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicazioni a seguito di influenza. Inoltre, nella Circolare del 20/08/2009 del

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, vengono indicati i gruppi di popolazione per i quali l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è prioritaria. Tali gruppi sono: le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza; gli individui di qualunque età ricoverati presso strutture di lungodegenza; i medici ed il personale sanitario di assistenza; i familiari di soggetti ad alto rischio; gli addetti ai servizi pubblici di primario interesse collettivo ed il personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

### Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone vaccinate}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100$$

**Validità e limiti.** La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati routinariamente a livello regionale e trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Non si tiene, tuttavia, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Gli obiettivi di copertura, stabiliti dalla Circolare Ministeriale del 20/08/2009, per tutti i gruppi *target*, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.

### Descrizione dei risultati

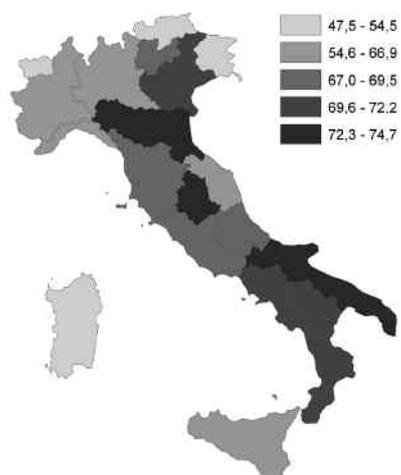
Nell'ultima stagione 2008-2009, il 19,1% della popolazione nazionale ha ricevuto il vaccino antinfluenzale e in tutte le classi di età è stato osservato un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente (Tabella 1). Nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura degli ultrasessantacinquenni che, tuttavia, resta la fascia di età che ha registrato un incremento maggiore rispetto alla stagione antecedente. Valutando le coperture vaccinali degli anziani degli anni precedenti (Tabella 2), si evidenzia un trend di crescita con un picco del 68% nella stagione 2005-2006 (che sembra essere ascrivibile ad un condizionamento psicologico frutto della vasta campagna mediatica sul rischio di pandemia di influenza aviaria verificatasi contestualmente), seguito da un lieve calo negli anni successivi.

**Tabella 1** - Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100) per regione e classe di età - Stagione 2008-2009

Regioni	Classi di età				
	<5	5-14	15-24	25-64	≥65
Piemonte	1,7	1,9	1,5	6,7	60,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,0	1,0	0,8	5,9	54,5
Lombardia	2,4	2,3	1,2	4,9	61,7
Bolzano-Bozen	1,3	1,1	1,8	2,5	47,5
Trento	1,8	1,7	1,2	5,3	68,0
Veneto	3,3	3,4	2,0	8,1	71,6
Friuli-Venezia Giulia	1,4	1,8	1,7	8,2	48,3
Liguria	5,4	4,2	4,2	8,7	65,7
Emilia-Romagna	2,6	4,2	3,7	11,5	73,7
Toscana	9,9	6,5	3,3	9,7	69,5
Umbria	1,8	1,5	1,3	7,6	74,7
Marche	4,5	3,9	2,6	9,0	66,9
Lazio	2,7	3,5	2,8	10,4	67,9
Abruzzo	6,2	5,3	2,0	7,6	68,4
Molise	8,9	7,4	3,4	11,3	72,3
Campania	6,7	6,2	3,9	10,9	72,2
Puglia	18,7	13,8	4,4	12,1	73,8
Basilicata	2,3	3,1	1,4	3,7	72,2
Calabria	4,2	2,9	1,8	7,5	69,8
Sicilia	3,0	2,9	4,4	10,4	61,0
Sardegna	6,2	5,0	2,9	7,1	49,6
<b>Italia</b>	<b>4,6</b>	<b>4,0</b>	<b>2,5</b>	<b>8,1</b>	<b>66,2</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

**Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100) di persone di 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2008-2009**



**Tabella 2** - Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100) di persone di 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 1999-2009

Regioni	Stagioni									
	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7	55,9	58,8	59,3	58,9	60,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3	54,4	63,1	54,2	61,0	54,5
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9	65,3	64,0	63,1	58,6	61,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>n.p.</i>	<i>43,3</i>	<i>38,8</i>	<i>46,8</i>	<i>51,1</i>	<i>52,0</i>	<i>55,2</i>	<i>48,0</i>	<i>50,5</i>	<i>47,5</i>
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8	60,0	67,6	69,2	64,6	68,0
Veneto	47,3	60,7	63,5	n.p.	70,9	n.p.	73,2	74,1	70,3	71,6
Friuli-Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4	72,5	72,1	n.p.	64,4	68,1
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5	66,1	65,3	67,5	65,6	65,7
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3	73,0	75,1	76,1	73,6	73,7
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5	62,2	67,6	70,3	68,5	69,5
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2	61,9	65,9	69,0	70,5	74,7
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1	68,0	68,0	67,1	65,4	66,9
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5	71,5	73,3	74,1	68,0	67,9
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9	70,0	69,9	78,1	72,8	68,4
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7	72,3	71,4	72,6	73,3	72,3
Campania	38,1	62,3	n.p.	75,6	72,3	71,9	72,9	73,2	68,2	72,2
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4	70,5	75,4	71,5	68,7	73,8
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9	66,4	64,5	71,2	70,7	72,2
Calabria	23,6	29,7	n.p.	43,9	55,1	59,9	66,3	68,4	65,6	69,8
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8	69,7	67,5	56,4	n.p.	61,0
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9	59,2	56,1	49,3	39,8	49,6
<b>Italia</b>	<b>40,7</b>	<b>50,7</b>	<b>55,2</b>	<b>60,3</b>	<b>63,4</b>	<b>66,6</b>	<b>68,3</b>	<b>66,6</b>	<b>64,9</b>	<b>66,2</b>

n.p. = non pervenuti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V, Malattie Infettive dell'ex Ministero della Salute. Anno 2009.

### Descrizione dei risultati

La strategia vaccinale è la base per l'interruzione della trasmissione del virus influenzale: ottenere un'elevata copertura vaccinale permette il controllo dell'infezione, la prevenzione delle complicanze cliniche e la diminuzione dei decessi nelle fasce più a rischio. Per questi motivi la prevenzione dell'influenza è sempre stata oggetto di particolare interesse nei Piani Sanitari Nazionali (PSN) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la campagna vaccinale una strategia favorevole in termini di costo-benefi-

cio e costo-efficacia. In Italia, analogamente ad altri Paesi europei, l'obiettivo *target* previsto dalla vigente Circolare Ministeriale non è ancora stato raggiunto e anche i valori stimati di copertura vaccinale di alcune categorie a rischio, ottenuti mediante indagini campionarie, sono ancora sub-ottimali. Pertanto occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione, raccomandare ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di famiglia la prevenzione delle categorie *target*.

## Screening per i tumori femminili e del colon-retto

I programmi di screening oncologici per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto sono raccomandati in considerazione della loro documentata efficacia e delle relative raccomandazioni europee.

L'Italia figura tra i Paesi che, nel corso di questi anni, ha dato corso all'avvio di programmi organizzati di screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, ma non ha ancora raggiunto l'attivazione completa.

Nel 2003 i programmi di screening mammografico erano presenti in poco più della metà del territorio nazionale. Nel 2007 più dell'80% della popolazione bersaglio risiede in un'area in cui è attivo un programma di screening organizzato. Analogamente si è passati dal 55% al 72% per lo screening citologico. Per quanto riguarda il colon-retto, storicamente più "giovane", nel 2007 si è raggiunto il 47%.

Lo sviluppo, quindi, è stato importante e va ricordato l'impulso pervenuto negli anni scorsi dal punto di vista normativo e pianificativo-organizzativo sia nazionale che locale, ma un ulteriore impegno è necessario per il raggiungimento dell'attivazione completa ed il consolidamento dell'esistente.

Da tempo, infatti, nel nostro Paese i programmi di screening fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono, quindi, da intendersi come prestazioni da assicurare su tutto il territorio.

I programmi di screening si sono diffusi in modo disomogeneo, essendosi evidenziato precocemente un gradiente Nord-Sud, sia a livello di diffusione territoriale (esistenza del programma) che capacità di invito (operatività) e di livello di partecipazione della popolazione.

I programmi di screening istituzionali sono caratterizzati da elevata complessità organizzativa che si traduce per l'utenza nella possibilità di accedere ad un percorso diagnostico organizzato, la cui qualità viene monitorata attraverso numerosi *set* di indicatori di processo e di risultato.

L'attività di monitoraggio è curata a livello nazionale dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) che pubblica annualmente un Rapporto, giunto a fine 2008 alla sua settima edizione, in cui sono riportati i risultati principali dei programmi di screening.

Esiste, pertanto, un consistente numero di indicatori monitorati con la finalità di conoscere il livello qualitativo raggiunto dei diversi programmi nella stessa regione e tra le regioni su programmi differenti.

Il Settimo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening, da cui sono estratti i dati qui riportati, è disponibile, insieme a molti approfondimenti sui programmi di screening, sul sito: [www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it).

Per le finalità del Rapporto Osservasalute ciò che interessa è lo stato di attuazione dei programmi e l'impatto sulla popolazione che è, comunque, funzione della presenza, della diffusione e del volume di invito, ancor prima del livello di partecipazione.

Quest'ultimo si attesta, complessivamente, intorno al 60%, al 38% e al 45% rispettivamente per quanto riguarda lo screening per il tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto.

Come già evidenziato nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute, è necessario che sia raggiunta l'attuazione completa e che a questa corrisponda una capacità costante e continuativa di invito della popolazione obiettivo.

Occorrerà, quindi, conquistarsi la partecipazione della popolazione informando dei potenziali favorevoli, ma anche di quelli sfavorevoli dello screening e promuovendo anche in quest'ambito una scelta consapevole.

## 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. L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) raccoglie annualmente informazioni sullo stato di attuazione dei programmi e ne monitora l'evoluzione attraverso le

informazioni che pervengono dalle *surveys* del Gruppo Italiana Screening Mammografico (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 inserite in un programma di screening mammografico organizzato

Numeratore	Donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato	
Denominatore	Popolazione femminile residente di 50-69 anni	x 100

### Percentuale di donne invitate in un programma di screening mammografico organizzato

Numeratore	Donne di 50-69 anni invitate dal programma di screening mammografico organizzato	
Denominatore	0,5 x Popolazione femminile residente di 50-69 anni	x 100

**Validità e limiti.** Il primo 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. Il secondo indicatore si riferisce, quindi, alla capacità organizzativa del programma di invitare la popolazione *target*.

**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 mammografico.

### Descrizione dei risultati

Il Grafico 1 riporta l'andamento temporale degli ultimi anni distinto per macroaree, invece, la Tabella 1,

estratta con modifiche dal Settimo Rapporto ONS, riporta l'estensione teorica nelle regioni nel 2006 e nel 2007.

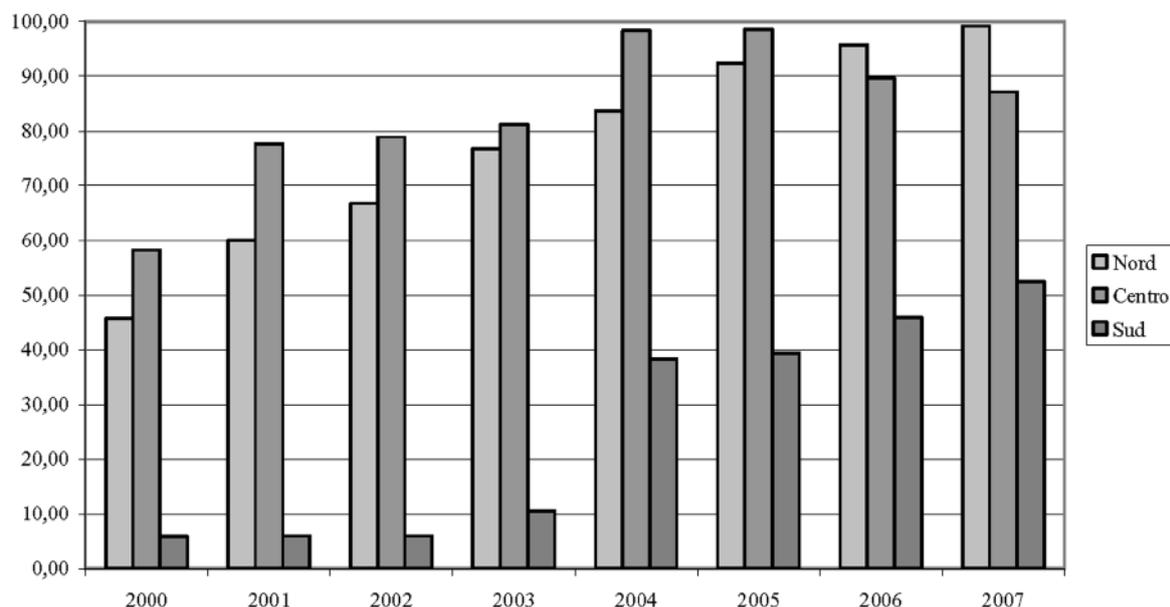
A livello nazionale, nel 2007, è stato raggiunto l'81,4% della popolazione obiettivo. Al Nord, l'indicatore arriva al 99,2% (era 96% l'anno precedente). Il forte squilibrio con il Sud, già evidente negli anni precedenti, permane, ma si attenua ulteriormente: si assiste al passaggio dal 46% al 52,4%.

La situazione nel Centro è, invece, sostanzialmente stabile con il valore dell'87% circa; il Lazio è la sola regione che non raggiunge la diffusione completa dei programmi.

L'estensione effettiva sale complessivamente al 62,3% rispetto al 57% dell'anno precedente e mette maggiormente in evidenza il gradiente geografico: al Centro e al Nord si invita più del 70% (rispettivamente 73,3% e 82,9%) delle donne della popolazione obiettivo, al Sud solo il 27,6%.

Questo fenomeno è comprensibile perché programmi avviati da poco tempo hanno, in genere, bassa capacità di invito.

**Grafico 1** - Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per macroarea - Anni 2000-2007



Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Settimo Rapporto. Dicembre 2008.

**Tabella 1** - Percentuale di donne di 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico per regione - Anni 2006-2007

Regioni	Estensione Teorica		Estensione Effettiva	
	2006	2007	2006	2007
Piemonte	100	100,0	69	66,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	100	100,0	89	93,6
Lombardia	100	100,0	77	99,2
Bolzano-Bozen	100	95,9	120	53,0
Trento	100	100,0	73	77,6
Veneto	95	88,9	70	71,0
Friuli-Venezia Giulia	100	100,0	102	94,2
Liguria	48	100,0	35	37,4
Emilia-Romagna	100	100,0	90	99,1
Toscana	100	100,0	84	87,8
Umbria	100	100,0	104	91,6
Marche	100	100,0	65	74,2
Lazio	78	72,3	58	60,6
Abruzzo	40	38,0	37	33,8
Molise	100	44,4	133	44,4
Campania	96	84,7	26	28,6
Puglia	n.d.	37,9	n.d.	11,8
Basilicata	100	100,0	113	87,6
Calabria	44	71,4	20	58,4
Sicilia	28	31,7	22	17,9
Sardegna	21	20,8	1	28,1
<b>Italia</b>	<b>78</b>	<b>81,4</b>	<b>57</b>	<b>62,3</b>

n.d. = non disponibile.

**Nota:** il superamento del 100% di estensione effettiva è possibile ove vi siano programmi che in un anno abbiano invitato più della metà della popolazione obiettivo (da invitare in due anni).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Settimo Rapporto. Dicembre 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Complessivamente la diffusione dei programmi va lentamente, ma progressivamente aumentando.

Sono 130 i programmi di screening censiti: 64 al Nord, 39 al Centro e 27 al Sud. Tutte le regioni hanno almeno un programma di screening attivato, ma 7 regioni su 9 al Nord, 3 su 4 al Centro, 1 su 8 al Sud-Isole dispongono di una diffusione completa sul territorio del programma di screening.

Il divario tra Nord-Centro e Sud-Isole si attenua, rispetto ai precedenti anni, ma resta ampio; è ancora più evidente se si prendono in considerazione altri indicatori di screening più direttamente collegati all'impatto, quali ad esempio l'adesione, cioè la risposta partecipativa della popolazione all'invito, che al Nord è più elevata (61,5%), un po' meno al

Centro (56,2%) e ancor meno al Sud (34,3%) dove, peraltro, è lievemente inferiore al valore riscontrato per il 2006 (38,3%).

L'effetto combinato di scarsa diffusione e bassa partecipazione riduce, ovviamente, l'efficacia dei programmi di screening.

Si confermano, quindi, le raccomandazioni già espresse nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute: 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.

## 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 progressione 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 inserite in un programma di screening citologico organizzato

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

**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 2007.

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 di 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 nel Settimo Rapporto dell'ONS i risultati della *survey* relativa ai programmi attivi nel 2007, comprensiva dei programmi che avevano realizzato almeno 1.000 inviti. I programmi attivi erano 121. La popolazione obiettivo a cui si rivolgono i programmi organizzati ha avuto un incremento di circa 400.000 unità e si assesta a 11,8 milioni di donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. Tale quota è pari al 71,8% della popolazione femminile nella stessa fascia d'età (era uguale al 63,6%, 66,7% e 69,0%, rispettivamente nel 2004, nel 2005 e nel 2006).

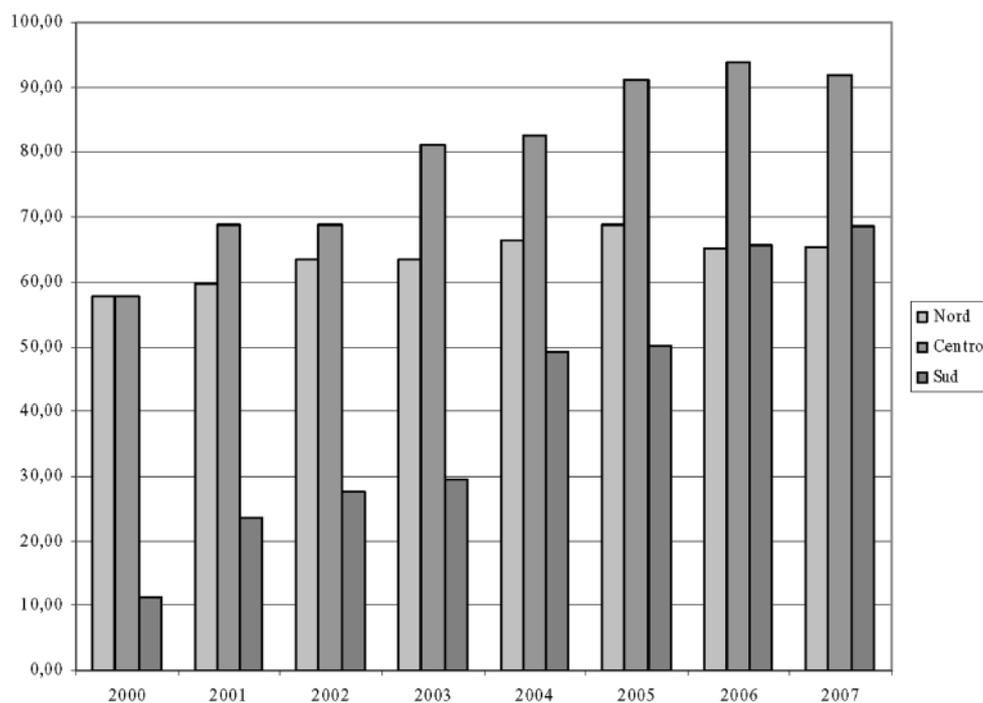
Al Nord tale proporzione si colloca al 65,4%, al Centro al 91,9%. Al Sud la proporzione di popolazione interessata dai programmi di screening migliora ulteriormente rispetto al valore dell'anno precedente e si colloca su un valore pari a 68,6%, superiore a quello riscontrato al Nord. Al Sud è stato, infatti, recentemente avviato un programma di screening rivolto a

circa metà della popolazione pugliese. Il miglioramento della diffusione dei programmi al Sud è un dato positivo che deve, però, trovare riscontro anche in termini di reale capacità di invito e di adesione al programma da parte della popolazione femminile.

Le regioni sono state classificate in base alla tipologia di attivazione (Tabella 1). 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, indipendentemente dalla presenza di un programma regionale, tutta la popolazione obiettivo regionale.

Per le regioni ad attivazione parziale, che hanno inviato dati, è indicato il rapporto tra la popolazione 25-64 anni invitabile dal programma (o dai programmi della stessa regione) e la popolazione residente nella regione nella stessa fascia d'età.

Lo standard della proporzione di donne da invitare, per uno screening a regime, data la periodicità triennale raccomandata per l'esecuzione del *Pap Test*, corrisponde ad un terzo della popolazione obiettivo (33,3%). Con riferimento a questo standard nel complesso i programmi sono stati in grado di invitare il 25,6% della popolazione obiettivo cui si rivolgono (28,5% al Nord, 27,2% al Centro, 21,4% al Sud e Isole). I risultati ottenuti in termini di partecipazione della popolazione possono essere migliorati, soprattutto al Sud-Isole, dove (probabilmente perché i programmi più recenti sono meno conosciuti) la risposta all'invito è pari al 27,1% rispetto al 40,2% riscontrato al Centro ed al 46,9% rilevato al Nord.

**Grafico 1** - Percentuale di donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per macroarea - Anni 2000-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Settimo Rapporto. Dicembre 2008.

**Tabella 1** - Livello di attivazione dei programmi di screening per il cervicocarcinoma uterino per regione - Anno 2007

Programma regionale unico	Regioni con attivazione totale	Regioni con attivazione parziale
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	Piemonte	Lazio (77,4%)
Trento	Veneto	Sicilia (45,3%)
Bolzano-Bozen	Emilia-Romagna	Sardegna (29,8%)
Friuli-Venezia Giulia	Toscana	Lombardia (20,0%)
Molise	Umbria	Calabria (84,1%)
Basilicata*	Abruzzo	
	Marche	
	Campania	

\*Programma attivo solo per 4 mesi del 2007.

## Diffusione dei programmi di screening per il tumore del colon-retto

Nel corso degli ultimi anni sono state avviate 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 n. 138 del 2004. Alla fine del 2004 risultavano attivi 18 programmi di screening, questo numero era salito a 52 alla fine del 2005 e a 69 alla fine del 2006. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella Legge prevedeva che tutte le regioni dovevano attivare programmi di screening dei tumori colorettali in grado di coprire almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007. Nel corso del 2007 la tendenza all'espansione dei programmi ha mostrato una flessione, con l'attivazione di soli 4 nuovi programmi e la sospensione temporanea del programma regionale della Basilicata. I programmi attivi mostrano, però, una tendenza al consolidamento: la quota di programmi che hanno invitato nel corso del 2007 almeno l'80% della popolazione bersaglio passa dal 41% del 2006 al 54% 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.

Il Gruppo Italiano Screening dei tumori ColoRettali (GISCoR) ha pubblicato un manuale che definisce gli indicatori per il monitoraggio dell'attività e della qualità dei programmi e i relativi standard. Questi indicatori sono utilizzati per il monitoraggio dei programmi nazionali sulla base dei dati della *survey* annuale condotta dall'Istituto Oncologico Veneto per conto dell'Osservatorio Nazionale Screening, in collaborazione con GISCoR. Sono disponibili dati relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi nel 2007, pubblicati nel Settimo Rapporto dell'ONS.

### Estensione Teorica

**Significato.** È la percentuale di persone interessate da programmi di screening dei tumori colorettali rispetto alla popolazione nella fascia d'età bersaglio dei programmi<sup>1</sup>. 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'ONS chiamano questo indicatore "estensione teorica" degli screening.

### Percentuale di persone inserite in un programma di screening colorettale

Numeratore	Persone nella classe di età bersaglio inserite in un programma organizzato di screening colorettale	x 100
Denominatore	Popolazione residente in età bersaglio	

**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 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.

### Descrizione dei risultati

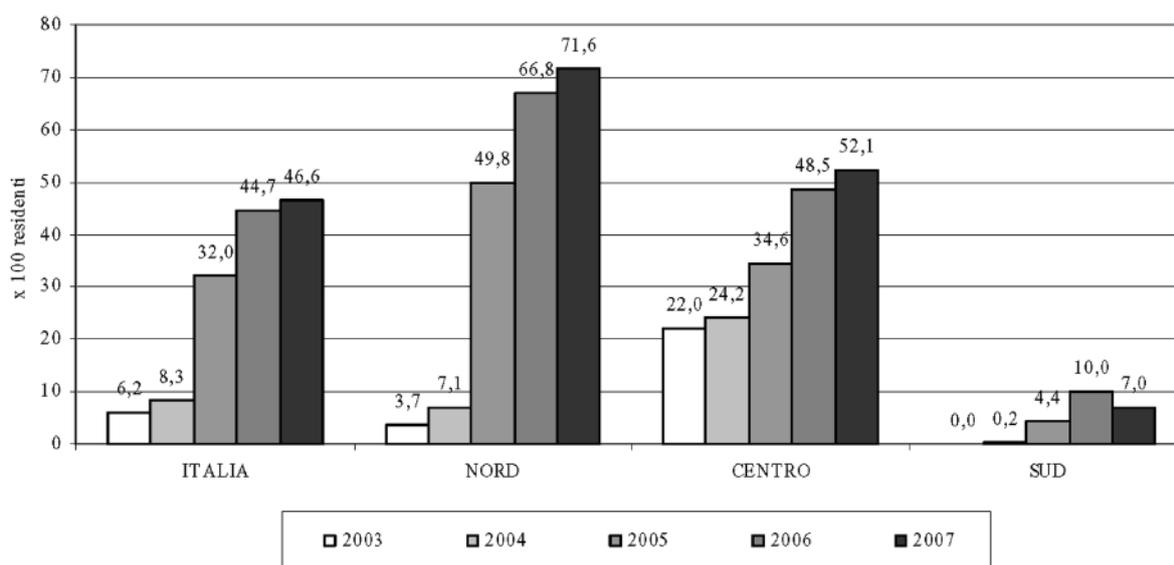
I risultati dell'indagine nazionale (6) indicano che alla fine del 2007 il 46,6% della popolazione italiana di età compresa tra 50-69 anni era residente in aree coperte da un programma di screening (71,6% al Nord, 52,1% al Centro e 7,0% al Sud). Si stima che la proporzione di soggetti inclusi nella popolazione bersaglio dei programmi che ha effettivamente ricevuto un invito sia di circa il 79% per i programmi che utilizzano il FOBT e il 67% per quelli che utilizzano la FS. Dieci regioni hanno attivato almeno un programma e quattro (Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria) hanno un programma esteso su tutto il territorio regionale.

<sup>1</sup>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.

**Grafico 1** - Percentuale di persone nella classe di età bersaglio inserite in un programma di screening coloretta-  
le per macroarea - Anni 2003-2007

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Settimo Rapporto. Dicembre 2008.

**Tabella 1** - Livelli di attivazione per regione - Anno 2007

Regioni	N programmi	Estensione Teorica %	Screenati
Piemonte	5	51,4	16.232
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	100,0	9.507
Lombardia	15	100,0	535.956
Trentino-Alto Adige	1	100,0	410
Veneto	17	76,4	166.407
Emilia-Romagna	11	100,0	214.158
Toscana	12	100,0	133.602
Umbria	4	100,0	53.930
Marche	1	8,7	1.647
Lazio	1	22,5	1.768
Abruzzo	1	16,6	3.374
Campania	3	22,2	9.354
<b>Italia</b>	<b>72</b>	<b>46,6</b>	<b>1.146.345</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio Nazionale Screening. Settimo Rapporto. Dicembre 2008.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero 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. Nov 2006.

(2) Raccomandazione del Consiglio dell'U.E. del 2 dicembre 2003 sullo screening dei tumori (2003/878/CE) G.U.E. 16.12.2003.

(3) Lo screening mammografico in Italia: survey 2007 Daniela Giorgi, Livia Giordano, Leonardo Ventura, Alfonso Frigerio, Eugenio Paci, Marco Zappa. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Settimo Rapporto. Dicembre 2008. Pubblicato on line.

(4) Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia Guglielmo Ronco, Pamela Giubilato, Carlo Naldoni, Manuel Zorzi, Emanuela Anghinoni, Aurora

Scalisi, Paolo Dalla Palma, Loris Zanier, Alessandra Barca, Claudio Angeloni, Maria Donata Gaimo, Rocco Maglietta, Ettore Mancini, Renato Pizzuti, Anna Iossa, Nereo Segnan, Marco Zappa. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Settimo Rapporto. Dicembre 2008. Pubblicato on line.

(5) Indicatori di Qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettaali. Manuale Operativo a cura di: M. Zorzi, P. Sassoli de' Bianchi, G. Grazzini, C. Senore. Epidemiologia & Prevenzione anno 31 (6) nov-dic 2007 suppl. 1.

(6) Lo screening colorettaale in Italia: survey 2007. Manuel Zorzi, Chiara Fedato, Carlo Naldoni, Romano Sassatelli, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Carlo Senore, Marcello Vettorazzi, Carmen Beatriz Visioli. In: Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Settimo Rapporto. Dicembre 2008. Pubblicato on line.