

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Nel Capitolo vengono riportati i dati relativi alla diffusione dei principali fattori di rischio correlati agli stili di vita degli italiani e vengono discusse le strategie di prevenzione messe in atto o quelle di cui si auspica l'attuazione. Il contributo dei fattori di rischio comportamentali alla determinazione delle malattie multifattoriali che rappresentano oggi le principali cause di morbosità, mortalità e disabilità è ormai chiaramente definito e riconosciuto. Pertanto, i sistemi di sorveglianza di tali fattori risultano di fondamentale importanza, in quanto indispensabili nella scelta degli opportuni interventi di prevenzione da implementare per il controllo di tali patologie.

Nel 2012, l'abitudine al fumo di tabacco nella popolazione di 14 anni ed oltre risulta, in linea con quanto registrato negli anni precedenti, lievemente in diminuzione, anche se non si è registrato un aumento di persone che abbiano smesso di fumare, contrariamente a quanto rilevato in precedenza.

Non si riscontrano importanti differenze nella distribuzione territoriale né dei fumatori che degli ex-fumatori anche se, tra tutte le regioni e PA, Campania e Sicilia mostrano i tassi più alti di fumatori (rispettivamente, 24,6% e 24,5%), mentre le percentuali più alte di ex-fumatori si rilevano in Umbria ed in Friuli Venezia Giulia (rispettivamente, 26,9% e 26,5%). Il maggior numero di non fumatori è segnalato al Sud, come evidenziato già nello scorso anno (Calabria 60,1% e Puglia 60,9%).

Si mantiene ancora elevata la differenza di genere con il 27,9% dei fumatori (soprattutto nella fascia di età 25-34 anni) ed il 16,3% delle fumatrici (soprattutto nella fascia di età 45-54 anni). Tale differenza persiste anche tra i non fumatori, maggiormente rappresentati tra le donne (66,3%) rispetto agli uomini (41,2%), mentre gli ex-fumatori di genere maschile sono quasi il doppio (29,6%) rispetto alle donne (16,1%).

Se da un lato il dato positivo relativo alla graduale diminuzione del numero di fumatori può essere considerato un successo delle politiche antifumo finora adottate in Italia, dall'altro la controtendenza che ancora si registra tra categorie, quali giovani e donne, e la mortalità correlata al fumo ancora elevata pongono, tuttora, questo fattore di rischio tra le priorità di salute e sottolineano l'importanza di politiche mirate per la lotta al tabagismo. Il programma "Guadagnare Salute", finalizzato al contrasto dei principali fattori di rischio legati agli stili di vita, tra cui il fumo, si basa su un approccio trasversale che coinvolge diversi settori. Tale principio è anche un fondamento dei Piani Nazionali della Prevenzione e di quelli Regionali che indirizzano le azioni da intraprendere verso tre fronti: la prevenzione dell'iniziazione, il contenimento dell'esposizione al fumo passivo ed il supporto alla cessazione.

Negli ultimi anni, la sigaretta elettronica (e-cigarette o e-cig) si è affermata potentemente sul mercato come sostituta di quella tradizionale ed il fenomeno sembra destinato a crescere. Attualmente, sono oltre 2 milioni gli italiani che ne fanno uso, in larga parte (93,2%) consumando e-cig con nicotina. Tra i fumatori abituali si registra una maggiore prevalenza degli uomini (61,4%) rispetto alle donne (38,6%). Sebbene gli studi, ad oggi, disponibili ne abbiano dimostrato l'utilità nella cessazione dell'abitudine al fumo e nella riduzione dell'introduzione di sostanze cancerogene, è ancora aperto il dibattito scientifico sull'innocuità delle e-cig sia nel fumo attivo che in quello passivo, nonché sulla loro reale efficacia nella disassuefazione.

Per quanto riguarda l'abitudine all'alcol, la prevalenza dei non consumatori, nel 2011, risulta aumentata rispetto al 2010 (33,6% vs 32,7%).

La prevalenza di consumatori a rischio è pari al 23,9% per gli uomini ed al 6,9% per le donne. Tale indicatore risulta in diminuzione in diverse regioni, in particolare nel genere maschile.

Tra i giovani di 11-18 anni, la prevalenza di consumatori a rischio è pari al 14,1% per i maschi ed all'8,4% per le femmine, il che conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione registrato negli ultimi anni. A livello regionale, non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione in entrambi i generi. Valori statisticamente superiori al dato nazionale sono segnalati per le femmine nella PA di Bolzano (20,7%), mentre valori inferiori al dato nazionale si osservano, per i maschi, in Sicilia (6,7%).

Tra gli adulti di 19-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio tra gli uomini (19,8%) è diminuita, rispetto al 2010, di 1,7 punti percentuali ed è rimasta pressoché stabile (5,3%) tra le donne. Nell'analisi delle abitudini a rischio, la prevalenza di *binge drinker* è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni, ad eccezione di Liguria, Toscana, Campania e Puglia per entrambi i generi, di Marche e Basilicata per gli uomini e di Umbria e Molise per le donne.

Tra gli anziani (65-74 anni), la prevalenza di consumatori a rischio, nel 2011, è risultata pari al 45,7%

tra gli uomini ed all'11,7% tra le donne, senza differenze significative rispetto alle precedenti rilevazioni. In tutte le regioni, la prevalenza risulta più elevata tra gli uomini che tra le donne.

Negli anziani di 75 anni ed oltre, la prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2011, è risultata pari al 39,5% per gli uomini ed al 10,2% per le donne, senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Anche per questa fascia di età, si registrano differenze di genere statisticamente significative sia a livello nazionale che regionale.

Nonostante le molteplici strategie mirate alla riduzione del rischio alcol-correlato, il fenomeno non mostra la riduzione attesa: con 8 milioni di italiani interessati dal fenomeno, sono ancora troppi gli individui che risultano insensibili agli interventi di informazione e di sensibilizzazione sul tema. Categorie come quella dei giovanissimi, delle donne e degli anziani risultano essere le più vulnerabili e su di esse dovrebbero focalizzarsi le iniziative di prevenzione, soprattutto quelle mirate a combattere le pressioni sociali che conducono alla dipendenza.

La scuola rappresenta il contesto ideale, ma il raggiungimento degli obiettivi desiderati è possibile solo attraverso un maggiore coinvolgimento delle famiglie.

Altro aspetto fondamentale nella prevenzione dell'alcolismo è l'identificazione precoce dei consumatori a rischio. Nonostante tale intervento sia stato recepito nei diversi documenti nazionali dedicati alla prevenzione, ad oggi, esso viene praticato sporadicamente e molti consumatori non hanno la consapevolezza di ritrovarsi in una condizione di rischio dalla quale si può uscire. Sarebbe, inoltre, opportuno un più adeguato e moderno supporto sanitario per coloro che presentano problemi con l'alcol, anche attraverso personale medico formato in modo specifico sulle problematiche e sulle patologie correlate all'abuso di alcol.

Relativamente alla parte concernente il consumo di alimenti per tipologia, le persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno una porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) costituiscono un dato percentuale abbastanza stabile, mentre è segnalato un leggero calo nell'ultimo biennio di coloro che riferiscono di consumare le quantità raccomandate di 5 porzioni e più al giorno di VOF (5+VOF) (4,9% nel 2011; 4,7% nel 2012).

Le abitudini alimentari risultano abbastanza omogenee tra le regioni, a parte un consumo settimanale di verdura meno frequente in Liguria e nel Sud, rispetto al dato nazionale, ed un minor consumo di salumi in Emilia-Romagna; un maggior consumo di carne di maiale è segnalato in Toscana, Umbria, Basilicata e Calabria ed un minor consumo di carne bovina si registra nella PA di Bolzano.

Nel complesso, nonostante sia rilevata un'aumentata attenzione agli aspetti salutistici correlati all'alimentazione, risulta ancora limitata la percentuale di persone che raggiunge o supera la quota di 5+VOF. Per migliorare questo aspetto, sarebbe opportuno continuare i programmi intrapresi, basati sulla promozione della corretta alimentazione e tenere ben in considerazione anche i possibili riflessi della crisi economica sulle scelte alimentari.

Relativamente al sovrappeso ed all'obesità, nel 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) del nostro Paese è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 46,0% dei soggetti di età >18 anni è in eccesso ponderale. Questo dato è cresciuto di 3,6 punti percentuali dal 2001; in particolare, negli ultimi 11 anni, è aumentata maggiormente la prevalenza di persone obese (da 8,5% a 10,4%).

Anche nel 2012, si conferma il gradiente Nord-Sud precedentemente rilevato, con le regioni meridionali che presentano la prevalenza più alta di persone obese (Puglia 12,9% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9% e Campania 41,1%) rispetto alle regioni settentrionali che risultano più virtuose (obesità minima in Liguria 6,9% e PA di Bolzano 7,5%; indici più bassi di sovrappeso in Liguria 32,3% e PA di Bolzano 32,5%).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: nel passare dalla fascia di età 18-24 anni a quella 65-74 anni il valore percentuale dei soggetti sovrappeso passa dal 15,8% al 45,8% e quello dei soggetti obesi dal 2,8% al 15,9%, per poi diminuire nelle persone di 75 anni ed oltre (sovrappeso 42,5% ed obesità 13,2%).

L'eccesso ponderale è più diffuso tra gli uomini, che risultano in sovrappeso per il 44,2% rispetto al 27,6% delle donne, ed obesi per l'11,3% rispetto al 9,5% delle donne. Per entrambi i generi, la fascia di età in cui sovrappeso ed obesità sono maggiormente diffusi è quella compresa tra 65-74 anni.

L'analisi del sovrappeso e dell'obesità nella fascia di età 6-17 anni mostra come i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso costituiscano il 26,9% del totale. Si rilevano, inoltre, forti differenze di genere, dato che il fenomeno risulta più diffuso tra i maschi che tra le femmine (30,1% contro il 23,6%), una diminuzione con l'età e un forte gradiente Nord-Sud, con percentuali particolarmente elevate in Campania (40,6%), Sicilia (33,3%), Molise (32,9%), Basilicata (32,9%) e Calabria (30,5%). Si osservano, infine, prevalenze più elevate sia in relazione a risorse economiche scarse o insufficienti che al più basso livello di istruzione ed all'eccesso di peso dei genitori.

L'edizione 2012 dell'indagine "OKkio alla SALUTE" ha fatto registrare una percentuale di bambini di età 8-9 anni in eccesso ponderale pari al 32,8% (22,2% in sovrappeso e 10,6% obesi), dato leggermente inferiore a quello rilevato nelle raccolte precedenti, ma tra i più elevati a livello europeo. Si conferma un gradiente Nord-Sud, con valori che vanno dal 13,3% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 27,3% in Basilicata e dal 2,6% di obesità nella PA di Bolzano al 21,5% in Campania.

L'elevata percentuale di persone in eccesso ponderale rappresenta un dato allarmante che deve condurre a potenziare le strategie già esistenti ed ad implementarne di nuove. Accanto ai programmi di sorveglianza, indispensabili per valutare il fenomeno e per intraprendere politiche adeguate, vanno promossi interventi di promozione di corretti stili di vita e lotta alle malattie croniche mediante un approccio multisettoriale. La famiglia, in particolare, rappresenta un *target* fondamentale da supportare con interventi mirati che aiutino nell'educazione ad una sana alimentazione ed alla pratica di attività fisica o sportiva.

Riguardo all'attività fisica, nel 2012, circa 18 milioni di italiani (31,1% della popolazione) di età >3 anni dichiara di praticare uno o più sport nel tempo libero, mentre il 29,2% dichiara di svolgere qualche attività fisica e circa 23 milioni di soggetti (39,2%) risultano sedentari. L'andamento temporale mostra un aumento della propensione all'attività fisica (dal 19,1% del 2001 al 21,9% del 2012).

In entrambi i generi, si riscontra una lieve diminuzione nella quota di persone sedentarie (da 35,0% a 34,6% negli uomini; da 44,4% a 43,5% nelle donne).

Si conferma il gradiente Nord-Sud con livelli più elevati di svolgimento di sport in modo continuativo nelle regioni settentrionali, in particolare nelle PA di Bolzano e Trento ed in Veneto. Seguono poi le regioni del Nord-Ovest e del Centro, mentre le regioni meridionali e le Isole mostrano i livelli più bassi di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero. Le regioni con la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (19,3%) e la Puglia (21,7%). Analogamente, anche la pratica di qualsiasi attività fisica fa registrare un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole (Sicilia 22,0% e Campania 22,9%), mentre per la sedentarietà si rileva un andamento inversamente proporzionale: nella maggior parte delle regioni meridionali più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Sicilia (55,2%) ed in Campania (57,3%).

Le quote più alte di sportivi si riscontrano nella fascia di età 6-14 anni tra i maschi (circa il 70%), mentre per le femmine in quella tra i 6-10 anni (60,3%). Con l'aumentare dell'età, aumenta l'attività fisica in modo continuo fino ai 74 anni (38,8%), per poi decrescere nelle età più avanzate dove aumenta la percentuale di sedentari pari al 70,1% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,4% pratica sport con continuità e l'11,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne i livelli sono, rispettivamente, del 17,6% e del 7,3%. Queste ultime sono, generalmente, più sedentarie degli uomini (43,5% vs 34,6%).

Nonostante sia aumentata l'attenzione verso i benefici dell'attività fisica, i livelli di sedentarietà risultano ancora critici nel nostro Paese, in particolar modo nelle donne e negli anziani. È opportuno, dunque, incrementare gli interventi che promuovono uno stile di vita attivo, anche mediante azioni che favoriscano il trasporto attivo. I molteplici benefici derivanti da una simile politica sono stati compresi da diverse realtà locali, ma manca ancora un'azione di supporto a livello governativo che ne permetta l'attuazione o il potenziamento.

Per quanto concerne, infine, la diffusione degli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, vengono riportati e discussi i dati forniti dall'Osservatorio Nazionale Screening relativi al 2011.

Lo screening organizzato per la prevenzione del tumore della mammella ha raggiunto, nell'anno 2011, poco meno di 2,7 milioni di donne e 1,46 milioni hanno aderito all'invito, con un lieve incremento rispetto all'anno precedente. Nel 2011, circa il 96% delle donne (50-69 anni) vive in un'area in cui è attivo un programma di screening, a conferma della tendenza alla riduzione delle differenze esistenti tra Nord e Mezzogiorno. Se si considera l'estensione effettiva, cioè la reale capacità di invito del programma rispetto alla popolazione da invitare, a livello nazionale essa si colloca, complessivamente, al 74% nel 2011, facendo registrare un aumento in tutte le macroaree: dall'89% al 92% al Nord, dal 77% all'82% al Centro e dal 38% al 45% al Sud ed Isole. La partecipazione all'invito è piuttosto stabile nel tempo, con un gradiente Nord-Sud (circa 61% al Nord, 53% al Centro e 39% al Sud ed Isole).

Risulta, dunque, opportuno continuare a lavorare per garantire l'omogeneità territoriale dell'offerta e per consolidare le attività, laddove già avviate.

Relativamente allo screening per il cervicocarcinoma uterino, nel 2010, 13,5 milioni di donne di età 25-64 anni erano compresi nella popolazione obiettivo, pari all'80,1% della popolazione di riferimento (rispetto al 78,1% registrato nel 2009). Nello stesso anno, 3,4 milioni di donne sono state invitate e la partecipazione com-

plessiva è stata del 39,8%. Questi valori non si discostano molto da quelli riscontrati nell'anno precedente. Per l'anno 2011, si è rilevato un incremento dell'estensione effettiva fino all'84% (71% al Nord, 98% al Centro e 93% al Sud ed Isole). Nel confronto tra le proporzioni dei trienni 2005-2007 e 2008-2010, risulta che la partecipazione ai programmi è passata dal 46% al 49% al Nord, dal 38% al 39% al Centro e dal 26% al 27% al Sud ed Isole.

L'estensione teorica relativa allo screening dei tumori del colon-retto è aumentata dal 66% del 2010 al 69% del 2011 (94% al Nord, 80% al Centro e 31% al Sud ed Isole). L'estensione effettiva è cresciuta passando dal 51% del 2010 al 55% del 2011, ma con ampie differenze tra Nord (82%), Centro (56%) e Sud ed Isole (18%).

La partecipazione ai programmi basati sulla ricerca del sangue occulto fecale risulta stabile al Nord (49%), ma cala al Centro (46% vs 41%) ed al Sud ed Isole (da 35% a 22%) rispetto al triennio precedente. Il gradiente geografico risulta, dunque, ancora notevole.

Fumo di tabacco

Significato. Il fumo di tabacco è uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo e causa di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, nonché diverse forme di cancro. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno, sono 6 milioni le persone che muoiono per malattie correlate al fumo. Se le tendenze attuali si confermeranno, per il 2030 oltre 8 milioni di persone moriranno, di cui l'80% nei Paesi economicamente avanzati (1). Il fumo è implicato in uno ogni dieci decessi in età adulta e manifesta i suoi danni nel lungo periodo, data la latenza tra l'inizio dell'abitudine e l'insorgenza della malattia. Per i fumatori si stima, infatti, una riduzione dell'aspettativa di vita di circa 10 anni, ma anche il fumo passivo è un importante fattore nelle statistiche delle patologie fumo-correlate: oltre 600 mila persone muoiono ogni anno a causa del fumo passivo.

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. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel marzo 2012 su un campione di oltre 19.330 famiglie, per un totale di circa 46.600 individui. I dati sono stati ottenuti mediante l'auto compilazione di questionari, pertanto la rilevazione del consumo di tabacco si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2012, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 21,9% (Grafico 1). Il dato è di poco inferiore rispetto all'anno precedente, ma si colloca in un trend caratterizzato da una lenta ma costante diminuzione della percentuale di persone che fumano dal 2001 al 2012. Per contro, non si è registrato un aumento di persone che hanno smesso di fumare andando ad interrompere la linea in crescita degli ultimi anni.

Non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo: sono 6 le regioni che riportano percentuali di fumatori superiori al valore nazionale (Lombardia, Toscana, Lazio, Abruzzo, Campania e

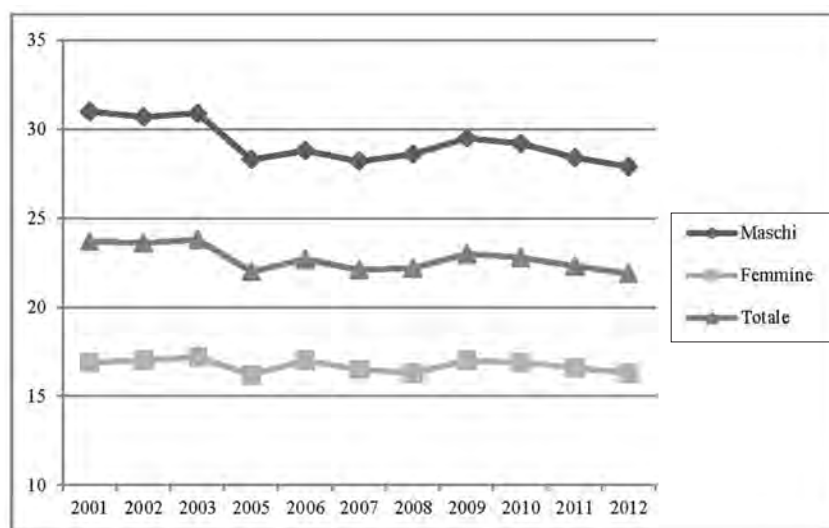
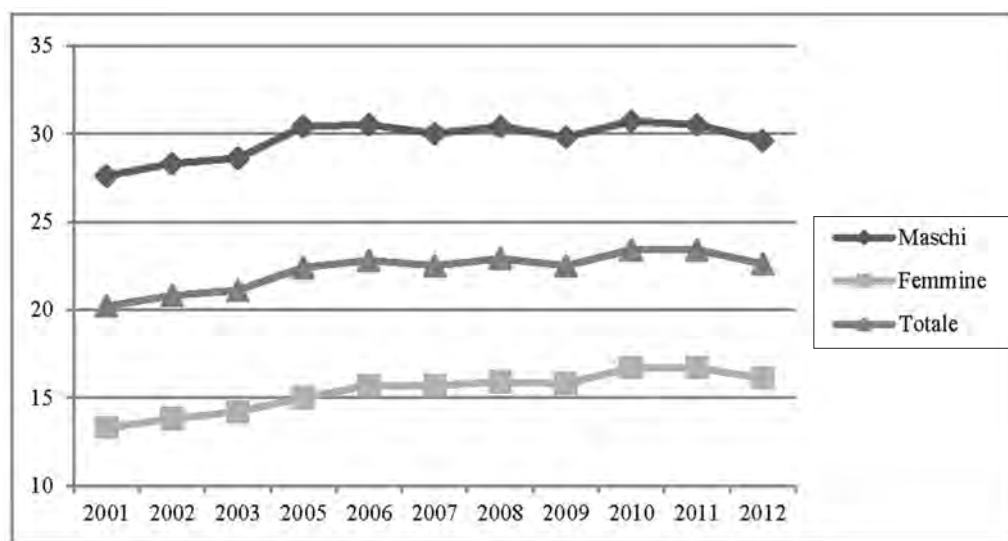
In Europa, nel 2012, si è registrata complessivamente una diminuzione del consumo di sigarette del 5,7%: Germania ed Italia sono i mercati di maggior consumo con, rispettivamente, 103 e 86 miliardi di sigarette (2). In Italia, si stima che, nel 2013, i fumatori saranno circa 10,8 milioni di persone, mantenendo il trend decrescente degli ultimi anni ed anche il numero medio di sigarette fumate al giorno è diminuito notevolmente negli ultimi 10 anni, passando da valori medi di 16,1 del 2003 a 12,7 del 2013 (3). Tuttavia, nonostante il calo dei fumatori, le campagne antifumo e la crisi economica, alcuni dati sono ancora preoccupanti: oltre il 70% delle persone che iniziano a fumare si concentrano nella fascia di età 15-20 anni e solo il 30% dei fumatori ha intenzione di smettere (3).

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

Sicilia), in particolare, i valori della Sicilia (24,5%) e della Campania (24,6%) differiscono maggiormente dal resto del Paese. La prevalenza di ex-fumatori, pari a 22,6%, è piuttosto omogenea sul territorio, con tassi maggiori in Friuli Venezia Giulia (26,5%) ed Umbria (26,9%); la Campania, invece, si discosta negativamente perché neppure due persone su dieci (18,1%) sono ex-fumatori. Diversamente, i non fumatori sono maggiori al Sud, in particolare in Calabria (60,1%) ed in Puglia (60,9%) (Tabella 1).

Notevoli sono le differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 27,9%, mentre le donne il 16,3% (Tabella 2).

Il tabagismo è più diffuso in due differenti fasce di età: i giovani di 25-34 anni e gli adulti di 45-54 anni, dove quasi tre persone su dieci sono fumatori (rispettivamente, 28,6% e 28,7%) (Tabella 2). Considerando separatamente uomini e donne, la percentuale massima di fumatori si riscontra negli uomini di 25-34 anni (35,9%), mentre nelle donne prevale la classe di età 45-54 anni (23,4%). I dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori sono inversamente distribuiti nei due generi; infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (66,3%) rispetto al genere maschile (41,2%), mentre gli ex-fumatori, tra gli uomini, sono quasi il doppio (29,6%) rispetto alle donne (16,1%) (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo - Anni 2001-2012**FUMATORI****EX-FUMATORI**

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione - Anno 2012

Regioni	Fumatori*	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	21,4	23,7	53,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,5	25,2	56,9
Lombardia	22,5	22,8	53,9
Bolzano-Bozen	20,9	25,3	52,2
Trento	18,2	25,0	53,1
Veneto	19,8	25,5	53,6
Friuli Venezia Giulia	20,7	26,5	50,7
Liguria	21,4	25,0	52,4
Emilia-Romagna	20,8	24,4	52,9
Toscana	23,5	25,3	49,9
Umbria	20,2	26,9	51,9
Marche	20,6	24,1	53,2
Lazio	22,8	21,7	53,2
Abruzzo	23,3	20,4	54,1
Molise	21,0	19,0	59,1
Campania	24,6	18,1	56,7
Puglia	19,2	19,4	60,9
Basilicata	21,3	20,1	55,4
Calabria	19,1	19,2	60,1
Sicilia	24,5	21,2	53,0
Sardegna	19,0	25,6	54,1
Italia	21,9	22,6	54,2

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Prevalenza (per 100) di persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo per regione. Anno 2012

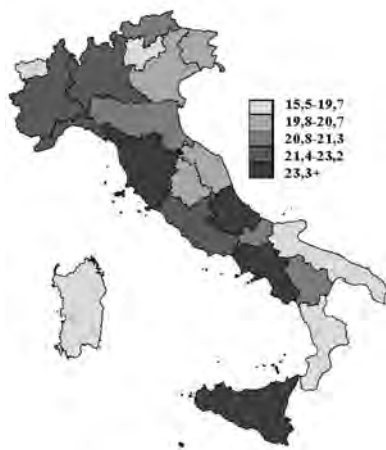


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone per abitudine al fumo per genere e classe di età - Anno 2012

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori*	Ex fumatori	Non fumatori
14-17	9,3	2,9	85,9	4,3	4,2	89,4	6,7	3,5	87,7
18-19	27,5	4,3	66,9	14,0	6,4	78,3	21,0	5,3	72,4
20-24	32,6	9,1	56,4	22,4	8,6	68,3	27,8	8,9	62,1
25-34	35,9	15,7	46,9	21,3	15,2	62,5	28,6	15,5	54,7
35-44	35,1	23,3	40,1	19,5	16,8	62,4	27,3	20,1	51,2
45-54	33,9	28,2	36,7	23,4	20,0	55,5	28,7	24,1	46,1
55-59	29,5	38,0	31,8	21,4	20,4	56,8	25,3	28,9	44,8
60-64	23,9	45,7	29,5	15,4	21,1	62,3	19,4	32,9	46,6
65-74	18,5	48,3	32,2	10,6	17,6	70,4	14,3	32,2	52,3
75 ed oltre	8,2	58,0	32,5	3,5	13,4	81,5	5,3	30,2	63,0
Totale	27,9	29,6	41,2	16,3	16,1	66,3	21,9	22,6	54,2

*Nella tabella sono riportati solo i fumatori di sigarette. Pertanto, la somma delle categorie analizzate risulta inferiore a 100.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'input che arriva dall'OMS in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco del 2013 è quello di eliminare la pubblicità, la promozione e la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco. È ormai provato che abolendo qualsiasi forma pubblicitaria dei prodotti del tabacco si contiene sia l'iniziazione al fumo sia il mantenimento dell'abitudine proteggendo le generazioni attuali e future non solo dalle conseguenze del fumo sulla salute, ma anche dai suoi effetti negativi sul piano sociale, ambientale ed economico. Il problema del fumo, infatti, si sta sempre più spostando da una questione individuale, da gestire come scelta più o meno consapevole del consumatore, ad un determinante di salute della popolazione, da affrontare con politiche sanitarie coordinate.

In Italia, osservando l'abitudine al fumo sul lungo periodo, è motivo di soddisfazione e di speranza constatare che, ormai da parecchi anni, continua a scendere la prevalenza dei fumatori. D'altra parte, sono fonte di preoccupazione alcune categorie di fumatori, come le donne ed i giovani, in cui il declino è meno marcato o l'andamento è, o è stato fino a pochissimi anni fa, in controtendenza. Secondo i dati riferiti dal Ministero della Salute si stima che, in Italia, siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35-65 anni di età e più di 1 milione sono gli anni di vita persi in buona salute: il fumo di tabacco rappresenta la principale causa prevenibile di mortalità. Questi dati, insieme ai dati di prevalenza sopra analizzati, motivano il fatto che il contrasto al fumo sia un'assoluta priorità di salute e sottolineano la necessità di azioni mirate a specifiche categorie.

Da diversi anni, le regioni e le PA hanno condiviso una strategia nazionale per la lotta al tabagismo, elaborata dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute. In particolare, la prevenzione del tabagismo rappresenta una delle aree di azione del programma Guadagnare Salute che ha lo scopo di promuovere azioni efficaci contro i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta ed inattività fisica). Guadagnare Salute pone l'accento sull'importanza di un approccio trasversale ad essi e, soprattutto, sulla necessità di un'azione intersettoriale, con forte coinvolgimento delle amministrazioni centrali, attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport, al fine di migliorare la salute dei cittadini.

Anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, così come in quello 2014-2018 in corso di elaborazione, il contrasto al tabagismo rappresenta un impegno prioritario da perseguire con un approccio integrato e con impegno su tre fronti: la prevenzione dell'iniziazione, il contenimento dell'esposizione al fumo passivo ed il supporto alla cessazione. Queste indicazioni sono state recepite dai Piani Regionali di Prevenzione, sviluppando una quarantina di progetti e programmi coerenti con i bisogni di salute del territorio.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013.
- (2) KPMG. Project star report 2012, 16 Aprile 2013.
- (3) Osservatorio Fumo Alcol e Droga (OSSFAD). Indagine DOXA-ISS 2013, 31 Maggio 2013.

Diffusione della sigaretta elettronica

Dott.ssa Marisa Alberti

Da un paio d'anni rappresenta un vero e proprio fenomeno socio-economico e la sua notorietà cresce notevolmente, nel 2013 la conoscono più di nove italiani su dieci (Grafico 1): è la sigaretta elettronica anche detta e-cigarette (e-cig).

La e-cig è un cilindro esteticamente molto simile ad una tradizionale sigaretta con un filtro collegato ad una cartuccia contenente varie sostanze (nicotina, aromi, glicole propilenico, glicerolo, acqua) ed una batteria ricaricabile. Aspirando, la cartuccia si riscalda e le sostanze contenute si trasformano in vapore che consente di provare un sapore ed una sensazione simile a quella provata inalando il fumo di tabacco di una sigaretta tradizionale. Non essendovi una vera combustione, però, il rischio cancerogeno è ovviamente ridotto per la mancanza dei residui dovuti a questo processo.

Il primo vero brevetto risale al 1965 depositato dall'americano Herbert A. Gilbert ma la produzione in serie dell'oggetto non iniziò mai. La prima e-cig commercializzata nasce in Cina, a Pechino nel 2003, dal farmacista cinese Hon Lik. In Italia fu immessa sul mercato nel 2007 come prodotto acquistabile esclusivamente nelle farmacie, ma il vero *boom* commerciale risale al 2012 con la diffusione su tutto il territorio nazionale di aziende operanti nella produzione e distribuzione di e-cig e di aromi. Il fenomeno del fumo elettronico si è affermato ampiamente tramite l'apertura di negozi specializzati (entro fine 2013 saranno circa 4.000 i punti vendita presenti) e sta ponendo le basi per una vitale micro-imprenditoria. Si sta, infatti, trasformando da moda passeggera a realtà importante e di portata globale con risvolti sociali notevoli oltreché economici. Attualmente, in Italia, le e-cig producono un giro di affari di circa 350 milioni di euro (fatturato del 2012), cifra destinata secondo alcune stime a raddoppiare in breve tempo.

L'uso delle e-cig ha permesso di diminuire sostanzialmente il consumo di sigarette tradizionali. Attualmente sono oltre 2 milioni gli "svapatori" (fumatori di vapore) di cui 1 milione e mezzo occasionali, circa il 3,2% degli italiani, e 510 mila i fumatori abituali, ossia che utilizza la e-cig mediamente nove volte al giorno e il 93,2% di questi consuma e-cig con nicotina. Vi è una marcata differenza di genere tra i fumatori abituali, con una prevalenza dei uomini (61,4%) rispetto alle donne (38,6%). Analizzando per fasce di età emerge che la e-cig è fumata particolarmente dai giovani adulti, 42,9% nella classe di età 25-44 anni, con l'età media pari a 39 anni. I giovanissimi (15-24 anni) risultano il 23,6% valore che si sovrappone con la fascia di età 45-64 anni (28,0%) mentre le persone più anziane rispondono meno alla novità con il 5,6%. Come si vede dal Grafico 2, tra i 15-44 anni risulta una maggior percentuale di coloro che fumano la e-cig rispetto alla sigaretta tradizionale.

Il fenomeno sembra destinato a crescere; si stima che in 10 anni il consumo di e-cig supererà quello delle sigarette tradizionali. Le conseguenze di questa scelta sono molteplici: il 10,6% dei fumatori ha smesso di fumare, il 22,9% ed il 44,4% ha, rispettivamente, diminuito drasticamente e leggermente il numero di sigarette tradizionali mentre il 22,1% non ha modificato le abitudini. Questi dati sono piuttosto incoraggianti perché, complessivamente, sono tanti quelli che, dopo aver provato l'e-cig, hanno diminuito il consumo personale di tabacco attraverso il passaggio totale o parziale al nuovo fumo.

Circa il 78,0% dei consumatori abituali acquistano il prodotto presso rivenditori specializzati, un 12,8% presso i tabaccai e solo il 3,8% in farmacia. La larga diffusione delle e-cig ha avuto ripercussioni sull'erario dello Stato, causando un buco di 132 milioni di euro nei soli primi 2 mesi del 2013 (dati diffusi dal Dipartimento delle Finanze), rispetto allo stesso periodo nell'anno precedente. In contrasto con la perdita delle casse pubbliche c'è il risparmio per il fumatore medio: si calcola che per consumare un pacchetto al giorno di sigarette la cifra sia pari a 1.460 euro all'anno, mentre uno svapatore non spende più di 400 euro compreso il costo della e-cig, pertanto si risparmiano circa 1.000 euro all'anno.

Al momento, vista la recente affermazione sul mercato di questo prodotto, non esistono grossi studi in merito alla tossicità delle sostanze chimiche presenti nelle e-cig, tra cui la nicotina. Tale sostanza, pur non essendo cancerogena, è nota per essere causa di una forte dipendenza psichica nella maggior parte dei soggetti esposti. In merito a ciò, il Ministero della Salute ha chiesto a tutti i produttori di e-cig di evidenziare su tutti i prodotti la concentrazione di nicotina e, in caso di presenza, di apporre i necessari simboli di tossicità. Inoltre, il Ministero della Salute ha disposto il divieto di vendita delle e-cig contenenti nicotina a soggetti di età <16 anni, in quanto potrebbero indurre i giovani a fumare veramente e costituire una sorta di iniziazione anche per quanto riguarda la gestualità.

Il dibattito scientifico riguardo i benefici ed i rischi dell'e-cig è molto acceso sia per quanto riguarda il fumo attivo che passivo. A fine 2012, l'Istituto Superiore di Sanità è stato chiaro: l'e-cig è meno tossica della sigaretta tradizionale.

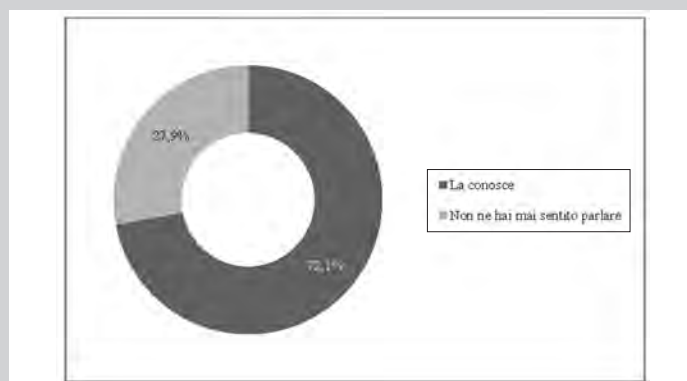
retta tradizionale, ma non si può affermare che sia del tutto innocua. Alcuni oncologi sottolineano l'importanza del concetto di riduzione del danno e dei vantaggi della e-cig dal punto di vista del rischio di tumori polmonari perché assicura una minore introduzione di sostanze cancerogene legate alla combustione tradizionale come catrame, benzene ed idrocarburi policiclici aromatici che sono alla base delle patologie oncologiche. Dall'altra parte, però, come sostiene il responsabile del Centro antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, non si può affermare che le e-cig non inducano nessun tipo di modificazione in quanto l'alta temperatura del vapore può alterare il glicerolo e formare acroleina, sostanza tossica per mucose e polmoni.

Per quanto riguarda il vapore passivo, secondo una ricerca americana le e-cig non modificano la qualità dell'aria in ambienti chiusi ed il vapore emesso non è nocivo per le persone. Tuttavia, la *Food and Drug Administration*, in un'analisi effettuata su due marche leader, ha rilevato due gruppi di sostanze che considera potenzialmente dannose: il glicol dietilenico e le nitrosammine. Di qui nasce la necessità di effettuare ulteriori analisi.

In conclusione, le e-cig sono arrivate sul mercato come un'alternativa al fumo di tabacco e, sulla base degli studi sinora condotti, sembrerebbero non causare effetti collaterali significativi, poiché i componenti cancerogeni presenti nel fumo tradizionale sono assenti. Contestualmente si è sviluppato un altro *target* di mercato rappresentato dai soggetti che hanno intenzione di smettere di fumare. Questo anche grazie al fatto che è possibile controllare la dose di nicotina somministrata e scalarla nel tempo, diminuendo così la dipendenza da questa sostanza. Complessivamente nel 2013 oltre 2 milioni di italiani la utilizzano verosimilmente come mezzo per ridurre o smettere di fumare. Tuttavia è necessario approfondire con metodologie scientificamente solide la reale capacità di questo strumento dal punto di vista della disassuefazione dal fumo. Non si sa, infatti, quanti consumatori dopo un primo periodo possano poi ritornare alla sigaretta tradizionale ed il consumo di e-cig andrebbe comunque inserito in un percorso terapeutico integrato che include altri interventi affinché sia veramente efficace per smettere di fumare.

Grafico 1 - Conoscenza (valori percentuali) della sigaretta elettronica - Anni 2012-2013

Anno 2012



Anno 2013

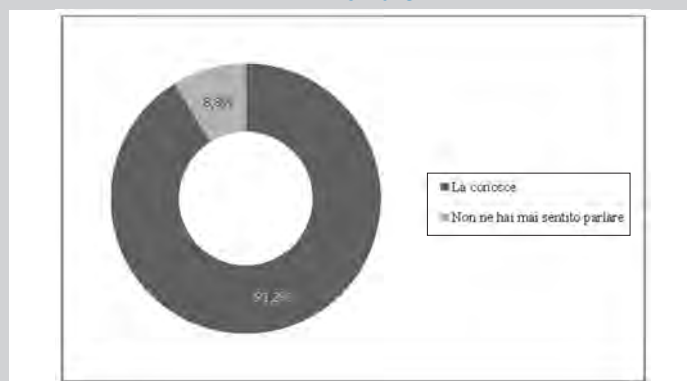
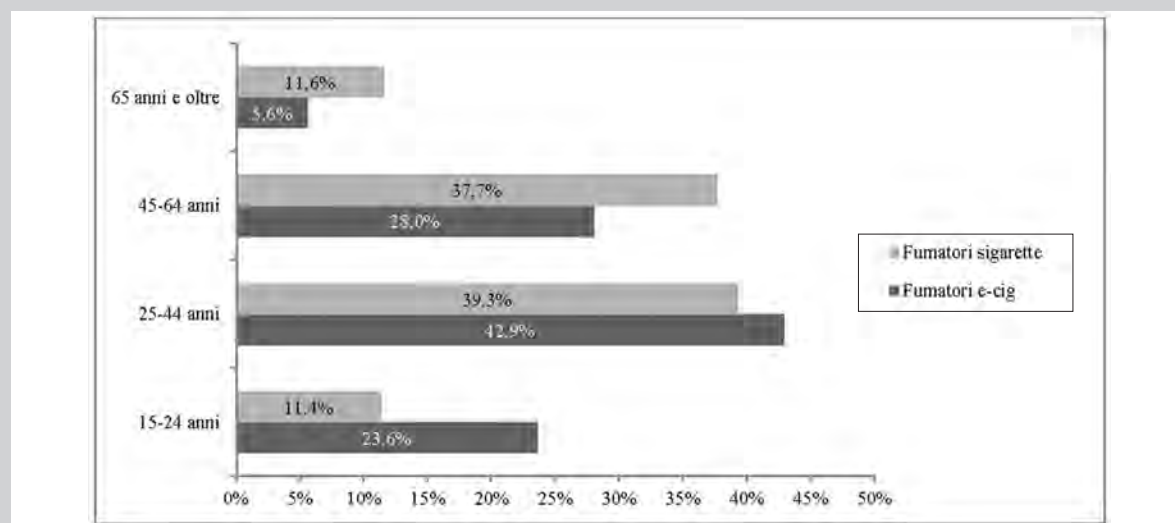


Grafico 2 - Utilizzo (valori percentuali) della sigaretta elettronica e tradizionale per classe di età - Anno 2013

Fonte dei dati: OSSFAD. Indagine DOXA-ISS 2013.

Riferimenti bibliografici

- (1) Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD). Indagine DOXA-ISS 2013.
- (2) Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD). Rapporto sul fumo in Italia 2012.
- (3) World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Control and prevention of smokeless tobacco products and electronic cigarettes, 15 September 2010.
- (4) Disponibile sul sito: www.liaf-onlus.org.
- (5) Disponibile sul sito: www.anafe.it.

Consumo di alcol

Significato. Il consumo di alcol provoca ogni anno 2,5 milioni di morti ed una significativa percentuale di questi si verifica nelle fasce più giovani della popolazione (1-2). L'alcol è il terzo fattore di rischio per la salute a livello globale poiché numerosi problemi alcol-correlati possono avere impatti devastanti sulle persone e sulle loro famiglie; è responsabile di danni sociali, mentali ed emotivi, compresi la criminalità e le violenze in ambito familiare, oltre che di incidenti stradali e sul lavoro. Il consumo dannoso di alcol è uno dei quattro più comuni fattori di rischio modificabili e prevenibili per le principali malattie non trasmissibili ed esistono anche numerosi studi che evidenziano una correlazione tra il consumo di alcol e la diffusione di numerose malattie trasmissibili quali, ad esempio, la tubercolosi e l'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) (1, 2). Le attuali Linee Guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (3) considera-

no a rischio: le donne che consumano più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche-UA¹); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*) (3-5). Tali indicazioni, tenendo conto anche delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Società Italiana di Alcolologia, hanno portato alla creazione dei seguenti indicatori di sintesi utilizzati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che individuano come "consumatori a rischio"(3, 4) tutte le persone che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza quotidiana o *binge drinking*).

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 consumatori (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	

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

Prevalenza di consumatori (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	
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di 19-64 anni	x 100

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

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

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

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

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

Numeratore	Uomini di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Uomini di 75 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 75 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Donne di 75 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno Donne di 75 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 75 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. L'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana" (6), dal 2007 rileva la numerosità di bicchieri di vino e birra e di bicchierini di aperitivi alcolici, amari o super alcolici consumati giornalmente. Il totale delle UA è calcolato come somma delle singole UA delle diverse bevande. Gli indicatori proposti permettono di calcolare la frequenza e le quantità di alcol assunte dagli individui giornalmente e di evidenziare gli stili di vita scorretti. Il questionario viene auto-compilato dai componenti delle famiglie ed è, quindi, verosimile una sottostima del fenomeno dovuta alla paura di rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.

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

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-18 anni): 14,1% per gli uomini, 8,4% per le donne, 11,4% totale;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (19-64 anni): 19,8% per gli uomini, 5,3% per le donne, 12,5% totale;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65-74 anni): 45,7% per gli uomini, 11,7% per le donne, 27,4% totale;
- prevalenza di consumatori molto anziani a rischio (75 anni ed oltre): 39,5% per gli uomini, 10,2% per le donne, 21,5% totale.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). La prevalenza dei non consumatori, che corrispondono agli astemi ed agli astinenti degli ultimi 12 mesi, è pari, nel 2011, al

33,6% ed è aumentata rispetto all'ultimo anno di 0,9 punti percentuali (nel denominatore sono conteggiati anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito). L'aumento rispetto all'anno 2010 è statisticamente significativo sia a livello nazionale sia in Toscana ed in Abruzzo (+3,6). L'aumento dei non consumatori in Abruzzo è dovuto, in particolare, all'aumento degli astemi (cioè di coloro che non hanno mai bevuto nella loro vita); si registra, invece, un aumento significativo a livello nazionale di 1,1 punti percentuali degli astinenti degli ultimi 12 mesi, che risulta significativo nella PA di Trento (+3,3), Friuli Venezia Giulia (+2,4), Toscana (+1,8), Puglia (+2,2) e Sicilia (+2,0).

Consumatori a rischio (Cartogrammi). La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2011, è pari al 23,9% per gli uomini, con una riduzione di 1,5 punti percentuali rispetto al 2010, ed al 6,9% per le donne. Analizzando le prevalenze registrate negli ultimi anni, si registra un trend lineare in diminuzione delle prevalenze dei consumatori uomini a rischio in Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Calabria e Puglia; in quest'ultima regione il trend in diminuzione si evidenzia anche per le donne. Rispetto alla precedente rilevazione, si registrano delle diminuzioni significative tra i consumatori a rischio di genere maschile nella PA di Trento (-5,4), in Molise (-6,5) ed in Puglia (-4,8). Valori statisticamente inferiori al dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=15,1%; F=3,3%), Campania (M=19,0%; F=4,0%), Puglia (M=17,8%; F=4,0%) e Calabria (M=19,0%; F=4,2%) e, per le sole donne, anche in Sardegna (5,0%); valori statisticamente al di sopra di quello nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Piemonte (M=29,0%; F=9,5%), Friuli Venezia Giulia (M=33,3%; F=9,7%), PA di Bolzano (M=35,0%; F=11,5%), Valle d'Aosta (M=34,3%; F=11,8%), oltre a Veneto (28,6%), Abruzzo (30,5%), PA di Trento (31,0%), Sardegna (31,3%) e Molise (37,3%) per i soli uomini e Lombardia (9,0%) per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni di età, nel 2011, è pari al 14,1% per i maschi ed all'8,4% per le femmine e si conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione registrato negli ultimi anni. A livello regionale, la diminuzione risulta statisticamente significativa, rispetto al 2007, per il genere maschile in Piemonte, Puglia e Sicilia, mentre non si registrano variazioni statisticamente significative dei giovani consumatori a rischio rispetto alla precedente rilevazione in entrambi i generi. Valori statisticamente superiori al dato nazionale si registrano per le femmine nella PA di Bolzano (20,7%), mentre valori inferiori al dato nazionale si registrano, per i maschi, in Sicilia (6,7%).

Adulti (Tabella 3). Nel 2011, nella fascia di età 19-64

anni, la prevalenza dei consumatori a rischio tra gli uomini (19,8%) è diminuita rispetto al 2010 di 1,7 punti percentuali ed è rimasta pressoché stabile (5,3%) tra le donne. Nel corso degli ultimi anni, tra gli uomini a livello regionale si è registrato un trend in aumento dei consumatori a rischio nel Lazio e un trend in diminuzione, sempre tra gli uomini, in Emilia-Romagna, Toscana, Puglia, Basilicata e Calabria; in Molise, nonostante il trend in crescita registrato negli anni 2007-2010, si è registrata nel corso dell'ultimo anno una riduzione dei consumatori a rischio di 7,9 punti percentuali. Le realtà a maggior rischio nel 2011, con valori statisticamente al di sopra del valore nazionale, risultano essere, per entrambi i generi, la PA di Bolzano (M=35,5%; F=11,1%) e il Piemonte (M=23,0%; F=8,0%), a cui si aggiungono, per i soli uomini, la Valle d'Aosta (31,7%), la PA di Trento (29,1%), il Veneto (24,5%), il Friuli Venezia Giulia (29,3%), il Molise (34,9%), la Sardegna (29,3%) e l'Abruzzo (28,3%); valori al di sotto del dato nazionale si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=13,4%; F=2,6%), Campania (M=14,4%; F=2,7%), Calabria (M=15,3%; F=2,8%) e Puglia (M=13,7%; F=3,3%).

L'analisi delle diverse tipologie di consumo a rischio (*binge drinking* e consumo giornaliero eccedentario) (Tabella 4) mostra che la prevalenza di *binge drinker* è statisticamente più elevata di quella dei consumatori a rischio per consumo giornaliero eccedentario in tutte le regioni, ad eccezione di Liguria, Toscana, Campania e Puglia per entrambe i generi, e di Marche e Basilicata per gli uomini e di Umbria e Molise per le donne. La prevalenza di *binge drinker* risulta superiore al valore nazionale in Piemonte, PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia per entrambi i generi ed in Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Sardegna, Abruzzo e Molise per il genere maschile (in queste ultime 2 regioni anche la prevalenza di consumatori eccedentari giornalieri risulta superiore al valore nazionale); risulta, infine, inferiore al dato nazionale la prevalenza dei *binge drinker* in Campania e Sicilia per entrambe i generi, in Liguria, Toscana, Umbria e Marche per i soli uomini e in Puglia e Calabria per le sole donne. Rispetto alla precedente rilevazione, tra gli uomini è diminuita la prevalenza di *binge drinker* in Toscana, Molise e Puglia.

Anziani (Tabella 5). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2011, è pari al 45,7% tra gli uomini, e l'11,7% tra le donne, senza differenze significative rispetto alle precedenti rilevazioni. La percentuale di anziani (65-74) anni a rischio superiore al dato nazionale si è registrata in Molise (62,0%) tra gli uomini ed in Liguria (21,2%) tra le donne; risultano, invece, inferiori al valore nazionale le prevalenze dei consumatori a rischio in Sicilia (M=31,1%; F=5,4%), indipendentemente dal genere. La prevalenza risulta, comunque, più elevata tra gli uomini che tra le donne in tutte le regioni.

Molto anziani. (Tabella 6). La prevalenza degli anziani di 75 anni ed oltre a rischio, nel 2011, è risultata pari al 39,5% per gli uomini ed al 10,2% per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Per gli uomini, un valore statisticamente superiore al dato nazionale si registra in Piemonte (52,8%),

mentre i valori più bassi si registrano, per entrambi i generi, in Sicilia (M=21,0%; F=3,6%). Nel 2011, si registrano differenze di genere statisticamente significative dei consumatori di bevande alcoliche a rischio sia a livello nazionale che regionale.

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) dei non consumatori e dei consumatori per regione - Anni 2010-2011*

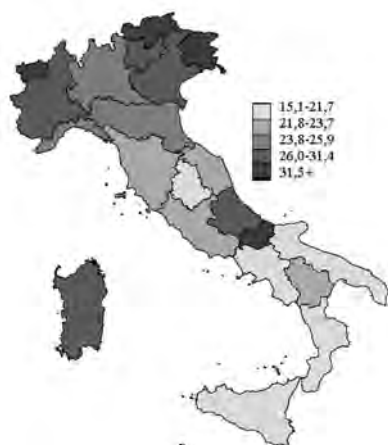
Regioni	2010				2011			
	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori	Consumavano	Mai	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	3,6	25,9	29,4	68,8	4,4	26,8	31,2	67,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	23,1	27,7	72,0	4,7	22,1	26,7	71,1
Lombardia	4,3	24,7	29,0	69,2	5,2	25,0	30,2	68,6
Bolzano-Bozen	6,7	17,8	24,5	73,1	7,5	17,1	24,6	72,0
Trento	6,0	26,9	32,9	66,0	9,3	26,7	35,9	63,7
Veneto	5,4	23,7	29,1	68,9	6,1	24,4	30,5	69,0
Friuli Venezia Giulia	3,9	25,4	29,3	69,4	6,3	24,3	30,5	67,6
Liguria	4,0	27,7	31,7	67,0	5,3	28,6	33,8	65,7
Emilia-Romagna	5,5	26,2	31,7	67,0	5,3	24,6	29,8	68,7
Toscana	4,8	25,0	29,8	69,0	6,6	26,8	33,4	64,6
Umbria	4,2	29,6	33,9	64,8	4,8	29,1	33,9	64,9
Marche	4,8	28,1	32,9	64,8	6,9	26,9	33,8	64,5
Lazio	4,8	26,8	31,5	65,9	5,8	26,0	31,8	66,9
Abruzzo	5,5	26,2	31,7	66,5	5,8	29,5	35,3	63,5
Molise	4,1	30,8	34,9	64,1	5,2	32,9	38,1	61,1
Campania	4,9	36,0	40,9	58,3	5,2	33,5	38,6	60,4
Puglia	2,8	32,2	35,0	64,1	5,0	32,8	37,8	61,7
Basilicata	3,0	32,6	35,7	61,9	3,1	34,0	37,1	60,1
Calabria	3,8	31,4	35,2	63,2	4,5	30,7	35,2	63,6
Sicilia	4,3	34,5	38,9	59,1	6,3	34,5	40,8	56,3
Sardegna	5,9	28,5	34,4	62,8	7,5	28,9	36,4	62,5
Italia	4,5	28,1	32,7	65,7	5,6	28,0	33,6	65,0

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

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Maschi. Anno 2011



Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) per regione. Femmine. Anno 2011

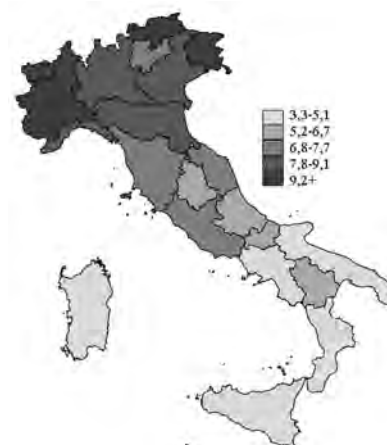


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 11-18 anni per genere e regione - Anno 2011

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

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 19-64 anni per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	23,0	8,0	15,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,7	8,2	20,0
Lombardia	21,8	6,4	14,2
Bolzano-Bozen	35,5	11,1	23,4
Trento	29,1	6,0	17,6
Veneto	24,5	5,6	15,1
Friuli Venezia Giulia	29,3	7,0	18,2
Liguria	17,1	4,7	10,8
Emilia-Romagna	18,5	6,6	12,5
Toscana	17,6	6,0	11,7
Umbria	16,5	4,3	10,3
Marche	18,0	5,9	11,9
Lazio	20,9	6,8	13,7
Abruzzo	28,3	5,6	16,9
Molise	34,9	5,1	20,1
Campania	14,4	2,7	8,5
Puglia	13,7	3,3	8,4
Basilicata	18,2	4,1	11,2
Calabria	15,3	2,8	9,0
Sicilia	13,4	2,6	7,8
Sardegna	29,3	4,6	16,9
Italia	19,8	5,3	12,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 4 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 19-64 anni per genere, tipologia di comportamento a rischio e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking	Eccedenti i limiti giornalieri	Binge drinking
Piemonte	7,4	18,6	2,7	6,0	5,0	12,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	9,7	27,5	1,8	6,4	5,8	17,0
Lombardia	7,0	16,9	1,6	5,1	4,3	11,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	5,7	33,1	1,2	10,1	3,5	21,7
<i>Trento</i>	6,5	25,5	1,4	4,6	4,0	15,1
Veneto	7,1	20,1	1,8	4,1	4,5	12,2
Friuli Venezia Giulia	7,3	26,3	0,6	6,4	4,0	16,4
Liguria	8,4	10,6	2,0	3,5	5,1	7,0
Emilia-Romagna	6,9	12,6	2,2	4,9	4,6	8,8
Toscana	9,1	9,9	2,2	4,2	5,6	7,0
Umbria	6,5	11,7	1,4	3,0	3,9	7,2
Marche	9,0	10,6	1,7	4,7	5,3	7,6
Lazio	6,9	16,5	1,7	5,3	4,3	10,8
Abruzzo	10,7	23,4	1,3	4,5	5,9	13,9
Molise	13,5	27,7	1,5	3,8	7,5	15,9
Campania	7,7	9,7	1,0	1,8	4,3	5,7
Puglia	7,1	8,6	1,2	2,1	4,1	5,3
Basilicata	9,8	13,3	1,1	3,9	5,4	8,6
Calabria	5,6	12,1	0,5	2,4	3,0	7,2
Sicilia	4,3	10,2	0,3	2,4	2,3	6,2
Sardegna	8,3	26,4	0,7	4,1	4,5	15,2
Italia	7,2	15,0	1,5	4,1	4,3	9,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 5 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della classe di età 65-74 anni per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	52,2	12,2	31,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	53,5	21,6	35,0
Lombardia	46,0	14,8	29,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	37,7	11,5	24,0
<i>Trento</i>	48,4	11,9	28,6
Veneto	51,4	11,6	29,7
Friuli Venezia Giulia	48,8	14,1	29,1
Liguria	51,2	21,2	35,8
Emilia-Romagna	50,0	11,4	30,2
Toscana	46,3	13,5	28,7
Umbria	40,4	14,2	26,9
Marche	41,4	14,5	27,4
Lazio	39,3	12,4	24,5
Abruzzo	49,8	5,5	26,2
Molise	62,0	11,8	36,2
Campania	48,4	9,1	27,5
Puglia	40,0	6,4	21,9
Basilicata	40,0	15,4	25,9
Calabria	44,9	11,1	27,3
Sicilia	31,1	5,4	16,7
Sardegna	50,5	8,6	27,8
Italia	45,7	11,7	27,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 6 - Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) della popolazione di età 75 anni ed oltre per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	52,8	14,4	29,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,3	19,3	28,9
Lombardia	46,3	13,7	25,6
Bolzano-Bozen	41,3	6,0	19,4
Trento	55,8	10,6	27,0
Veneto	42,6	17,2	27,0
Friuli Venezia Giulia	51,3	15,6	29,8
Liguria	43,3	11,9	22,9
Emilia-Romagna	39,6	14,8	23,9
Toscana	40,6	7,2	20,1
Umbria	39,1	8,4	20,1
Marche	31,6	10,8	18,7
Lazio	33,5	8,4	18,3
Abruzzo	45,2	8,0	22,8
Molise	44,6	8,8	22,1
Campania	41,9	7,9	20,7
Puglia	35,5	5,1	17,3
Basilicata	39,3	9,6	22,8
Calabria	29,2	*	13,1
Sicilia	21,0	3,6	10,9
Sardegna	33,7	*	14,8
Italia	39,5	10,2	21,5

*Dato non attendibile.

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi complessiva dei dati evidenzia la sostanziale presenza di un fenomeno che, nonostante gli interventi di prevenzione, di comunicazione e di sensibilizzazione, non mostra nel corso degli anni il raggiungimento di quegli obiettivi di sostanziale diminuzione del rischio alcol correlato che sarebbero auspicabili. Sono ancora troppi i consumatori a rischio, in particolare gli individui adulti che bevono secondo modalità quale il *binge drinking*, che non possono essere associati a culture trasgressive o "modaiole" dei più giovani. Milioni di individui consapevoli, in età produttiva, costituiscono lo "zoccolo duro" dei consumatori a rischio che non si sono mostrati sensibili alle sollecitazioni della prevenzione, dell'informazione, e delle stesse nuove indicazioni che pongono l'alcol come uno dei principali fattori di rischio, di malattia, di disabilità evitabili a fronte dell'adozione di più sani e salutari modelli e stili di consumo. L'alcol resta ancora tra le prime dieci priorità d'intervento in Italia (7). I giovanissimi e gli anziani, insieme alle donne, sono sicuramente le fasce di popolazione fisiologicamente più vulnerabili, in quanto più esposti a problematiche e condizioni patologiche alcol-correlate; non è, quindi, possibile proporre iniziative di prevenzione globale in grado di intervenire sui fattori di rischio alcol correlato presenti nei differenti contesti in cui individui così diversi agiscono. I comportamenti dei diversi *target* di popolazione hanno, infatti, come unico deno-

minatore le pressioni sociali al bere che sono legate a forme e modalità di *marketing* e di pubblicità troppo spesso ingannevoli e pervasive.

Gli organismi di tutela della salute sollecitano, in particolare per i giovani, l'attivazione delle due principali ambienti educativi, la scuola e la famiglia, ma hanno poche possibilità di conseguire risultati tangibili se non si realizzano iniziative mirate al maggiore coinvolgimento dei parenti e degli adulti competenti per una prevenzione in grado di contrastare un comportamento a maggior rischio e di proporre alternative al valore d'uso dell'alcol. Otto milioni di consumatori a rischio rappresentano il bacino di riferimento per il potenziale sviluppo di alcolodipendenti; il dato non è trascurabile. Alla luce del concetto che il rischio alcol correlato è un *continuum*, in cui appare impossibile verificare le continue modifiche delle abitudini di consumo o lo spostamento della persona da una categoria di medio rischio a quella di alto rischio e di alcol dipendenza, appare indispensabile riconsiderare e valorizzare l'approccio di identificazione precoce del rischio e del conseguente *case management*. Ciò per consentire a ben più degli attuali 58.000 alcolodipendenti in carico ai servizi di essere prima di tutto intercettati da una rete di competenze ad oggi mal definita e di accedere, quindi, in maniera più congrua alle cure e prestazioni specifiche che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può erogare. L'intercettazione precoce e lo screening dei consumatori a rischio che non

hanno ancora sviluppato una dipendenza da alcol è fondamentale; un ampliamento della prevenzione, intesa in tal senso, può favorire la riduzione del bere e progressivamente l'astensione, contribuendo a ridurre sia le patologie e problematiche alcol-correlate sia il loro impatto sulla società e sul SSN in modo da abbattere i 22 miliardi di euro annuali che l'alcol comporta in termini di costi in Italia. Le attività di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol, con particolare riguardo all'Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) (8), rappresentano aree strategiche presenti in tutti i documenti programmatici sanitari come il Piano Nazionale Alcol e Salute, il Piano Nazionale Prevenzione ed il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ciò nonostante, l'IPIB è un intervento offerto sporadicamente e molti consumatori a rischio non hanno consapevolezza di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale si può uscire.

Gli 8 milioni di italiani che hanno problemi con l'alcol avrebbero bisogno di un più adeguato e moderno supporto sanitario, ma metà dei medici di base non ha ricevuto formazione adeguata a consentire il riconoscimento dei pazienti a rischio. Oltre il 50% dei Medici di Medicina Generale non ha ricevuto una formazione universitaria o post-universitaria sufficiente e specifica o un'adeguata offerta di formazione sulle patologie e le problematiche correlate all'alcol. Solo il 31,9% dei medici dichiara di avere dimestichezza con gli strumenti di screening per l'individuazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol. Un *gap* significativo rispetto alle realtà delle altre Nazioni europee che è urgente colmare per assicurare più elevati livelli di salute e sicurezza non minacciati dal consumo rischioso e dannoso di bevande alcoliche.

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster (NMH). Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Switzerland 2013.
- (2) World Health Organization - Global status report on alcohol and health. Switzerland 2011.
- (3) INRAN (2003): Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Disponibile sul sito: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/.
- (4) Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcolcorrelati anni 2011-2012. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf.
- (5) Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2013. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/3).
- (6) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2011. Istat, Roma, 2012.
- (7) Rossi A, Heim A, Lobello F, Mokdad AH, Scafato E. The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors. Simoes EJ, Mariotti S, Int J Public Health. 2012 Aug; 57 (4): 719-33. doi: 10.1007/s00038-012-0341-5. Epub 2012 Feb 14.
- (8) L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Alimentazione e nutrizione assicurano l'essenziale scambio, materiale ed energetico, fra ambiente ed organismi che lo popolano (1). Il consumo di alimenti per tipologia è un indicatore della qualità della dieta nella popolazione (2). Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2012 (3), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dichiarata dalle persone di 3 anni ed oltre. La classe di frequenza degli alimenti varia da gruppo a gruppo a seconda dell'uso abituale e della quantità di

porzione ritenuto auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (4).

Le Linee Guida per una sana alimentazione (4) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, al consumo di "Verdura, Ortaggi e Frutta" (VOF) è riconosciuta una forte valenza positiva nella riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, la capacità di veicolare sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. Seguendo le indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo fondamentale di politica nutrizionale.

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre per consumo di uno specifico gruppo alimentare	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre	x 100

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

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare almeno una porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	x 100

Validità e limiti. Gli indicatori considerati permettono di analizzare il profilo di consumo di alimenti di ciascuna regione (3). Ciò permette di valutare la distribuzione delle diverse tipologie di alimenti e di bevande in merito ai valori mediani osservati, al fine di confrontare come si differenziano le regioni rispetto alla distribuzione generale.

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

Valore di riferimento/Benchmark. La percentuale di popolazione di 3 anni ed oltre che consuma almeno 5 porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi o Frutta (5+VOF), tra coloro che consumano almeno una porzione di Verdura, Ortaggi o Frutta (1+VOF) e le frequenze di consumo per tipologia di alimenti, sono analizzati come parte del profilo mediano nella popolazione totale e tra i consumatori di 5+VOF al di.

Descrizione dei risultati

Complessivamente, nel nostro Paese, le persone di 3 anni ed oltre che consumano quotidianamente VOF costituiscono una percentuale abbastanza stabile, con un valore nazionale che raggiunge il massimo (85,3%) nel 2006, ed un minimo (83,7%) nel 2009 (3). Tuttavia, in questo sottogruppo di popolazione, solo una piccola percentuale, circa il 5%, consuma le quantità raccomandate di VOF (5 o più porzioni al giorno), con un trend rimasto sostanzialmente stabile nel periodo considerato, ma che evidenzia una leggera tendenza alla diminuzione nell'ultimo biennio (2011-2012) (Tabella 1). Passando ad analizzare alcune categorie di alimenti, si osserva che, nel 2012, la metà della popolazione consuma "almeno una volta al giorno" verdura, frutta, pane, pasta e riso, mentre ha un consumo settimanale di pomodori (escluso conserve), ortaggi, patate, carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello e "meno che settimanale" di legumi secchi, *snack* salati e dolci. Il consumo di queste categorie di alimenti è stato osservato anche tra le persone che consumano le quantità di VOF raccomandate, al fine di evidenziare profili alimentari diversi dal resto della popolazione. Gli indicatori non evidenziano particolari differenze tra questi due gruppi di popolazione. L'analisi regionale mette in luce poche peculiarità che testimoniano abitudini alimentare molto simili su tut-

to il territorio nazionale (Tabelle 2 e 3). Le principali differenze riscontrate, prendendo in considerazione la popolazione regionale complessiva, sono nel consumo di verdure in Liguria ed in tutte le regioni del Mezzogiorno (consumo settimanale), meno frequente rispetto a quello nazionale. Riguardo al consumo di salumi, l'unica regione che si differenzia dal resto del territorio è l'Emilia-Romagna (consumo meno che

settimanale), mentre, in generale, per la carne di maiale in Toscana, Umbria, Basilicata e Calabria, si osserva un consumo più elevato (settimanale) rispetto al resto del territorio. Infine, sempre nella popolazione complessiva, risulta inferiore al dato nazionale il consumo di carni bovine nella PA di Bolzano (consumo meno che settimanale).

Tabella 1 - Percentuale della popolazione di età 3 anni ed oltre* per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) e quinto di appartenenza per regione - Anni 2005-2012

Regioni	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Quinti della distribuzione 5+VOF								
									2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Trento	8,7	8,5	10	8,1	10	7,8	7,4	8,1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Piemonte	6,7	7,3	6,6	7,0	5,4	6,8	6,2	5,3	5	5	4	5	4	5	4	4	4
Veneto	6,7	6,2	6,4	6,1	4,1	5,8	6,0	5,5	5	4	4	4	2	3	3	4	4
Friuli Venezia Giulia	7,7	5,5	4,7	7,4	4,8	5,9	7,0	5,5	5	3	1	5	3	4	5	4	4
Liguria	5,5	7,0	5,3	5,9	4,9	5,1	5,3	4,2	4	5	2	3	3	2	3	2	2
Sardegna	6,4	4,9	6,8	5,9	4,7	6,6	8,1	6,0	4	2	4	3	3	5	5	5	5
Toscana	5,7	4,9	5,1	5,1	4,0	5,8	3,8	4,6	4	2	2	2	2	3	1	3	3
Campania	5,9	4,4	5,6	6,6	5,4	5,9	3,8	3,7	4	1	3	5	4	4	1	2	2
Lazio	5,5	5,6	5,5	6,1	4,0	5,8	3,9	5,4	3	4	3	4	2	3	2	4	4
Emilia-Romagna	5,1	6,0	5,3	5,5	7,0	5,5	5,2	5,4	3	4	2	3	5	2	2	4	4
Umbria	5,2	4,8	6,1	5,0	5,3	4,3	6,4	4,7	3	2	3	2	4	1	4	3	3
Lombardia	4,9	5,8	6,9	5,5	5,9	5,8	6,0	5,8	2	4	5	3	5	3	3	5	5
Valle d'Aosta	4,4	6,2	3,8	6,6	6,5	6,1	6,4	5,0	2	4	1	5	5	5	4	3	3
Bolzano-Bozen	4,6	5,3	7,3	4,8	5,3	5,6	4,4	3,3	2	3	5	2	4	2	2	1	1
Molise	4,7	4,5	6,9	4,9	4,4	3,5	6,1	2,6	2	1	5	2	2	1	4	1	1
Marche	4,5	3,8	6,6	4,5	4,5	5,7	5,5	3,4	2	1	4	1	3	3	3	2	2
Abruzzo	4,3	5,1	5,7	6,3	3,4	5,8	6,6	3,8	1	3	3	4	1	3	5	2	2
Sicilia	4,4	4,6	3,5	4,7	3,7	4,5	3,7	4,3	1	2	1	1	1	2	1	3	3
Basilicata	3,2	4,7	2,3	4,4	1,7	3,1	4,7	1,7	1	2	1	1	1	1	2	1	1
Puglia	3,3	3,6	5,3	4,6	3,7	3,1	2,7	2,0	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Calabria	2,5	2,9	2,7	4,1	2,9	4,2	2,5	2,1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Italia	5,3	5,3	5,6	5,7	4,8	5,5	4,9	4,7									

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 2 - Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (vegetali, frutta e derivati dei cereali) consumati dalle persone di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Verdure in foglia (escluse conserve)		Pomodori e ortaggi (escluse conserve)		Porzioni giornaliere di ortaggi e/o verdure	Frutta	Porzioni giornaliere di frutta	Legumi secchi o in scatola	Patate	Pane, pasta, riso	Snack salati (patatine, pop corn, salatini, olive)
		cofte e crude (spinaci, insalate, cicoria, cavolo, broccoli)	foglia (melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche cavolfiore, piselli e altri legumi freschi)	Verdure in foglia (escluse conserve)	ortaggi (melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche cavolfiore, piselli e altri legumi freschi)							
Piemonte	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	a	a	a	a
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Lombardia	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Bolzano-Bozen	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Trento	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Veneto	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Friuli Venezia Giulia	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Liguria	Totale	Settimanale	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	a	a	a	a
Emilia-Romagna	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b		b	b	b	a	a	a
Toscana	Totale	a	b	a	a		a	a	b	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	b	a	a	a
Umbria	Totale	a	b	a	a		a	a	b	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	b	a	a	a
Marche	Totale	a	a	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	b	b	b		b	b	a	a	a	a
Lazio	Totale	a	b	a	a		a	a	a	a	a	a
	5+VOF	b	Più volte al giorno	b	b		b	b	b	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

b = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella dei consumatori giornalieri di 5+VOF dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 2 - (segue) Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (vegetali, frutta e derivati dei cereali) consumati dalle persone di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Verdure in foglia cotte e crude (spinaci, insalate, cicoria, cavolo, broccoli)		Pomodori e (escluse conserve) e ortaggi (melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche cavolfiore, piselli e altri legumi freschi)		Porzioni giornaliere di ortaggi e/o verdure	Frutta	Porzioni giornaliere di frutta	Legumi secchi o in scatola	Patate	Pane, pasta, riso	Snack salati (patatine, pop corn, salatini, olive)
		Settimanale	Settimanale	a	b							
Abruzzo	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Molise	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Campania	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	4 porzioni	b	a	a	a
Puglia	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	4 porzioni	b	a	a	a
Basilicata	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	4 porzioni	b	a	a	a
Calabria	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	b	b	b	b	b	b	a	a	a
Sicilia	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	a	b	a	a	a
	5+VOF	a	a	Più volte al giorno	b	b	b	b	b	a	a	a
Sardegna	Totale	Settimanale	Settimanale	a	a	a	a	1 porzione	a	a	a	a
	5+VOF	b	b	b	b	b	b	b	a	a	a	Mai
Italia	Totale	1 volta al giorno	Settimanale	1 porzione	1 volta al giorno	2 porzioni	1 volta al giorno	2 porzioni	Meno che settimanale	Settimanale	1 volta al giorno	Meno che settimanale
	5+VOF	Più volte al giorno	1 volta al giorno	2 porzioni	Più volte al giorno	3 porzioni	3 porzioni	Settimanale	Settimanale	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

b = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella dei consumatori giornalieri di 5+VOF dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 3 - Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (carni, latte e prodotti caseari, uova e pesce) consumati dalle persone di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Salumi	Carne di pollo, tacchino, coniglio, vitello	Carni bovine (manzo, vitellone etc.)	Carni di maiale (escuso salumi)	Latte	Formaggi, latticini	Uova	Pesce
Piemonte	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Lombardia	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Bolzano-Bozen	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	Meno che settimanale	Meno che settimanale	a	a	a	a	Meno che settimanale
Trento	5+VOF	Meno che settimanale	a	Meno che settimanale	a	Settimanale	I volta al giorno	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Veneto	5+VOF	a	a	Meno che settimanale	a	a	I volta al giorno	Meno che settimanale	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Friuli Venezia Giulia	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	Meno che settimanale
Liguria	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Emilia-Romagna	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	Meno che settimanale	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Toscana	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Umbria	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Marche	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	Meno che settimanale
Lazio	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
Abruzzo	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Molise	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
Campania	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Tabella 3 - (segue) Classi mediane di frequenza e/o di quantità di alimenti (carni, latte e prodotti caseari, uova e pesce) consumati dalle persone della classe di età 3 anni ed oltre e confronto tra i consumatori totali e giornalieri di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta (5+VOF) per regione - Anno 2012

Regioni	Consumatori di alimenti	Salumi	Carne di pollo, tacchino, coniglio, vitello	Carni bovine (manzo, vitellone etc.)	Carni di maiale (escuso salumi)	Latte	Formaggi, latticini	Uova	Pesce
Puglia	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
Basilicata	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
	5+VOF	Meno che settimanale	Meno che settimanale	Meno che settimanale	a	a	a	a	a
Calabria	Totale	a	a	a	Settimanale	a	a	a	a
	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a
Sicilia	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
	5+VOF	a	a	a	Settimanale	Settimanale	a	a	a
Sardegna	Totale	a	a	a	a	a	a	a	a
	5+VOF	Meno che settimanale	a	a	a	a	a	a	a
Italia	Totale	Settimanale	Settimanale	Settimanale	Meno che settimanale	1 volta al giorno	Settimanale	Settimanale	Settimanale
	5+VOF	a	a	a	a	a	a	a	a

a = La classe mediana di frequenza e/o di quantità coincide con quella del totale dei consumatori dell'Italia.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle 5+VOF continua ad essere limitata e, negli ultimi 2 anni, anche decrescente. Pertanto, risulta fondamentale il proseguimento di programmi come “Frutta nelle scuole” (1) promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (5).

Differenze regionali nei profili di consumo devono essere tenute presenti per disegnare interventi mirati sia per il totale della popolazione che per i consumatori di 5+VOF in quanto, talvolta, risultano associati a comportamenti diversi dalle raccomandazioni (ad esempio, la frequenza di consumo delle carni bovine e suine) per altri gruppi alimentari.

L'evoluzione di altri indicatori mostra una crescita dell'attenzione ad aspetti salutistici come alla riduzione dell'uso del sale o l'uso del sale iodato che, già da tempo, sono oggetto di campagne, anche a livello internazionale (6-10). L'uso dei grassi da condimento rimane largamente a favore dell'olio d'oliva. Le potenzialità per migliorare ancora esistono ed il monitoraggio continuo delle abitudini alimentari potrà fornire gli indicatori utili per intervenire al riguardo. Gli aspetti della crisi economica devono essere affrontati anche in riferimento ai riflessi su una sana alimentazione cercando di sostenere i consumi di verdura,

ortaggi e frutta per far sì che la percentuale di persone che raggiungono l'obiettivo ricominci ad aumentare e che non si perda la tendenza ad assumere comportamenti salutari fino ad ora ancora diffusi.

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) EURODIET. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Kafatos AG (coordinatore) core report; 2001. Disponibile sul sito: <http://nutrition.med.uoc.gr/eurodiet/index.html>.
- (3) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana. Istat. Roma, 2012.
- (4) INRAN. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma, 2003.
- (5) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana - 2010. Istat. Roma, 2012. Disponibile sul sito: <http://nutrition.med.uoc.gr/eurodiet/index.html>.
- (6) Disponibile sul sito: <http://www.fruttanellescuole.gov.it/>.
- (7) Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/agriculture/fruit-and-vegetables/school-fruit-scheme/index_en.htm.
- (8) Disponibile sul sito: www.worldactiononsalt.com.
- (9) Disponibile sul sito: www.sinu.it/documenti/SINU%20WASH%20poster%20definitivo.pdf.
- (10) European Commission (2008). Collated information on salt reduction in the EU. April 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf.

Sovrappeso ed obesità

Significato. Molte delle malattie croniche, che rappresentano attualmente la prima causa di morte, si possono prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità. Quest'ultima, infatti, è diventata universalmente uno dei maggiori problemi di Sanità Pubblica con un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali ed è considerata una vera e propria epidemia: in 30 anni il fenomeno è più che raddoppiato ed attualmente, a livello globale, ci sono più di 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso, di questi oltre 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne sono obesi (1). In Europa, le ultime stime riportano una percentuale di persone in sovrappeso che variano dal 30-70% e si

registrano valori di obesità dal 10-30% della popolazione adulta. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) della Regione europea riportano una prevalenza di obesità che è addirittura triplicata dagli anni Ottanta e che continua a crescere, divenendo responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi (2).

In Italia, nel 2012, più di quattro adulti su dieci sono in eccesso ponderale e la rilevanza del problema ha suscitato l'interesse di gruppi di ricerca, facendo crescere il ruolo delle sorveglianze di popolazione che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e valutare precocemente le tendenze positive o negative.

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

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

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (Kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 ed "obeso" un IMC ≥ 30 (3).

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel marzo 2012 su un campione di oltre 19.330 famiglie, per un totale di circa 46.600 individui. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte sono auto riferite.

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

Descrizione dei risultati

Dai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat emerge che, in Italia, nel 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 46,0% dei soggetti di età >18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma, come

negli anni precedenti, il gradiente Nord-Sud: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Puglia 12,9% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9% e Campania 41,1%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: Liguria 6,9% e PA di Bolzano 7,5%; sovrappeso: Liguria 32,3% e PA di Bolzano 32,5%).

Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti si osserva che, dal 2001, si è registrato un aumento di 3,6 punti percentuali di persone con eccesso ponderale; in particolare, negli ultimi 11 anni, è cresciuta maggiormente la prevalenza di persone obese (da 8,5% a 10,4%) (Grafico 1).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 15,8% della fascia di età 18-24 anni al 45,8% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,8% al 15,9% per le stesse fasce di età. Nelle età più avanzate il valore diminuisce lievemente (sovrappeso 42,5% ed obesità 13,2% nelle persone di 75 anni ed oltre) rispetto alla fascia di età precedente (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra gli uomini; infatti, è in sovrappeso il 44,2% degli uomini rispetto al 27,6% delle donne e obeso l'11,3% degli uomini ed il 9,5% delle donne. La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali per entrambi i generi è quella dei 65-74 anni: negli uomini 52,5% di sovrappeso e 16,1% di obesità, mentre nelle donne è, rispettivamente, 39,6% e 15,8% (Tabella 2).

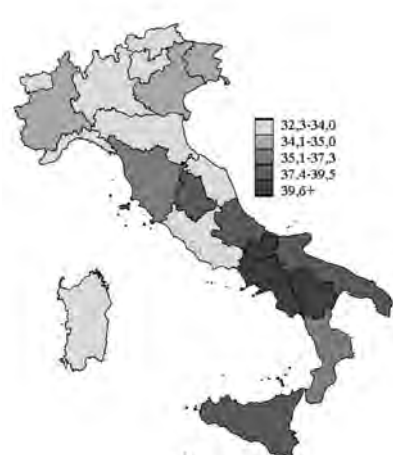
Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2012

Regioni	Persone in sovrappeso	Persone obese
Piemonte	34,9	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,8	9,3
Lombardia	32,6	10,3
Bolzano-Bozen	32,5	7,5
Trento	32,6	8,4
Veneto	34,2	10,7
Friuli Venezia Giulia	34,9	10,7
Liguria	32,3	6,9
Emilia-Romagna	33,7	10,6
Toscana	36,5	8,8
Umbria	37,4	12,0
Marche	33,8	10,8
Lazio	33,7	9,3
Abruzzo	39,4	12,4
Molise	39,6	13,5
Campania	41,1	11,0
Puglia	39,0	12,9
Basilicata	39,9	12,6
Calabria	37,2	10,6
Sicilia	38,3	10,8
Sardegna	33,9	9,1
Italia	35,6	10,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2012



Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2012

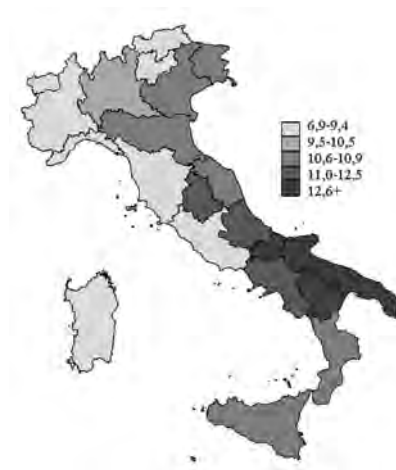
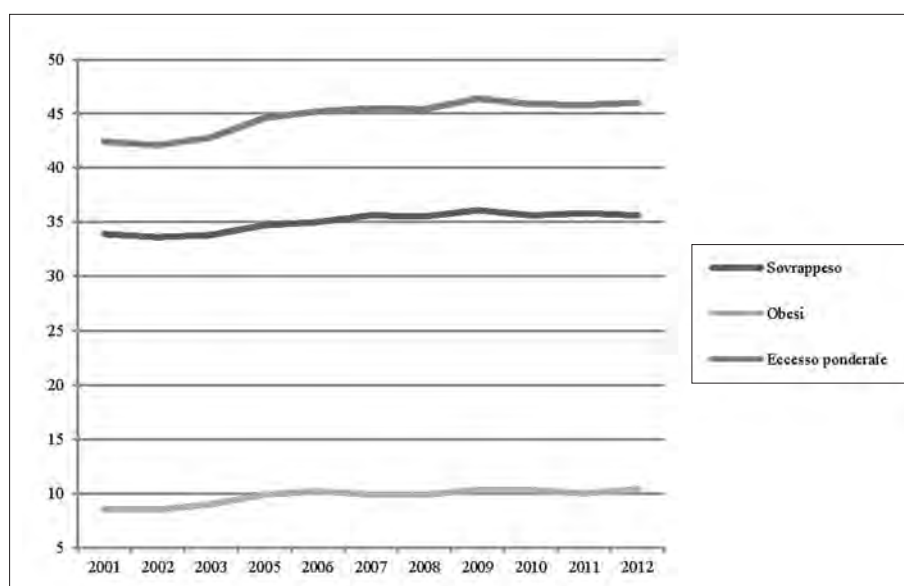


Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2012

Classi di età	Persone in sovrappeso	Persone obese
MASCHI		
18-24	20,2	3,2
25-34	33,6	5,7
35-44	46,4	10,3
45-54	47,6	12,8
55-64	52,1	15,5
65-74	52,5	16,1
75 ed oltre	49,5	14,0
Totale	44,2	11,3
FEMMINE		
18-24	10,9	2,3
25-34	14,8	4,7
35-44	20,5	6,0
45-54	27,7	9,5
55-64	36,1	13,4
65-74	39,6	15,8
75 ed oltre	38,3	12,8
Totale	27,6	9,5
TOTALE		
18-24	15,8	2,8
25-34	24,2	5,2
35-44	33,5	8,2
45-54	37,6	11,1
55-64	43,8	14,4
65-74	45,8	15,9
75 ed oltre	42,5	13,2
Totale	35,6	10,4

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Grafico 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese - Anni 2001-2012

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dai dati sopra riportati emerge che ben il 46,0% della popolazione adulta italiana è in eccesso ponderale. Senza dubbio è un dato allarmante che si conferma stabile, se non in aumento, negli ultimi anni. La rilevanza del problema ha portato sia ad un incremento dei sistemi di sorveglianza che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita della popolazione nelle diverse aree geografiche e fasce di età e valutare precocemente le tendenze positive o negative sia ad investire maggiormente in strategie di prevenzione, essendo queste il trattamento principale per contrastare l'incremento di sovrappeso ed obesità nel nostro Paese. A questo riguardo, si inserisce l'impegno concreto dell'OMS Europa sottoscritto al termine della conferenza "WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health", ossia portare avanti politiche ed interventi contro l'obesità e le altre malattie croniche provocate da cattiva alimentazione e da uno stile di vita sedentario. Il documento finale, che punta sul coinvolgimento e sulla consapevolezza dei cittadini, vuole dare nuovo slancio alla strategia comunitaria "Health 2020", sottolineando l'importanza di promuovere l'attività fisica, di agire sull'etichettatura dei

prodotti alimentari e di contrastare il dilagare delle disuguaglianze di salute legate a determinanti di tipo sociale ed economico (4).

Nel contesto nazionale, la politica sanitaria degli ultimi anni si è incentrata sull'idea che, per promuovere scelte consapevoli e combattere la diffusione delle malattie croniche, è necessario avere un approccio multisettoriale ed avviare strategie di prevenzione a livello di popolazione. È in questo scenario che si inseriscono iniziative come l'"Obesity Day", la giornata di sensibilizzazione nazionale su sovrappeso e salute, i progetti del programma "Guadagnare Salute" e, più recentemente, "Focus Aliment...Azione", un nuovo sistema *online* di promozione di una corretta alimentazione e di una sana attività fisica nei diversi gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, March 2013.
- (2) WHO European Region. Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. Implementation progress report European Commission, 2010.
- (3) WHO. Global Database on Body Mass Index: BMI Classification, 2009.
- (4) WHO European Region. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, 4-5 July 2013, Vienna, Austria.

Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia ed i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, attualmente, più di 30 milioni di bambini in eccesso ponderale vivono in Paesi in via di sviluppo e 10 milioni in Paesi sviluppati (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche ricono-

scono all'obesità in età preadolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato che, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione da adulti (4). In Italia, a partire dal 2010, l'Istituto Nazionale di Statistica ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso dei minori di 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente su un campione di oltre 19.000 famiglie, per un totale di circa 46.000 individui.

Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (6-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

Prevalenza di minori in eccesso di peso

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 6-17 anni in sovrappeso od obese}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo di 6-17 anni}} \times 100$$

Validità e limiti. Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori, è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri, strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale. La possibilità di avere tramite l'indagine "Aspetti della vita quotidiana" informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (le regioni o, in alternativa, macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione ad informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva *versus* sedentarietà). È possibile, inoltre, effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.

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

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di 14-17 anni ed in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di 6-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce di per sé un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso ed obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (4) perché hanno rappresentato negli ultimi anni valori di riferimento ampiamente utilizzati in numerosi studi nazionali (5) ed internazionali (6). Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati, ormai, ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC pari a 25 per il sovrappeso e pari a 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso¹. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

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

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard di riferimento. Essendo i dati utilizzati per queste analisi disponibili dal 2010 in poi, non si dispone ancora di una serie storica di dati cui riferirsi; si può, quindi, assumere come riferimento il valore più basso registrato nel biennio considerato (2011-2012). Tuttavia, per il futuro, quando si disporrà anche di una serie storica di dati, si potrà ipotizzare di assumere come riferimento un andamento tendenziale che vada verso la diminuzione del fenomeno nei gruppi di popolazione in cui è più diffuso (maschi di 6-10 anni, residenti al Sud ed Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.) e che si attesti verso valori più bassi.

Descrizione dei risultati

I dati (media 2011-2012) mostrano che i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole e pari al 26,9% (Tabella 1). Emergono forti differenze di genere: il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (30,1% contro il 23,6%). Tali differenze permangono in tutte le classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni). L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove supera il 35%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i

ragazzi di 14-17 anni. Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Sud. Le prevalenze di sovrappeso ed obesità tra i minori aumentano significativamente passando dal Nord al Sud (34,6% al Sud rispetto al 22,7% del Nord-Ovest, al 21,1% del Nord-Est, al 24,6% del Centro ed al 31,1% delle Isole), con percentuali particolarmente elevate in Campania (40,6%), Sicilia (33,3%), Molise e Basilicata (32,9%) e Calabria (30,5%).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso.

Inoltre, sono soprattutto i bambini ed i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso ad essere anche loro in sovrappeso od obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini ed adolescenti dai 6 ai 17 anni in sovrappeso sale al 38,1% rispetto alla percentuale del 28,1% (solo madre in sovrappeso) e del 26,5% (solo padre in sovrappeso). La quota di bambini in sovrappeso con entrambi i genitori normopeso scende al 20,4%. Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree.

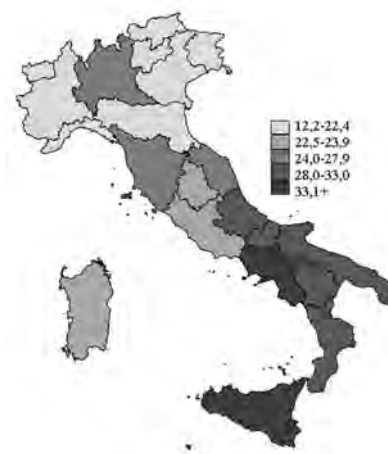
Tabella 1 - Prevalenza media (per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2011, 2012

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
6-10	35,2	36,3	35,7
11-13	30,1	19,5	25,2
14-17	23,7	11,0	17,3
Totale	30,1	23,6	26,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Tabella 2 - Prevalenza media (per 100) di minori della classe di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2011, 2012

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	20,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,1
Lombardia	24,2
Bolzano/Bozen	12,2
Trento	19,8
Veneto	21,2
Friuli Venezia Giulia	22,2
Liguria	17,8
Emilia-Romagna	22,3
Toscana	25,3
Umbria	23,8
Marche	27,8
Lazio	23,4
Abruzzo	29,0
Molise	32,9
Campania	40,6
Puglia	29,4
Basilicata	32,9
Calabria	30,5
Sicilia	33,3
Sardegna	22,5
Italia	26,9

Prevalenza media (per 100) di minori della classe di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2011-2012

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Tabella 3 - Prevalenza media (per 100) di minori della classe di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere, titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2011, 2012

Titolo di studio della madre*	Maschi	Femmine	Totale
Laurea	28,3	20,7	24,3
Diploma scuola superiore	26,7	22,7	24,8
Scuola dell'obbligo	32,7	25,3	29,0
Titolo di studio del padre*			
Laurea	24,6	15,1	19,9
Diploma scuola superiore	26,8	23,0	24,9
Scuola dell'obbligo	32,2	25,8	29,1
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche Ottime-adequate	28,4	21,6	25,1
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,9	25,9	28,9
Eccesso di peso dei genitori*			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	23,8	16,8	20,4
Solo la madre in eccesso di peso	28,9	27,3	28,1
Solo il padre in eccesso di peso	29,6	23,3	26,5
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	42,9	33,5	38,1
Totale	30,0	23,6	26,9

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2011, 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso dei bambini e ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede al Sud, chi vive in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e con un livello socio-economico non elevato).

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

Una figura importantissima e che gioca un ruolo fondamentale è rappresentata dalla famiglia che è centrale nella crescita dei bambini e dei ragazzi ed è il luogo dove possono essere trasmessi stili di vita sani tramite una corretta alimentazione, nonché incentivando l'attività fisica e sportiva. In tal senso, bisognerebbe programmare interventi di supporto alle famiglie per aiutarle a svolgere nel migliore dei modi questo importante ruolo educativo.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, Fact sheet N°311, March 2013.
- (2) Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula MK, Ivery D, Coates R J, Freedman D S, Williamson D F, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.
- (4) Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Guilloud-Bataille M, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984.
- (5) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1.240.
- (6) Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma 10-12 settembre 2002). Istat.
- (7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006;17 (3): 27-42.
- (8) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11 /25.
- (9) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (10) Cacciari E, Milani S, Balsamo A and SIEDP Directive Council 2002-03. Italian cross sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J Endocrinol Invest 29; 581-93, 2006.

Sovrappeso ed obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. L'eccesso ponderale nei bambini, fattore predittivo di obesità nell'età adulta, rappresenta un problema prioritario di salute pubblica, sia per la tendenza all'aumento del fenomeno registrata negli ultimi anni sia per le implicazioni dirette sulla salute presente e futura dei bambini (1). Inoltre, elevati sono i costi collegati a livelli di eccesso ponderale presenti e prevedibili per il futuro, attualmente responsabili nei Paesi ad economia avanzata per il 2-8% della spesa sanitaria (2).

In Italia, per monitorare il sovrappeso e l'obesità nella popolazione pediatrica, dal 2007, è attivo il sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE" (3), promosso e finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni ed il Ministero dell'Istruzione,

dell'Università e della Ricerca. Questo sistema di sorveglianza è collegato al programma governativo "Guadagnare salute", ai "Piani di prevenzione" nazionali e regionali ed è parte della "Childhood Obesity Surveillance Initiative" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

"OKkio alla SALUTE" è rivolto ai bambini della terza primaria (8-9 anni di età) e, mediante strumenti standardizzati su tutto il territorio nazionale, prevede l'acquisizione diretta di parametri antropometrici (peso ed altezza), informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e sulle eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana nutrizione.

Dal punto di vista metodologico, ci si avvale di indagini epidemiologiche ripetute con cadenza regolare (attualmente biennale) su campioni rappresentativi di popolazione (8-9 anni) a livello regionale ed in alcuni casi di Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Prevalenza di bambini obesi

Numeratore	Bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi	
	_____	x 100
Denominatore	Popolazione scolastica partecipante ad 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 numero di bambini che non frequentano la scuola primaria è molto piccolo e, quindi, non inficia la rappresentatività del campione nella fascia di età considerata.

Nell'ambito della scuola primaria, è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, principalmente per due ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà ed i bambini sono già in grado di rispondere con precisione ed 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 dal-

le 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 équipes 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), poiché nella raccolta dati vengono arruolati 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 desi-

derati per le stime ottenibili a livello regionale (3%) o di singola ASL (5%).

A differenza di altre raccolte dati, i bambini sono misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe, utilizzando strumenti identici e di alta precisione e con procedure standardizzate. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità, è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) (ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti ed 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 ed ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso ed obesità, si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (4).

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

Descrizione dei risultati

Nel 2012, alla terza raccolta dati di "OKkio alla SALUTE", hanno partecipato 2.622 classi, 46.483 bambini e 48.668 genitori, distribuiti in tutte le regioni, inclusa la Lombardia che per la prima volta ha aderito alla sorveglianza con tutte le ASL. Rispetto al passato, il livello di partecipazione è rimasto invariato ed elevato; infatti, solo il 3,1% dei genitori ha rifiutato l'adesione dei figli confermando, così,

un'adeguata organizzazione delle attività in termini di comunicazione tra operatori delle ASL, dirigenti scolastici, insegnanti e genitori.

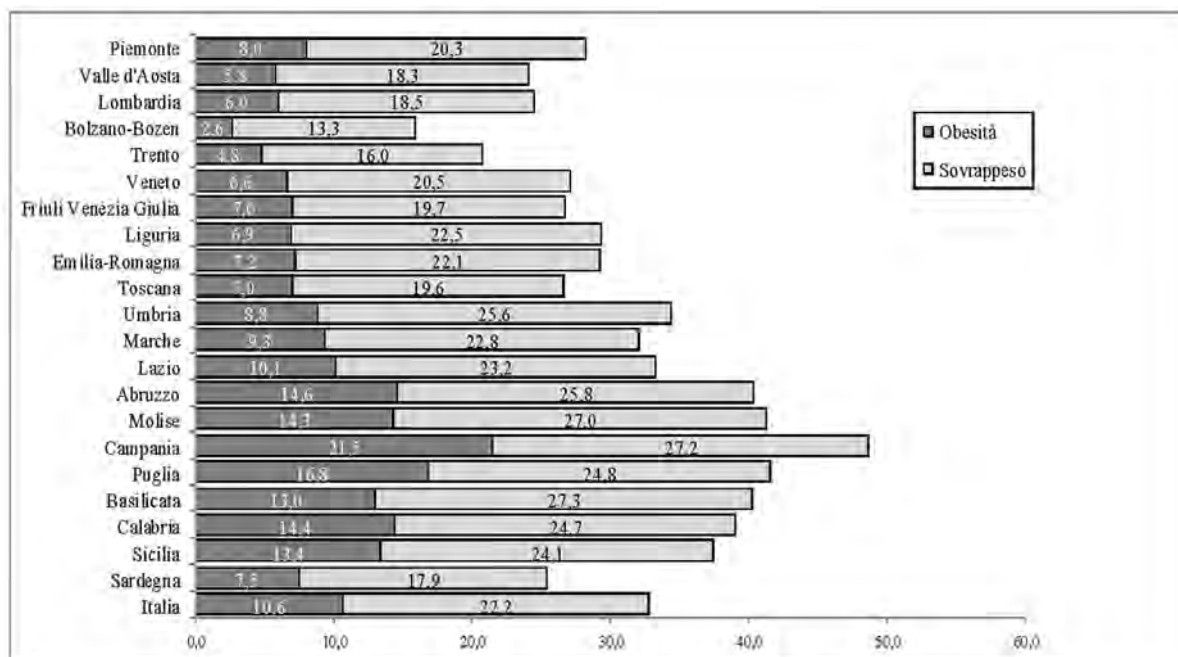
A livello nazionale, il 22,2% (IC 95%: 21,7-22,7%) dei bambini di 8-9 anni è risultato in sovrappeso ed il 10,6% (IC 95%: 10,2-11,0%) obeso.

Complessivamente, i bambini che presentano un eccesso ponderale (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità), raggiungono il 32,8%. Sebbene questi valori siano leggermente inferiori a quelli osservati nelle due precedenti raccolte, sono tra i più elevati nel confronto con altri Paesi europei (5).

La prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso è molto bassa, ovvero pari all'1,1% utilizzando i *cut off* definiti da Cole et al. (4). Il Grafico 1 riporta le percentuali di sovrappeso ed obesità per singola regione, limitatamente ai bambini di 8-9 anni. Si conferma una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nel Nord e più alte nel Meridione: dal 13,3% di sovrappeso nella PA di Bolzano al 27,3% in Basilicata; dal 2,6% di obesità nella PA di Bolzano al 21,5% in Campania. Il Cartogramma mostra l'evidente gradiente geografico. Questo andamento si conferma anche considerando insieme il sovrappeso e l'obesità.

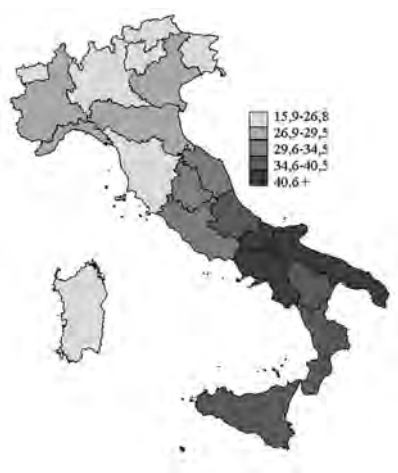
Applicando a tutta la popolazione di 6-11 anni le stime di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ottenute da questa raccolta dati, si è calcolato che il numero di coloro che presenterebbero un eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e 100.000 bambini, di cui 355 mila obesi.

Grafico 1 - Percentuale di bambini della classe di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi per regione - Anno 2012



Fonte dei dati: ISS, OKkio alla SALUTE. Anno 2012.

Percentuale di bambini della classe di età 8-9 anni in eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) per regione. Anno 2012



Raccomandazioni di Osservasalute

“OKkio alla SALUTE”, grazie alle sue caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità, sembra essere un valido strumento per supportare gli operatori di Sanità Pubblica nel monitoraggio dell’obesità e dei comportamenti a rischio nei bambini.

Continuare a monitorare il fenomeno è necessario per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, ma anche per aiutare le Regioni e le ASL a programmare interventi integrati che possono risultare incisivi nelle diverse condizioni socio-economiche.

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) Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trend in the USA and the UK. Lancet 2011; 378: 815-25.
- (3) Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
- (4) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (5) Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. Pediatr Obes. 2013 Apr;8 (2): 79-97.

Attività fisica

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

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

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

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

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

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati dall'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), "Aspetti della vita quotidiana", condotta a marzo 2012 su un campione di oltre 19.330 famiglie, per un totale di circa 46.600 individui. Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di 3 anni ed oltre, escludendo le persone che partecipano al mondo dello sport per ragioni professionali (atleti professionisti, insegnanti e allenatori). Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica. I dati sono stati ottenuti mediante l'auto compilazione di questionari, pertanto la rilevazione dell'attività fisica si basa sulla valutazione soggettiva dei rispondenti.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2012, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 31,1% della popolazione, pari a circa 18 milioni (Tabella 1). Tra questi, il 21,9% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,2% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgo-

no un'attività fisica sono il 29,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni, pari al 39,2%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,9% del 2012).

Tuttavia, nel 2012, rispetto al 2011, si registra la diminuzione di 1,0 punto percentuale della quota di coloro che praticano sport in modo saltuario (dal 10,2% del 2011 al 9,2% del 2012) e, diversamente, un aumento della percentuale di chi dichiara di svolgere qualche attività fisica (dal 27,7% del 2011 al 29,2% del 2012). Rispetto al 2011, in entrambi i generi, si riscontra una lieve diminuzione per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 35,0% a 34,6% negli uomini e da 44,4% a 43,5% nelle donne).

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

Seguono poi le regioni del Nord-Ovest e del Centro, mentre le regioni meridionali e le Isole si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero: meno di un quarto della popolazione di 3 anni ed oltre, infatti, pratica attività sportiva. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (19,3%) e la Puglia (21,7%). Anche per quanto riguar-

da la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole dove, in molte regioni, poco più di due persone su dieci dichiarano di svolgere attività motorie nel tempo libero (Sicilia 22,0% e Campania 22,9%).

Verosimilmente, la sedentarietà è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, in particolare in Sicilia (55,2%) ed in Campania (57,3%) dove ben oltre la metà delle persone di 3 anni ed oltre è sedentaria. Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile: le quote più alte di sportivi si riscontrano per gli uomini nella fascia di età 6-14 anni, circa il 70%, e per le donne in quella tra i 6-10 anni (60,3%) (Tabella 3). Con l'aumentare dell'età dimi-

nuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica: a partire dai 25 anni, infatti, la quota di persone che svolge qualsiasi tipo di attività fisica aumenta in modo continuo fino ai 74 anni (38,8%), per poi decrescere di nuovo nelle età più avanzate, dove aumenta la percentuale di sedentari, pari al 70,1% tra gli ultra 75enni.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni) dove le quote di praticanti si equivalgono tra bambine e bambini (Tabella 3). I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 26,4% pratica sport con continuità e l'11,3% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 17,6% e del 7,3%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (43,5% vs 34,6%).

Tabella 1 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per genere - Anni 2001-2012

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

Tabella 2 - Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica per regione - Anno 2012

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	25,0	11,6	33,3	29,7	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	26,4	14,6	27,6	30,9	0,4
Lombardia	26,8	10,3	31,2	31,4	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>37,3</i>	<i>18,1</i>	<i>29,8</i>	<i>14,2</i>	<i>0,7</i>
<i>Trento</i>	<i>29,4</i>	<i>16,1</i>	<i>38,5</i>	<i>16,0</i>	<i>n.a.</i>
Veneto	27,6	12,4	37,0	22,8	0,2
Friuli Venezia Giulia	24,8	10,5	34,1	30,3	0,2
Liguria	24,3	7,7	32,2	35,4	0,4
Emilia-Romagna	25,6	9,7	32,9	31,1	0,7
Toscana	24,9	8,7	30,2	35,9	0,3
Umbria	21,9	8,2	30,7	39,1	0,1
Marche	23,7	8,1	31,6	35,8	0,8
Lazio	22,2	8,4	24,9	43,8	0,8
Abruzzo	19,8	8,0	28,1	43,5	0,5
Molise	17,5	8,1	23,5	50,7	0,2
Campania	13,6	5,7	22,9	57,3	0,5
Puglia	14,5	7,2	26,2	51,1	0,9
Basilicata	16,8	5,9	29,8	47,0	0,6
Calabria	15,3	8,4	27,1	47,3	1,9
Sicilia	13,5	8,7	22,0	55,2	0,7
Sardegna	19,9	9,4	28,7	41,7	0,2
Italia	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.
n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.

Prevalenza (per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport o attività fisica per regione. Anno 2012

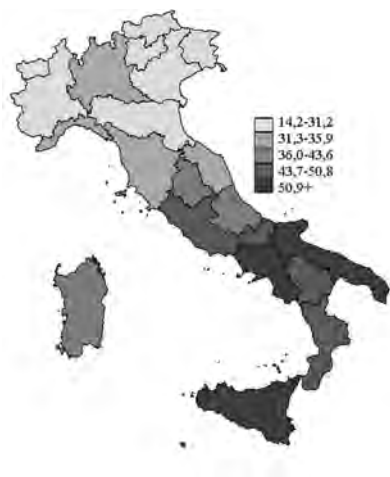


Tabella 3 - Prevalenza (per 100) di persone che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere - Anno 2012

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
MASCHI					
3-5	19,3	4,1	24,5	48,3	3,8
6-10	60,8	9,0	14,0	14,8	1,5
11-14	60,8	9,1	12,5	16,5	1,0
15-17	52,5	17,2	13,1	17,1	0,2
18-19	39,9	18,0	17,7	24,1	n.a.
20-24	44,6	16,7	17,4	20,9	0,4
25-34	34,3	15,0	20,7	29,6	0,3
35-44	24,4	14,9	25,8	34,6	0,4
45-54	19,8	12,3	29,8	37,9	0,2
55-59	16,8	9,1	35,6	38,3	0,2
60-64	15,4	8,7	38,6	36,8	0,5
65-74	11,4	6,4	41,1	40,8	0,3
75 ed oltre	4,6	3,5	32,7	58,7	0,5
Totale	26,4	11,3	27,2	34,6	0,5
FEMMINE					
3-5	19,9	4,5	21,6	50,0	4,0
6-10	53,2	7,1	18,1	20,6	0,9
11-14	45,4	8,5	22,7	22,2	1,2
15-17	44,5	9,1	22,0	23,8	0,6
18-19	29,0	13,1	27,8	29,7	0,4
20-24	22,4	14,4	30,0	33,2	*
25-34	20,6	10,7	31,1	37,4	0,2
35-44	17,4	10,2	34,4	37,6	0,4
45-54	14,6	7,9	36,7	40,6	0,2
55-59	11,7	5,5	40,4	42,1	0,2
60-64	9,4	4,8	38,5	46,9	0,4
65-74	7,7	4,0	36,8	51,1	0,4
75 ed oltre	2,5	1,2	18,6	76,9	0,9
Totale	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
TOTALE					
3-5	19,6	4,3	23,1	49,2	3,9
6-10	57,0	8,1	16,0	17,7	1,2
11-14	53,4	8,8	17,4	19,3	1,1
15-17	48,5	13,2	17,5	20,4	0,4
18-19	34,7	15,7	22,5	26,8	0,4
20-24	34,0	15,6	23,4	26,8	0,2
25-34	27,4	12,9	25,9	33,5	0,3
35-44	20,9	12,6	30,0	36,1	0,4
45-54	17,2	10,1	33,3	39,3	0,2
55-59	14,2	7,2	38,1	40,3	0,2
60-64	12,3	6,7	38,5	42,1	0,4
65-74	9,5	5,1	38,8	46,2	0,3
75 ed oltre	3,3	2,0	23,9	70,1	0,7
Totale	21,9	9,2	29,2	39,2	0,5

n.a. = non applicabile.

*Dato non attendibile

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, è aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di controllare i fattori di rischio, i risultati del 2012 sono ancora deludenti. Inoltre, dall'analisi descritta emerge

che il rischio di essere sedentari, ad oggi quasi due italiani su cinque, cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevato tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica.

Una delle più recenti, ma antiche strategie volte ad

aumentare l'attività motoria, è quella dell'incremento del trasporto attivo (camminare ed andare in bici per gli spostamenti quotidiani), sia per la potenzialità d'impatto sull'intera popolazione sia per la molteplicità dei benefici: miglioramento della salute (fisica, mentale e sociale), riduzione dell'inquinamento atmosferico ed acustico e minore consumo di risorse con un risparmio economico. Negli ultimi anni, diverse importanti attività di promozione del trasporto attivo sono state svolte a livello locale. Tuttavia, si continua a sentire la mancanza di azioni di supporto a livello ministeriale a differenza di altri Paesi, ad esempio la Francia ed il Regno Unito, dove recentemente i rispettivi governi hanno investito delle risorse (come il *bike sharing*) per rendere effettivamente più accessibili le scelte salutari. In molte realtà italiane, invece, risulta spesso difficile aderire a certe raccomandazioni a livello individuale, vivendo e lavorando in un contesto che rende complicata la scelta di salute.

Anche il recente DM del 24 aprile 2013 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 20 luglio 2013) può costituire un ostacolo alla promozione dell'attività fisica. Introducendo l'obbligo di certificato medico per le atti-

vità ludico-ricreative (ma anche per le attività esentate dall'obbligo viene "raccomandato un esame medico prima dell'attività ludico motoria...con particolare attenzione ai soggetti che passano dalla sedentarietà alla pratica di tale attività"), c'è il rischio che l'impatto comunicativo sulla popolazione sia controproducente e che possa passare il messaggio che fare attività fisica sia potenzialmente pericoloso, soprattutto per chi è sedentario o ha fattori di rischio per malattie croniche, ossia proprio coloro ai quali muoversi farebbe particolarmente bene.

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

Riferimenti bibliografici

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

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

Screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto

I programmi di screening organizzati sono, da tempo, attivi in Italia e, seppur lentamente, si diffondono progressivamente sul territorio nazionale e rappresentano da più di un decennio un Livello Essenziale di Assistenza.

I programmi, attraverso le *survey* nazionali, trasmettono i dati di attività all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) che monitora e pubblica periodicamente i risultati delle attività.

Nel dicembre 2012, è stato pubblicato dall'ONS il Rapporto "10 anni di programmi di screening in Italia" (1). Questo documento condensa gli elementi salienti che hanno contraddistinto lo sviluppo dei programmi di screening in questi anni e riporta dati aggiornati relativi alla diffusione dei programmi di screening in Italia.

È stato, inoltre, pubblicato il Decimo Rapporto dell'ONS (2); a quest'ultimo, come di consueto, si rimanda alla consultazione per gli approfondimenti relativi, in particolare agli indicatori di qualità dei programmi.

Il Rapporto Osservasalute prende in considerazione i principali indicatori disponibili da queste fonti, relativi alla diffusione dei programmi di screening, in particolare riferiti all'estensione dei programmi.

Il Rapporto ONS "10 anni di programmi di screening in Italia" (1) riporta che, nel 2011, a livello nazionale, l'estensione nominale (o teorica), cioè la proporzione di residenti in un'area dove è attivo il programma, è incrementato rispetto all'anno precedente, per quanto riguarda lo screening per il cervicocarcinoma, passando dall'80% al 84%. Anche per quanto riguarda lo screening mammografico, si assiste ad un incremento, seppur lieve, dell'estensione nominale che passa da 92% a 96%. Infine, per quanto riguarda lo screening per il colon-retto, si passa dal 66% al 69%. Va ricordato, tuttavia, che quest'ultimo è di più recente attivazione.

Tra le recenti innovazioni che hanno riguardato i programmi di screening, va ricordato che, da qualche anno, per quanto riguarda il cervicocarcinoma uterino sono stati avviati progetti pilota di screening basati sulla ricerca del DNA virale per ceppi ad alto rischio dell'*Human Papilloma Virus*, chiamato in causa nella patogenesi del tumore del collo dell'utero, e volti a fornire indicazioni in merito a fattibilità e costi per i futuri indicatori. Anche un documento di *Health Technology Assessment* è stato recentemente pubblicato in merito (3).

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. "10 anni di programmi di screening in Italia". Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.
- (2) Osservatorio Nazionale Screening - Decimo Rapporto - Epidemiologia e Prevenzione anno 36 (6) novembre-dicembre 2012 Suppl. 1 (The National Centre for the Screening Monitoring - Tenth Report - Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl. 1).
- (3) Ronco et al.: HTA Report - Ricerca del Papillomavirus Umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. - Epidemiol Prev 2012; 36 (3-4) suppl 1: e1-72.

Screening mammografico

Significato. Lo screening organizzato per la prevenzione del tumore della mammella ha raggiunto, con l'invito nell'anno 2011, poco meno di 2,7 milioni di donne e 1,46 milioni hanno aderito (1). Questi risultati denotano un lieve incremento rispetto all'anno precedente.

La diffusione dei programmi di screening organizzato è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio. Nel 2011, circa il 96% delle donne (50-69 anni) vive in un'area in cui è attivo un programma di screening.

Percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico organizzato

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

Denominatore

Validità e limiti. La percentuale di donne inserite in un programma di screening mammografico organizzato, ovvero residenti in un'area in cui è attivo lo screening ed appartenenti alla popolazione *target* (50-69 anni), è un indicatore della diffusione di tali programmi e fornisce informazioni sulla presenza di programmi attivi che, potenzialmente, possono raggiungere le donne del territorio di competenza mediante l'invito, ma non esprime l'effettiva attività d'invito, ovvero la proporzione di donne che riceve l'invito stesso.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità delle donne nella fascia di età 50-69 anni sia inserita in un programma di screening mammografico senza disomogeneità territoriali.

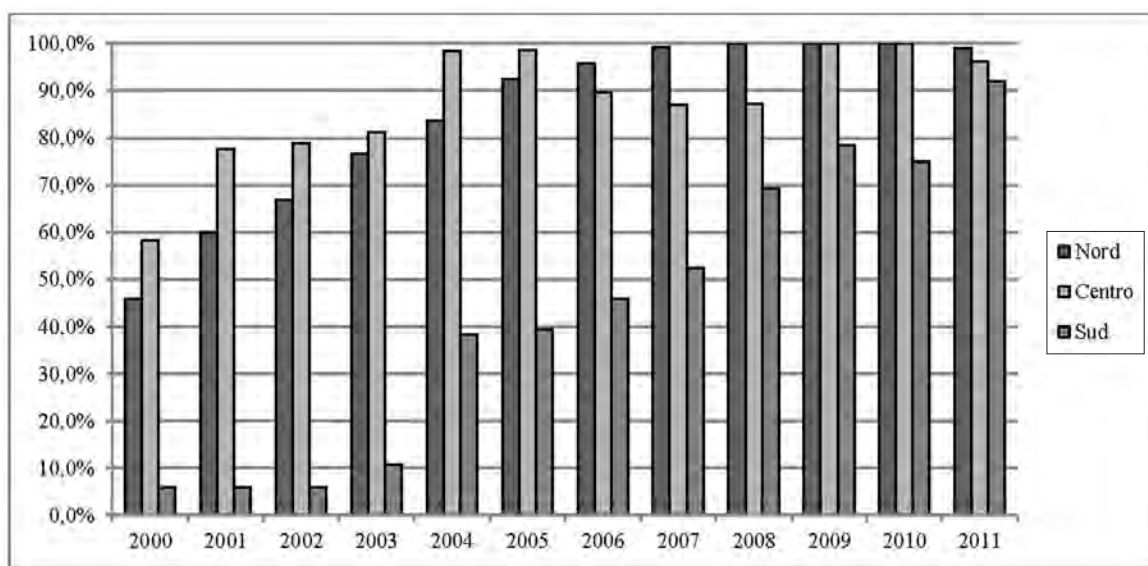
Descrizione dei risultati

A livello nazionale, dopo il lieve decremento rilevato nel 2010, la percentuale di donne della fascia di età *target* e residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening si colloca, dunque, nel 2011 a circa il 96%. L'incremento è attribuibile, sostanzialmente, alle regioni del Meridione, perché un lievissimo decremento è, invece, presente al Centro ed al Nord (1).

Il Grafico 1 riporta l'andamento temporale dell'estensione teorica degli ultimi anni distinto per macroarea e comparato con i dati degli anni precedenti.

Le regioni del Centro e del Nord mantengono, comunque, livelli pressoché completi di estensione teorica.

Grafico 1 - Percentuale di donne della classe di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico organizzato per macroarea - Anni 2000-2011



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto. Anno 2012 (e precedenti edizioni). Per i dati del 2011: Osservatorio Nazionale Screening. Dieci anni di programmi di screening in Italia. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2011, in tutte le regioni si riscontra un'estensione dei programmi di screening mammografico maggiore del 90%. Per quanto riguarda questo aspetto si riduce, quindi, ulteriormente il *gap* tra Nord e Sud ed Isole. Se si considera l'estensione effettiva, avendo cioè come riferimento la reale capacità di invito del programma rispetto alla popolazione da invitare, a livello italiano essa si colloca, complessivamente, al 74% nel 2011, incrementandosi un po' in tutte le macroaree: dall'89% al 92% al Nord, dal 77% all'82% al Centro, dal 38% al 45% per quanto riguarda il Sud ed Isole (1).

La partecipazione all'invito è piuttosto stabile nel tempo con valori, però, che si differenziano con un gradiente Nord-Sud ed Isole (circa 61% al Nord, 53% al Centro, 39% al Sud ed Isole).

Si confermano, quindi, le raccomandazioni già

espresse nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute: l'omogeneità territoriale dell'offerta, insieme al consolidamento delle attività, sono obiettivi da perseguire su tutto il territorio nazionale. È opportuno che sia garantito 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 d'invito.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. "10 anni di programmi di screening in Italia". Disponibile sul sito:

www.osservatorionazionale screening.it.

(2) Giorgi D, Giordano L, Ventura L, Frigerio A, Paci E, Zappa M. Lo screening mammografico in Italia: survey 2010. *Epidemiol Prev.* 2012 Nov-Dec; 36 (6 Suppl 1): 8-27.

Screening per il cervicocarcinoma uterino

Significato. Lo screening per il tumore del collo dell'utero permette la diagnosi di lesioni pre-invasive e/o invasive consentendo di interrompere lo sviluppo del cancro o la progressione verso stadi più avanzati. Per tale motivo è auspicabile che, in tutte le regioni, siano organizzati programmi di screening specifici che coinvolgano l'intera popolazione obiettivo (25-64 anni).

Nel 2010, 13,5 milioni di donne di età 25-64 anni era-

no compresi nella popolazione obiettivo dei programmi di screening per il cervicocarcinoma, pari all'80,1% della popolazione di riferimento (rispetto al 78,1% registrato nel 2009). Nello stesso anno, 3,4 milioni di donne sono state invitate e la partecipazione complessiva è stata del 39,8% (1). Questi valori non si discostano molto da quelli riscontrati nell'anno precedente.

Percentuale di donne inserite in un programma di screening citologico organizzato

Numeratore $\frac{\text{Donne di 25-64 anni inserite in un programma di screening citologico organizzato}}{\text{Popolazione femminile residente di 25-64 anni}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. L'indicatore è riferito alla diffusione dei programmi attivi, cioè alla proporzione di donne che, nel 2011, risiede in un territorio nel quale è attivo un programma di screening. Non fornisce, però, informazioni sulla capacità del programma d'invitare la popolazione obiettivo nel complesso e con regolarità.

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

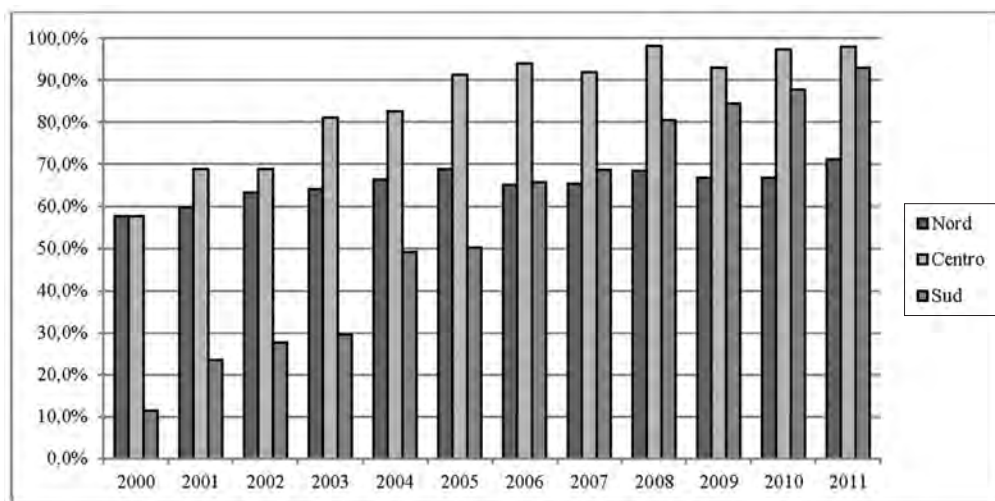
I dati disponibili (2) indicano, per l'anno 2011, un incremento dell'estensione che consente il raggiungimento dell'84%.

Al Nord, si registra un lieve incremento (da 67% a

71%), ma come evidenziato in precedenza il livello di attivazione dei programmi di questa macroarea non raggiunge livelli elevati perché alcune regioni non hanno attivato completamente lo screening. Al Centro, si passa dal 97% registrato nel 2010, al 98% nel 2011. Nel Sud ed Isole, lo sviluppo continua secondo il trend e consente di raggiungere livelli comparabili a quelli del Centro in quanto si collocano al 93% (Grafico 1).

La partecipazione all'invito è un altro importante indicatore per misurare la *performance* dei programmi di screening. Il confronto tra le proporzioni dei trienni 2005-2007 e 2008-2010 evidenzia che la partecipazione ai programmi è passata dal 46% al 49% al Nord, dal 38% al 39% al Centro e dal 26% al 27% al Sud ed Isole (2).

Grafico 1 - Percentuale di donne della classe di età 25-64 anni inserite in un programma di screening organizzato per il cervicocarcinoma uterino per macroarea - Anni 2000-2011



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto. Anno 2012 (e precedenti edizioni). Per i dati sul 2011: Osservatorio Nazionale Screening. Dieci anni di programmi di screening in Italia. Anno 2012.

Riferimenti bibliografici

(1) Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Barca A, Angeloni C, Gaimo MD, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Estensione dei programmi organizzati di screening del cancro cervicale in Italia e loro indicatori di processo, attività 2010 Osservatorio Nazionale Screening.

Decimo Rapporto - Epidemiol Prev. 2012 Nov-Dec; 36 (6 Suppl 1): 39-54.

(2) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. "10 anni di programmi di screening in Italia". Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Nel corso degli ultimi anni sono state avviate, in Italia, varie iniziative per lo screening del carcinoma del colon-retto. L'espansione dell'offerta degli interventi di screening per questo tipo di tumore ha avuto un forte impulso a seguito dell'approvazione della Legge n. 138/2004. Infatti, alla fine del 2004, risultavano attivi 18 programmi di screening, 52 alla fine del 2005 e 69 alla fine del 2006. Alla fine dell'anno 2009, i programmi attivi erano 98. Il piano di attuazione delle indicazioni contenute nella legge prevedeva che tutte le regioni attivassero tali programmi di screening coinvolgendo almeno il 50% della popolazione bersaglio entro la fine del 2007. La percentuale di persone interessate dai programmi di screening per i tumori coloretali, rispetto alla popolazione nella fascia di età bersaglio dei programmi, rappresenta l'estensione teorica¹; in essa, viene considerata come popolazione di riferimento la popolazione a cui è rivolto il programma di screening, ovvero la popolazione residente nel territorio su cui insiste il programma. I test 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

è raccomandato un unico modello d'intervento da estendere all'intero territorio nazionale, ma si indica come obiettivo da perseguire in modo coordinato e, globalmente, la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening.

Il Gruppo Italiano per lo Screening dei tumori ColoRettali (GISCoR) ha pubblicato un manuale (1) che definisce gli indicatori per il monitoraggio delle attività e della qualità dei programmi ed 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 (ONS) ed in collaborazione con il GISCoR. Risultano aver partecipato alla *survey* del 2010 105 programmi riferibili a 19 regioni, 96 dei quali prevedono l'utilizzo del FOBT, mentre gli altri 9 si avvalgono della FS, seguita da FOBT in caso di rifiuto (2). Sono disponibili, nel Decimo Rapporto dell'ONS (2), i dati di dettaglio relativamente alla copertura raggiunta dai programmi attivi nel 2010.

Percentuale di persone inserite in un programma di screening coloretale organizzato

Numeratore	Persone di 50-69 anni inserite in un programma di screening coloretale organizzato	
		x 100
Denominatore	Popolazione residente in età bersaglio	

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

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità della popolazione nella fascia di 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

L'estensione teorica ha raggiunto, complessivamente, il 66% nel 2010 ed il 69% nel 2011, con un buon incremento, quindi, rispetto all'anno precedente. Al

Nord, si raggiunge il 94%, al Centro l'80%, mentre al Sud ed Isole l'estensione teorica è stabile e si colloca al 31% (3) (Grafico 1). L'estensione effettiva, intesa come proporzione di persone oggetto della lettera di invito, è cresciuta passando dal 51% del 2010 al 55% del 2011, ma permangono nel 2011 ampie differenze tra le macroaree: Nord (82%), Centro (56%) e Sud ed Isole (18%) (3). I valori del 2010 erano, rispettivamente, 78%, 45% ed 8%.

La partecipazione ai programmi che utilizzano il FOBT, nel confronto tra il 2011 ed il triennio precedente, è stabile al Nord (49%), ma cala al Centro dal 46% al 41% e, ancor di più, al Sud ed Isole (da 35% a 22%) (3).

Questi fattori, considerati insieme, indicano che il gradiente geografico, nel livello di attivazione dei programmi, è ancora piuttosto ampio.

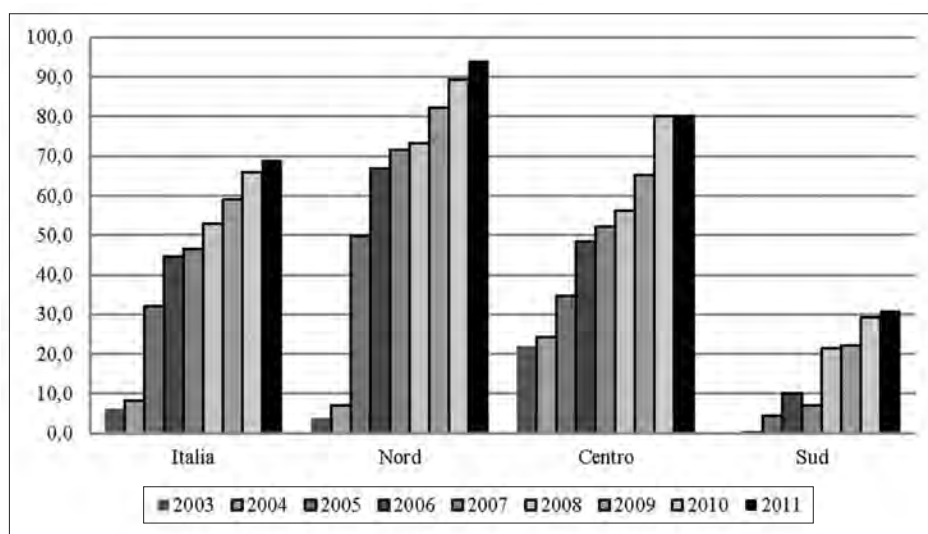
¹Per i programmi che utilizzano la FS:

- 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 59-69 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 50-69 anni.

Grafico 1 - Percentuale di persone della classe di età 50-69 anni inserite in un programma di screening coloret-tale organizzato per macroarea - Anni 2003-2011



Fonte dei dati: Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto. Anno 2012 (e precedenti edizioni). Per i dati 2011: Osservatorio Nazionale Screening. Dieci anni di programmi di screening in Italia. Anno 2012.

Riferimenti bibliografici

(1) Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori coloretali. Manuale operativo a cura di: Manuel Zorzi, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Grazia Grazzini, Carlo Senore ed il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISCoR. *Epidemiol Prev.* 2007; 31 (1 Suppl): 1-56.
 (2) Zorzi M, Fedato C, Grazzini G, Sassoli de' Bianchi P, Naldoni C, Pendenza M, Sassatelli R, Senore C, Visioli CB,

Zappa M. Lo screening coloretale in Italia, survey 2010. *Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto - Epidemiol Prev.* 2012 Nov-Dec; 36 (6 Suppl 1): 55-77.
 (3) Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - Osservatorio Nazionale Screening. "10 anni di programmi di screening in Italia". Disponibile sul sito: www.osservatorionazionale screening.it.