



Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

L'OMS indica che ogni anno le malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*-NCDs) uccidono 41 milioni di persone, pari al 74% di tutti i decessi a livello globale. Ogni anno 17 milioni di persone di età <70 anni muoiono per una NCD e l'85% di questi decessi si verifica in Paesi a basso e medio reddito. A rendere il *burden* delle NCDs ancor più gravoso concorrono le disuguaglianze e la povertà che pregiudicano l'accesso adeguato e dignitoso ad un sistema di cura, influendo sulla produttività della forza lavoro e minacciando la prosperità economica e lo sviluppo sostenibile. Le NCDs creano enormi disparità di opportunità di salute specie per le popolazioni con basso reddito in quanto, in tutte le realtà sociali, le popolazioni più povere e più vulnerabili risultano quelle più a rischio e con minore probabilità di avere accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. È stato calcolato che le NCDs colpiscono in modo sproporzionato le persone nei Paesi a basso e medio reddito in cui si verificano 31,4 milioni dei decessi globali per NCDs, pari a più di tre quarti del totale. La povertà è strettamente legata alle NCDs. Le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate, infatti, si ammalano e muoiono prima delle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché sono maggiormente a rischio di essere esposte a prodotti nocivi, come il tabacco o pratiche alimentari non salutari, e hanno un accesso limitato ai servizi sanitari.

Nonostante i notevoli progressi fatti nel periodo 2000-2010 nella prevenzione e nel trattamento delle NCDs, la velocità di riduzione del rischio di morire per una grave NCD tra la popolazione di età 30-70 anni ha cominciato a rallentare già a partire dal 2010. Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte dei decessi annui per NCDs (17,9 milioni), seguite da tumori (9,3 milioni), malattie respiratorie (4,1 milioni) e diabete (2 milioni, includendo anche i decessi dovuti a patologie renali connesse al diabete). Questi quattro gruppi di malattie rappresentano oltre l'80% di tutte le morti premature per NCDs.

L'uso del tabacco, l'inattività fisica, l'uso dannoso di alcol, una dieta non salutare e l'eccesso di peso rappresentano fattori di rischio in grado di aumentare il rischio di mortalità per NCDs. Tali fattori di rischio sono rappresentati da comportamenti nella maggior parte modificabili per i quali è fondamentale il rilevamento, lo screening e il contrasto.

Il tabacco, anche a causa degli effetti dell'esposizione al fumo passivo, causa più di 8 milioni di decessi ogni anno e si prevede che il suo impatto aumenterà notevolmente nei prossimi anni. Inoltre, 1,8 milioni di decessi annuali sono stati attribuiti all'assunzione eccessiva di sale, concausa dell'ipertensione. Più della metà dei 3 milioni di decessi annuali attribuibili all'uso di alcol è riferibile a NCDs, incluso il cancro. Infine, 830 mila decessi all'anno possono essere attribuiti ad una insufficiente attività fisica.

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

Nel tempo, in Italia, il quadro complessivo delle condizioni di salute è stato caratterizzato da un buon miglioramento. Lo testimonia il progressivo incremento della longevità, tant'è che il nostro Paese permane nel tempo una delle Nazioni con la più alta speranza di vita nel contesto europeo. I miglioramenti hanno riguardato tutte le fasi della vita con un'evoluzione positiva anche della mortalità evitabile grazie altresì all'adozione di stili di vita più salutari. A partire dai primi mesi del 2020, tuttavia, il diffondersi della pandemia di COVID-19 su scala mondiale ha innescato una battuta d'arresto rispetto a questo miglioramento, costituendo ad oggi una delle minacce più importanti per la salute registrate negli ultimi decenni. La pandemia ha colpito in modo violento specialmente gli anziani e le persone più fragili e svantaggiate, acuendo al contempo le significative disuguaglianze sociali che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal COVID-19.

I dati a disposizione relativi al periodo pandemico hanno mostrato una forte associazione negativa tra i principali fattori di rischio per la salute e il SARS-CoV-2, messa in evidenza da numerosi studi sull'argomento che sono stati condotti nel corso degli anni di pandemia. Le persone affette da NCDs, tra cui le malattie cardiovascolari, il diabete e il cancro, hanno maturato un rischio maggiore di ammalarsi gravemente di COVID-19, e maggiori probabilità di morire in seguito all'infezione. I fattori di rischio per le NCDs hanno spesso reso le persone più vulnerabili ad ammalarsi gravemente di COVID-19. Per esempio, i fumatori possono avere una ridotta capacità polmonare che aumenterebbe notevolmente il rischio di malattie gravi.





Per ridurre l'impatto delle NCDs sugli individui e sulla società, è necessario un approccio globale che richieda a tutti i settori, inclusi sanità, finanza, trasporti, istruzione, agricoltura, pianificazione ed altri, di collaborare per ridurre i rischi associati a tali malattie e promuovere interventi per la prevenzione ed il loro contrasto. Inoltre, riduzioni sostanziali nella mortalità delle NCDs richiedono un sistema sanitario rafforzato per fornire servizi che migliorino la diagnosi, il trattamento, la riabilitazione e la palliazione, compreso il controllo dell'ipertensione, e politiche che riducano drasticamente i fattori di rischio per NCDs.

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

In Italia, l'importanza di un monitoraggio epidemiologico costante nei confronti delle NCDs e dei fattori di rischio per la salute è stata formalizzata dal quadro normativo dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (che inserisce la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dei nuovi LEA relativamente all'area prevenzione collettiva e Sanità Pubblica) che dal DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (che inserisce, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull'alcol fra quelli a rilevanza nazionale).

L'obiettivo della riduzione del 25% della mortalità prematura da NCDs entro il 2025, in Italia, rappresenta lo scopo finale e complessivo di un'azione complessa mirata a fornire le basi comuni di intervento e gli elementi utili per la sensibilizzazione, rafforzando l'impegno nelle *policy* nazionali e regionali dedicate e la promozione di un'azione globale per affrontare queste malattie invalidanti e mortali.

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





Fumo di tabacco

Significato. “Il tabacco: una minaccia per il nostro ambiente” è il nuovo e attrattivo *slogan* della “Giornata mondiale senza tabacco 2022” promossa dall’OMS. Ambiente e abitudine al fumo rappresentano due temi di estrema attualità che consentono, ancora una volta, di dare ampio respiro alla lotta contro

l’abitudine al fumo che continua a rappresentare la causa di morte di 8 milioni di persone l’anno in tutto il mondo (per fumo diretto o per esposizione). Secondo i dati più recenti, a livello mondiale è fumatore di tabacco il 22,3% della popolazione (il 36,7% degli uomini e il 7,8% delle donne) (1).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

Denominatore

Validità e limiti. Riguardo all’abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell’Indagine Multiscopo dell’Istat “Aspetti della vita quotidiana”. Per l’indagine relativa al 2021, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*.

L’indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2021 sono quasi 10 milioni le persone di età 14 anni ed oltre fumatrici, pari al 19,0% della popolazione in questa fascia di età. Un dato sostanzialmente stabile negli ultimi anni dopo una diminuzione costante registrata nell’ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001); infatti, nel 2020 erano il 18,6% delle persone di età 14 anni ed oltre; nel 2019 i fumatori erano il 18,4% e nel 2018 il 19,0%. Si conferma il differenziale tra uomini e donne rispetto all’abitudine al fumo: sono fumatori il 22,9% degli uomini (5 milioni e 800 mila) rispetto al 15,3% delle donne (4 milioni e 160 mila), sebbene la forbice si sia ridotta negli anni: nel 2001 era di 14,1 punti percentuali mentre nel 2021 è di 7,6 punti percentuali (Grafico 1). Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: il 18,2% delle donne vs il 30,2% degli uomini.

Nel 2021 la regione in cui si registra il numero maggiore di fumatori è la Toscana con il 22,4%, segue il Lazio con il 21,4%, l’unica regione in cui si registra una variazione significativa rispetto al 2020, con un aumento significativo di 2,7 punti percentuali.

Seguono, in ordine decrescente rispetto all’incidenza di fumatori, Campania (21,2%), Marche e Sardegna

(pari merito 20,4%). La regione con la percentuale più bassa di fumatori (14,9%) è il Veneto, seguito dai residenti della Calabria (16,4%) e della PA di Trento (17,0%). Se si prende in considerazione l’ampiezza dei Comuni, nel 2021 non si conferma l’evidenza che i Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell’area metropolitana¹, abbiano percentuali di fumatori più elevate rispetto ai Comuni di dimensioni inferiori. Infatti, nei centri più piccoli con meno di 2.000 abitanti si registra una percentuale di fumatori pari al 20,4%, mentre nei Comuni centro dell’area metropolitana la percentuale è pari al 19,2% e in quella della periferia è del 19,4%.

Anche nel 2021 la prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre si mantiene stabile; infatti, nel 2021 presenta un valore pari al 24,0%, senza variazione significativa rispetto al 2020 (negli anni precedenti il valore era pari al 23,3% nel 2020, 23,0% nel 2019, 23,4% nel 2018 e 22,7% nel 2017).

La prevalenza maggiore di ex-fumatori nel 2021 si registra in Sardegna, capofila tra le regioni con il 27,4% della popolazione di età 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque aree, le regioni del Nord-Ovest (24,2%), Nord-Est (26,0%) e Centro (26,0%) sono quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud e le Isole si confermano quelle in cui la prevalenza è più bassa (rispettivamente, 20,6% e 23,3%) (Tabella 1).

Nel corso del 2021, tra i fumatori, la fascia di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio è, per gli uomini quella tra i 25-54 anni e per le donne quella tra i 20-44 anni. Tra gli uomini nella fascia di età 25-34 anni il tasso è pari al 31,5%, tra i 35-44 anni è pari al 30,4% e tra i 45-54 anni è il 27,9%. Tra le donne, pur mantenendo tassi più bassi di abitudine al fumo, le giovani presentano valori al di sopra della media nazionale: tra i 20-24 anni fuma il 21,0%, che è il valore più elevato.

¹Comuni centro dell’area metropolitana sono: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania e Cagliari.



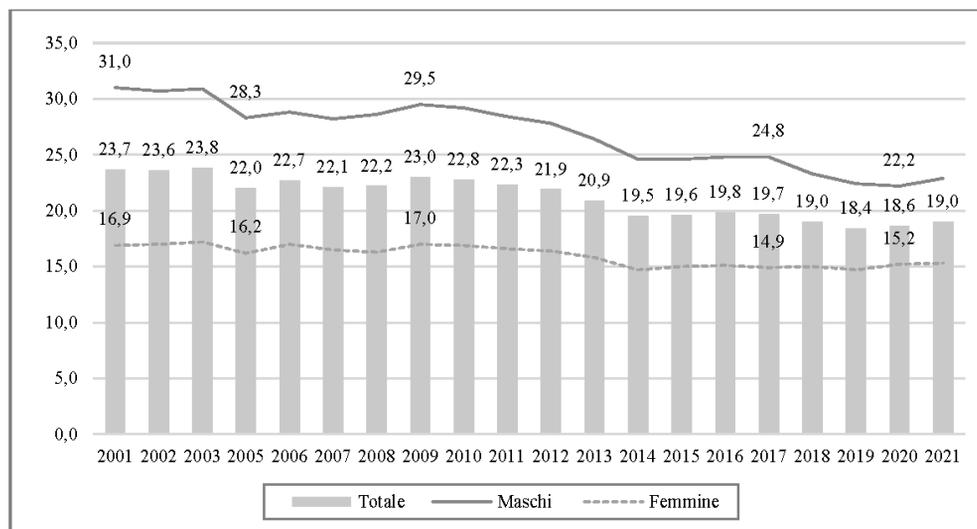


Stabile il numero medio di sigarette fumate (11 sigarette al giorno) nel 2021. Si conferma, quindi, la diminuzione rispetto al 2003, anno nel quale erano 13,8 le sigarette fumate in media, anche se negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilità. Permane la differenza di genere, i più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (11,9 sigarette vs 9,7 sigarette fumate in media).

rette fumate in media).

Nella classe di età 55-59 anni si concentrano i fumatori più “forti” con un picco di 13,7 sigarette fumate; le fumatrici che mostrano il valore più elevato in termini di numero di sigarette fumate in media appartengono alla fascia di età 60-64 anni: 11,1 sigarette (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per genere - Anni 2001-2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2022.





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

21

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2021

Regioni/Macroaree/Densità abitativa	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	20,0	22,4	55,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,3	24,1	55,4
Lombardia	18,3	24,6	56,4
Bolzano-Bozen	17,8	23,6	55,0
Trento	17,0	25,0	57,4
Veneto	14,9	26,9	56,7
Friuli Venezia Giulia	17,6	23,4	57,7
Liguria	17,7	26,8	54,1
Emilia-Romagna	18,2	26,0	54,1
Toscana	22,4	26,2	51,0
Umbria	20,2	26,3	52,4
Marche	20,4	25,6	52,8
Lazio	21,4	25,9	52,1
Abruzzo	18,3	24,3	55,8
Molise	18,0	20,5	60,4
Campania	21,2	21,3	56,5
Puglia	17,3	19,5	62,1
Basilicata	18,5	22,1	57,1
Calabria	16,4	18,0	62,4
Sicilia	18,8	21,9	56,4
Sardegna	20,4	27,4	50,3
Italia	19,0	24,0	55,7
Nord-Ovest	18,7	24,2	55,9
Nord-Est	16,6	26,0	55,8
Centro	21,5	26,0	51,8
Sud	19,0	20,6	59,0
Isole	19,2	23,3	54,9
Comune centro dell'area metropolitana	19,2	25,6	54,0
Periferia dell'area metropolitana	19,4	24,5	54,8
Fino a 2.000 abitanti	20,4	22,8	55,3
Da 2.001 a 10.000 abitanti	18,3	23,2	57,0
Da 10.001 a 50.000 abitanti	19,2	23,2	56,1
>50.000 abitanti	18,4	24,6	55,7

Nota: il totale per riga non fa 100 perché vi è una quota residuale di "non indicato".

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2021

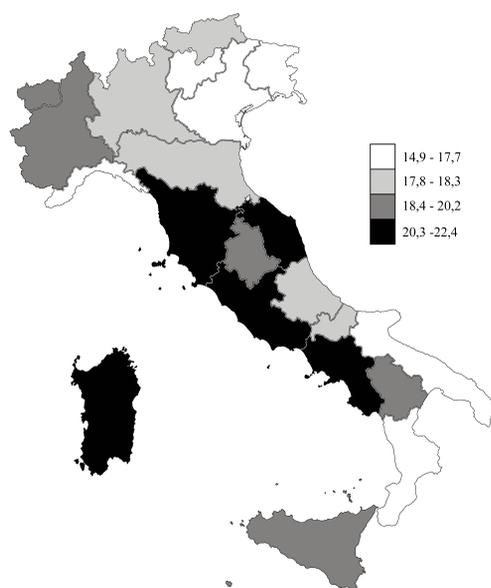


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori ed ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2021

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*
14-17	6,6	2,6	5,7	4,8	2,0	6,5	5,7	2,3	6,0
18-19	23,0	6,5	6,8	15,2	5,5	7,7	19,1	6,0	7,2
20-24	24,5	10,1	8,9	21,0	9,4	6,8	22,9	9,8	8,0
25-34	31,5	17,3	10,6	19,7	15,9	8,1	25,7	16,6	9,6
35-44	30,4	25,4	12,0	19,3	19,4	9,7	24,8	22,4	11,1
45-54	27,9	29,0	13,1	18,3	18,1	10,6	23,0	23,5	12,1
55-59	22,5	33,2	13,7	18,9	21,5	10,6	20,6	27,2	12,2
60-64	22,9	38,3	13,4	18,4	24,1	11,1	20,5	30,9	12,3
65-74	17,3	47,7	13,1	13,2	25,0	10,6	15,1	35,7	11,9
75+	6,8	52,9	10,9	4,2	16,8	10,0	5,3	31,3	10,5
Totale	22,9	30,2	11,9	15,3	18,2	9,7	19,0	24,0	11,0

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS, il Ministero della Salute e l'ISS continuano ad incentivare le azioni, da parte dei Governi nazionali, proposte dal *Monitoring, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise* (2), un metodo pratico che si compone di sei azioni volte alla riduzione del consumo di tabacco. Necessarie appaiono le azioni di monitoraggio messe in atto dall'ISS (3, 4), dall'Istat (5) e dal Ministero della Salute (6), nonché le attività di supporto alle persone che vogliono smettere di fumare. Politiche di informazione sui danni del fumo, delle strategie per smettere di fumare anche attraverso l'innalzamento delle imposte sul tabacco. Anche l'individuazione dei *target* più fragili della popolazione, come i giovani, attraverso la realizzazione di sistemi di sorveglianza, è fondamentale nelle strategie di contrasto al consumo di tabacco (7). La campagna 2022 dell'OMS invita i governi e i responsabili politici a rafforzare la legislazione, al fine di rendere i prodotto-

ri responsabili dei costi ambientali ed economici della gestione dei rifiuti di tabacco. "L'OMS raccomanda inoltre ai Paesi di vietare completamente la pubblicità, la promozione e la sponsorizzazione del tabacco in conformità con la Convenzione Quadro sui Prodotti del Tabacco dell'OMS" (6).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/mpower.
- (3) Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.
- (4) Disponibile sul sito: www.iss.it/tabacco-sigarette-elettroniche/-/asset_publisher/8RGFP0hES89P/content/guida-smetto-di-fumare.
- (5) Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (6) Ministero della Salute, maggio 2022, Giornata mondiale contro il fumo.
- (7) GYTS. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsegys/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20\(Ages%2013-15\).pdf](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsegys/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20(Ages%2013-15).pdf).



Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato

Significato. La sigaretta elettronica (*e-cig*) rappresenta un fenomeno che coinvolge una porzione limitata della popolazione che cresce molto lentamente nel tempo. Negli ultimi anni, oltre alle sigarette elettroniche (con ricariche con o senza nicotina) sono stati proposti sul mercato nuovi prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (*Heat not Burn-Hnb*), mini-sigarette o capsule riscaldate da appositi dispositivi a temperature più basse di quelle raggiunte nelle sigarette conven-

zionali. Questi prodotti sono presentati, tuttavia, come coadiuvanti all'abbandono dell'uso della sigaretta tradizionale, ma si è evidenziato che tre utilizzatori su quattro consumano sia la sigaretta tradizionale sia le sigarette elettroniche e/o *HnB*. Attraverso l'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" l'Istat ha iniziato dal 2014 a rilevare l'uso della sigaretta elettronica e, dal 2021, quello dei prodotti a tabacco riscaldato (1).

Prevalenza di persone per abitudine all'uso della sigaretta elettronica

Numeratore	Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine all'uso della sigaretta elettronica	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre	x 100

Prevalenza di persone per abitudine all'uso dei prodotti a tabacco riscaldato

Numeratore	Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine all'uso dei prodotti a tabacco riscaldato	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. Riguardo all'abitudine all'uso della sigaretta elettronica e dei prodotti a tabacco riscaldato, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2021 è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie.

Valore di riferimento/Benchmark.

La prevalenza degli utilizzatori di sigaretta elettronica e dei prodotti a tabacco riscaldato *HnB* può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2021, il 2,8% delle persone di età 14 anni ed oltre (circa 1 milione e mezzo) ha dichiarato di utilizzare la sigaretta elettronica. Così come accade per il fumo tradizionale di sigarette, anche in questo caso gli uomini mostrano una propensione maggiore: risultano fumatori di *e-cig* il 3,4% degli uomini vs il 2,3% delle donne. Nel 2014, il primo anno nel quale l'Istat ha cominciato a rilevare l'uso di questi dispositivi, gli utilizzatori di età 14 anni ed oltre erano circa 800 mila. Via via nel tempo si è assistito ad un aumento, specialmente a partire dal 2017, fino ad arrivare nel 2021 a quasi un milione e mezzo di persone. L'analisi territoriale mostra Emilia-Romagna (3,5%), Lazio (3,5%), Umbria (3,5%) e Campania (3,1%) come le regioni con più elevate percentuali di utilizzatori di *e-*

cig. Appaiono non affezionati all'uso di questo dispositivo gli abitanti di Valle d'Aosta (1,3%), PA di Bolzano (1,5%) e Calabria (2,0%) (Grafico 1). Se si guardano le ripartizioni geografiche, l'uso della sigaretta elettronica risulta più diffuso nel Centro che supera la media nazionale. Nei primi anni in cui l'Istat ha rilevato il fenomeno emergeva una maggiore diffusione di questa tipologia di consumo nei centri delle aree metropolitane e nelle loro periferie rispetto ai centri di piccole dimensioni, ma negli ultimi anni questa differenza si è ridotta (Tabella 1).

La sigaretta elettronica è utilizzata soprattutto tra gli uomini nella fascia di età 25-34 anni (6,2%) e l'uso decresce progressivamente al crescere dell'età, quasi scomparendo tra la popolazione di età 65 anni ed oltre (Grafico 2). Si dichiara ex consumatore il 4,4% delle persone di età 14 anni ed oltre, con punte più elevate tra i giovani di età 18-24 anni (7,3%), mentre l'87,8% non ha mai sperimentato questo tipo di prodotto (con percentuali più alte tra i ragazzi di età 14-17 anni e tra gli *over 64enni*) (dati non presenti in tabella).

Nel 2021 la quota di consumatori di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (*HnB*) è pari al 2,1%, un livello lievemente più basso rispetto alla percentuale degli utilizzatori di sigaretta elettronica. Si attesta all'1,7%, invece, la quota di coloro che dichiarano di averli utilizzati in passato e di aver smesso di usarli (dati non presenti in tabella).

L'analisi territoriale evidenzia come nelle regioni del Centro i prodotti a tabacco riscaldato si stiano diffondendo maggiormente (3,1%) rispetto alle regioni del Nord (1,9%) e del Meridione (2,0%) (dati non presen-



ti in tabella). Si tratta, comunque, di prodotti di nuova generazione che, come visto per la sigaretta elettronica, coinvolgono prevalentemente i più giovani: dichiara di utilizzarli il 5,2% delle persone di età compresa tra 18-24 anni.

Se sul totale della popolazione di età 14 anni ed oltre

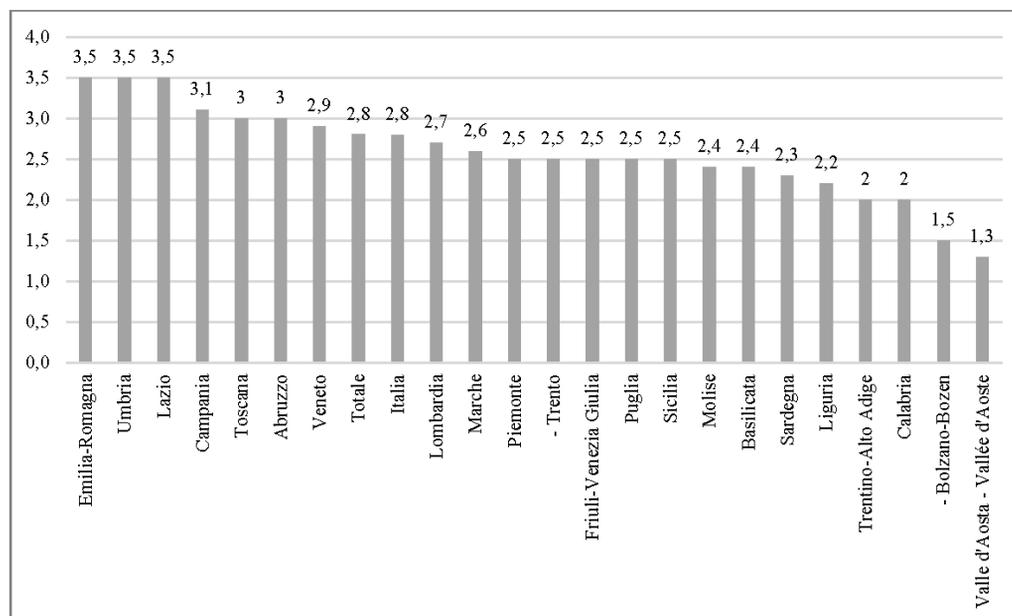
non si osservano differenze di genere e le percentuali di uomini utilizzatori sono equivalenti a quelle delle donne, tra i giovani utilizzatori di età 18-24 anni le ragazze toccano una quota più elevata: circa il 6,9% vs il 3,6% dei ragazzi.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per macroarea e densità abitativa - Anno 2021

Macroaree/Densità abitativa	Fumatori sigaretta elettronica
Nord	2,8
Centro	3,2
Sud ed Isole	2,6
Italia	2,8
Comune centro dell'area metropolitana	2,8
Periferia dell'area metropolitana	3,5
Fino a 2.000 abitanti	2,6
Da 2.001 a 10.000 abitanti	2,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	2,8
>50.000 abitanti	2,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

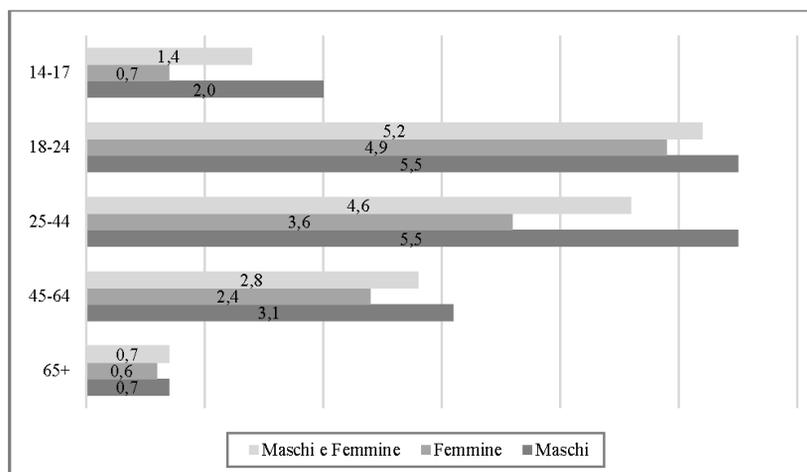
Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

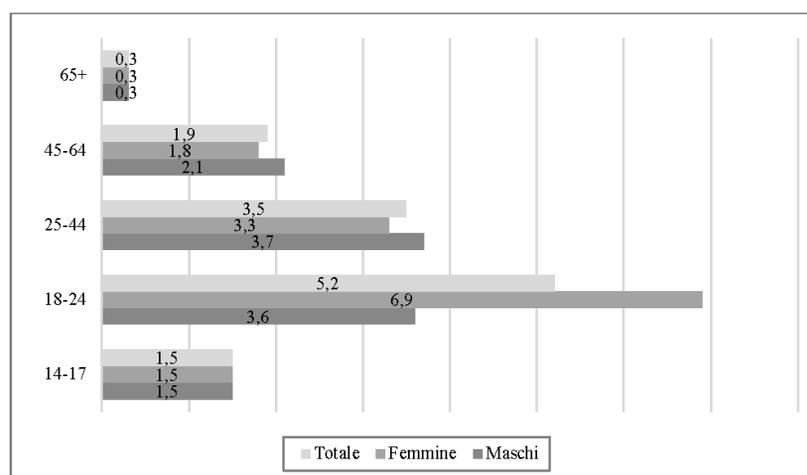


Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per genere e classe di età - Anno 2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di prodotti a tabacco riscaldato HnB per genere e classe di età - Anno 2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Ad aprile 2021 è stato pubblicato il parere finale del Comitato scientifico della Commissione europea, che valuta i rischi sanitari emergenti (*Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks*) sugli effetti sulla salute e la dimensione di salute pubblica delle sigarette elettroniche. Si riscontrano elementi che avvalorano l'esistenza di moderati rischi di insorgenza di problemi respiratori e cardiovascolari e rischi di sviluppo di patologie oncologiche. Inoltre, appaiono scarse le prove che l'uso delle sigarette elettroniche aiuti i fumatori a smettere di fumare (3, 4).

Si rinnova, quindi, la necessità di regolamentare l'uso delle sigarette elettroniche inibendone la vendita a ragazzi e bambini, limitandone la pubblicità e sponsoriz-

zazione, regolando le caratteristiche dei prodotti e inibendone l'uso in spazi chiusi (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, gennaio 2021, Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato, un consumo in lento aumento. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/279457
- (2) ISS, CS N°31/2021 - Fumo: durante la pandemia 1,2 milioni di fumatori in più, contributo negativo delle e-cig e dei prodotti a tabacco riscaldato.
- (3) WHO report on the global tobacco epidemic, 2022. Geneva: World Health Organization, 2022.
- (4) Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_017.pdf.
- (5) Disponibile sul sito: www.tabaccoendgame.it/news/oms-sulle-sigarette-elettroniche-2-quali-rischi-per-la-salute-domande-e-risposte.





Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre 200 condizioni patologiche (1) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi perinatali e numerosi tipi di cancro (2), come confermato dall'*International Agency for Research on Cancer* (3). Inoltre, la pandemia di COVID-19 ha rimarcato come il consumo nel periodo delle restrizioni sia aumentato proprio nella popolazione che era già a rischio per la salute (4) e come un consumo eccessivo di alcol in un contesto aggravato dalle restrizioni e dall'isolamento sociale possa far aumentare il rischio di violenza auto ed etero diretta (5, 6).

L'OMS ha stimato che nel 2016 l'alcol ha causato circa 3 milioni di morti (5,3% di tutti i decessi) in tutto il mondo e 132,6 milioni di anni di vita con disabilità (*Disability Adjusted Life Year-DALY*), cioè il 5,1% di tutti i DALY in quell'anno (1).

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, in accordo con l'OMS, la Società Italiana di Alcolologia e il Ministero della Salute, ha costruito un indicatore di sintesi per identificare i consumi di alcol a rischio nella popolazione e nei suoi *target* più sensibili, con l'in-

tento di fornire ai decisori politici uno strumento utile a stabilire quali sono gli interventi di Sanità Pubblica utili a prevenire le patologie alcol-correlate (7, 8).

Le indicazioni per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana possono essere riassunte come segue: sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e per gli anziani (>65 anni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA¹ = 12 grammi di alcol puro); per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Un altro comportamento molto rischioso per la salute è la pratica del *binge drinking*, ossia il consumo occasionale di grosse quantità di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora). L'indicatore di sintesi identifica come consumatori a rischio gli individui che praticano almeno una delle due componenti del rischio: il consumo abituale eccedentario non rispettoso delle Linee Guida e il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*).

Prevalenza di consumatori giovani a rischio

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

Prevalenza di consumatori (uomini) adulti a rischio

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

Prevalenza di consumatori (donne) adulti a rischio

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

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





Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio

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

Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio

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

Validità e limiti. Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Il questionario viene auto-compilato dai membri delle famiglie ed è, quindi, verosimile che il fenomeno sia sottostimato a causa del timore a rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati. Le analisi, dove non diversamente specificato, sono state condotte utilizzando il livello di significatività del 95%. Gli indicatori sopra descritti sono utilizzati in tutti i sistemi di monitoraggio formali istituzionali: Sistema di Monitoraggio Alcol, ai sensi del DPCM del 3 marzo 2017 sul trasferimento all'ISS delle sorveglianze e nel Programma Statistico Nazionale come statistica derivata.

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali e internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; ciò nonostante, al fine di evidenziare le regioni con maggiori criticità, si è deciso di considerare come valore di riferimento la media delle regioni per ogni indicatore presentato:

- prevalenza di consumatori a rischio (11+ anni) uomini 20,0%, donne 8,7%;
- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): totale 15,4%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 16,4%, donne 8,3%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 31,7%, donne 8,4%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2021, il 33,0% degli italiani di età ≥ 11 anni non ha consumato bevande alcoliche e la prevalenza è rimasta invariata rispetto al 2020; a livello regionale si registrano delle variazioni statisticamente significative rispetto al precedente anno in Campania (-3,0%) e Basilicata (+9,8%). La prevalenza di astemi nella vita è, inoltre, diminuita a livello regionale in Valle d'Aosta (-5,2%) mentre è aumentata in Basilicata (+7,0%).

Consumatori a rischio (Cartogrammi, Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2021, è pari al 20,0% per gli uomini e all'8,7% per le donne. Per gli uomini si registra, rispetto al 2020, una diminuzione a livello nazionale del 12,7% e a livello regionale del 26,6% nella PA di Bolzano, del 14,5% in Veneto, del 21,6% in Emilia-Romagna, del 33,0% in Puglia, del 25,1% in Basilicata e del 21,4% in Calabria. Per le donne non si registra una variazione statisticamente significativa delle consumatrici a rischio di età > 11 anni, mentre a livello regionale si osserva una diminuzione in Puglia dove la prevalenza è passata dal 10,4% nel 2020 al 6,1% nel 2021. La prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le realtà territoriali.

Per le donne, si conferma che la prevalenza delle consumatrici a rischio è più elevata in Valle d'Aosta (13,0%) (anche nel 2019 e nel 2020) e Toscana (12,6%).

Per gli uomini, le regioni con le maggiori percentuali di consumatori a rischio sono il Molise (30,2%), il Friuli Venezia Giulia (28,9%) e la PA di Trento (27,8%); si registrano valori superiori alla media nazionale anche in Valle d'Aosta (26,1%), PA di Bolzano (25,9%), Sardegna (24,5%), Veneto (24,2%), Umbria (23,7%), Piemonte (22,6%), Marche (21,8%), Lombardia (21,7%), Abruzzo (21,4%), Toscana (21,2%) ed Emilia-Romagna (21,0%); per le donne, le regioni con percentuali superiori alla media nazionale si registrano nelle Marche (12,1%), Piemonte (12,0%), Emilia-Romagna (11,9%), PA di Bolzano (11,3%), PA di Trento (10,8%), Liguria (10,5%), Friuli Venezia Giulia (10,4%), Umbria (10,0%), Molise (9,4%) e Lombardia (9,3%). Le regioni con le minori prevalenze di consumatori a rischio sono Sicilia (M = 12,4%; F = 4,9%) e Campania (M = 14,8%; F = 5,5%) per entrambi i generi, oltre a Puglia per gli uomini e Calabria e Basilicata per le donne. Soltanto Campania, Puglia e Sicilia mostrano valori statisticamente al di sotto della media nazionale per entrambi i generi oltre a Calabria e Basilicata per le sole femmine.





Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio tra i ragazzi di età 11-17 anni nel 2021 è stata del 15,4% e si rileva, a livello nazionale, una diminuzione del 16,8%, statisticamente significativa, rispetto al 2020. A livello regionale si rileva una riduzione dei consumatori a rischio in Emilia-Romagna (-44,2%) e Puglia (-46,1%).

Adulti (Tabella 2). Nel 2021 il 16,4% degli uomini e l'8,3% delle donne hanno consumato bevande alcoliche in modalità a rischio per la loro salute e, rispetto all'anno precedente, la prevalenza è diminuita per i soli uomini del 17,6%. A livello territoriale, per il genere maschile, si rileva una diminuzione dei consumatori a rischio rispetto al 2020 in Sardegna (-23,1%), Emilia-Romagna (-27,2%), Puglia (-28,0%), PA di Trento (-24,6%), PA di Bolzano (-25,3%), Veneto (-24,8%) e Lombardia (-19,6%). Per il genere femminile, invece, si registra una variazione significativa solo in Puglia (-42,6%). Le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne sia a livello nazionale sia in tutte le realtà territoriali considerate.

Le regioni che presentano una prevalenza di consumatori a rischio elevata rispetto alla media sono, per entrambi i generi, la Valle d'Aosta (M = 21,8%; F = 12,5%), la PA di Bolzano (M = 26,9%; F = 12,1%) e la PA di Trento (M = 24,8%; F = 11,8%), a cui si aggiungono, per i soli uomini, il Molise (29,0%), il Friuli Venezia Giulia (25,7%), la Sardegna (23,0%) e

l'Umbria (21,5%), e per le donne il Piemonte (12,4%) e le Marche (12,3%).

Per il settimo anno consecutivo in Sicilia (M = 10,2%; F = 4,6%) e in Campania (M = 11,2%; F = 4,8%) si rilevano i valori più bassi per entrambi i generi. Anche la Puglia per entrambi i generi (M = 12,1%; F = 5,8%) e la Calabria (5,4%) per le sole femmine hanno percentuali di consumatori a rischio particolarmente bassi rispetto alla media nazionale.

Anziani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2021, è stata del 31,7% tra gli uomini e dell'8,4% tra le donne e non ci sono per i valori medi nazionali variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per quanto riguarda il livello territoriale, per gli uomini si registra, rispetto al 2020, una diminuzione sia in Puglia (-34,7%) che in Basilicata (-33,8%), mentre per le donne un aumento nelle Marche, che sono passate da 4,3% a 11,5%.

I valori più alti di prevalenza di consumatori a rischio si registrano tra gli anziani di genere maschile in Veneto (43,2%) e PA di Trento (42,3%), oltre che in Friuli Venezia Giulia (M = 40,0%; F = 12,2%) per entrambi i generi e in Toscana (13,2%) ed Emilia-Romagna (12,7%) per le sole donne. I valori più bassi si registrano, infine, sia per gli uomini che per le donne, in Sicilia (M = 17,9%; F = 3,7%) e in Calabria (M = 22,3%; F = 2,5%) oltre a Sardegna (3,8%) e Basilicata (4,2%) per le sole donne e alla Puglia (22,8%) per i soli uomini.





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

29

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2020-2021*

Regioni	2020				2021			
	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori
Piemonte	4,2	28,9	33,1	66,1	3,0	27,3	30,3	69,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,7	26,9	29,6	70,1	3,2	25,5	28,7	70,7
Lombardia	4,4	28,5	32,9	66,7	5,0	25,9	30,9	68,6
Bolzano-Bozen	4,7	23,7	28,4	71,0	6,4	24,2	30,6	66,7
Trento	4,6	26,3	30,9	68,3	4,7	25,0	29,7	69,6
Veneto	4,2	26,9	31,1	68,7	4,5	26,1	30,6	68,9
Friuli Venezia Giulia	4,9	24,4	29,3	69,4	4,6	25,1	29,7	69,6
Liguria	3,7	24,4	28,1	71,6	3,8	25,6	29,4	70,1
Emilia-Romagna	3,0	25,0	28,0	71,9	3,5	27,0	30,5	68,7
Toscana	3,6	26,8	30,4	69,4	4,3	26,5	30,8	68,9
Umbria	3,6	26,6	30,2	69,3	4,6	24,9	29,5	70,0
Marche	3,7	27,3	31,0	68,7	4,4	24,5	28,9	70,0
Lazio	4,1	27,8	31,9	67,1	4,2	27,3	31,5	68,2
Abruzzo	3,3	32,6	35,9	62,1	3,4	31,6	35,0	64,8
Molise	3,4	29,4	32,8	66,9	3,5	30,7	34,2	65,3
Campania	4,2	35,2	39,4	59,9	5,1	33,1	38,2	61,5
Puglia	4,2	28,3	32,5	66,1	5,2	30,8	36,0	62,0
Basilicata	3,5	30,1	33,6	66,1	4,7	32,2	36,9	62,5
Calabria	4,1	26,5	30,6	69,1	4,5	31,5	36,0	62,2
Sicilia	3,4	34,8	38,2	60,3	4,6	35,1	39,7	59,0
Sardegna	4,0	32,9	36,9	61,8	5,1	30,7	35,8	63,1
Italia	4,0	29,0	33,0	66,4	4,5	28,5	32,9	66,3

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per classe di età, genere e regione - Anno 2021

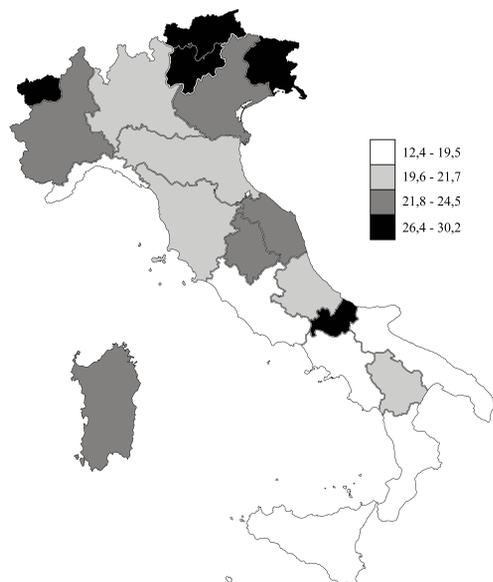
Regioni	11-17 Totale	18-64		65+		11+	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	16,2	18,5	12,4	34,7	10,8	22,6	12,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	24,3	21,8	12,5	39,4	10,5	26,1	13,0
Lombardia	16,2	18,0	8,4	34,6	9,9	21,7	9,3
Bolzano-Bozen	10,8	26,9	12,1	30,8	8,7	25,9	11,3
Trento	14,0	24,8	11,8	42,3	8,0	27,8	10,8
Veneto	14,4	18,8	7,9	43,2	8,4	24,2	8,4
Friuli Venezia Giulia	13,1	25,7	9,7	40,0	12,2	28,9	10,4
Liguria	15,4	14,8	10,5	31,2	9,8	19,5	10,5
Emilia-Romagna	13,9	16,6	11,0	36,6	12,7	21,0	11,9
Toscana	19,2	16,5	11,3	34,8	13,2	21,2	12,6
Umbria	15,1	21,5	10,0	32,8	8,7	23,7	10,0
Marche	17,7	16,6	12,3	35,4	11,5	21,8	12,1
Lazio	17,1	15,8	7,8	29,5	7,0	18,7	8,4
Abruzzo	12,6	18,7	8,9	30,4	6,3	21,4	8,1
Molise	17,9	29,0	9,6	37,7	6,7	30,2	9,4
Campania	14,7	11,2	4,8	26,5	5,5	14,8	5,5
Puglia	12,4	12,1	5,8	22,8	6,0	14,8	6,1
Basilicata	10,8	17,9	7,1	29,2	4,2	20,0	6,6
Calabria	19,1	16,8	5,4	22,3	2,5	19,1	5,0
Sicilia	14,0	10,2	4,6	17,9	3,7	12,4	4,9
Sardegna	16,0	23,0	8,4	30,0	3,8	24,5	7,3
Italia	15,4	16,4	8,3	31,7	8,4	20,0	8,7

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

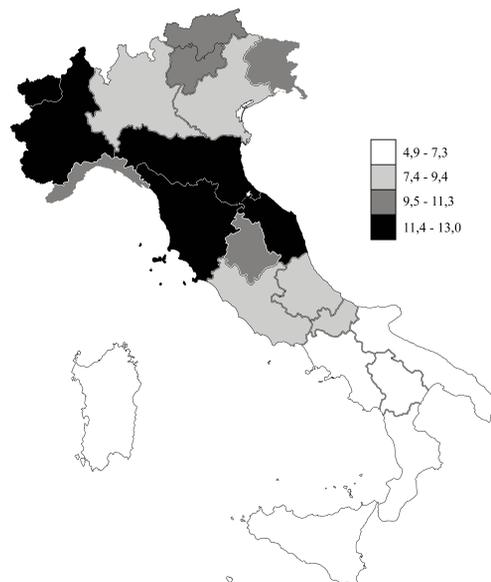




Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2021



Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2021



Raccomandazioni di Osservasalute

La pandemia da COVID-19 e le misure restrittive applicate per arginare il diffondersi del virus hanno imposto ai cittadini un cambiamento repentino nella vita quotidiana e nelle abitudini. L'isolamento sociale, la perdita del lavoro in alcuni casi (ristoratori e parucchieri), o l'aumento dello stress in altri (medici e infermieri), la paura per la propria salute e quella delle persone care, le conseguenze sanitarie per chi ha contratto il virus e la saturazione dei servizi del SSN hanno favorito l'insorgenza di sintomi psicologici generalmente associati al consumo di alcol. Sia a livello globale che nazionale, infatti, i consumi di alcolici sono aumentati durante la pandemia ed è proprio tra i più fragili, ovvero chi già aveva abitudini di consumo dannose per la salute, che si è registrato un aumento dei comportamenti a rischio. Mentre il sistema sanitario, impreparato a una simile emergenza, è stato sopraffatto dalla gestione della pandemia, i pazienti più fragili e bisognosi come, ad esempio, le persone con problemi di dipendenza da alcol, hanno sperimentato un'interruzione nella continuità delle cure, a causa di chiusure di servizi di trattamento specializzato durante il *lockdown*.

Le rilevanti variazioni osservate in diminuzione per i consumatori a rischio sono di estremo interesse socio-culturale e saranno oggetto di ulteriori valutazioni tese a verificare la singolarità di un confronto con un anno, quello precedente, che aveva fatto registrare, in concomitanza con la pandemia di COVID-19 e l'isolamento obbligato dal *lockdown*, un eccezionale incremento dei consumi a rischio (quantità e frequenza) prevalentemente tra i consumatori a rischio rispetto a parallele diminuzione tra i consumatori già moderati. È, pertanto, da considerare con estrema cautela il

trend che potrebbe risentire di una temporalità non completamente interpretabile come riduzione del rischio *tout-court*.

Si conferma il bisogno di mettere in atto specifiche politiche di prevenzione che tengano in considerazione in particolar modo i *target* di popolazione già precedentemente identificati come soggetti fragili. È sempre più necessario porre l'attenzione su questo grave problema di Sanità Pubblica, incentivando quegli interventi delineati dalle Nazioni Unite e dall'OMS, la cui efficacia è stata ampiamente dimostrata, per la promozione di politiche nazionali sull'alcol. Tali interventi, i "best buys", secondo l'OMS, devono inoltre mantenersi indipendenti e distanti dalle logiche economiche di convenienza e dalle interferenze dei conflitti d'interesse del settore della produzione (che è stato dimostrato dall'OMS ostacolare il raggiungimento degli obiettivi di salute sostenibile dell'Agenda 2030). Per fornire sostegno agli Stati membri nella riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol entro il 2025, l'OMS ha promosso l'iniziativa SAFER il cui acronimo evidenzia i cinque interventi più efficienti in termini di costi per ridurre i danni alcol-correlati: *Strengthen restrictions on alcohol availability* (rafforzare le restrizioni sulla disponibilità di alcol), *Advance and enforce drink driving countermeasures* (consolidare le misure di prevenzione su alcol e guida), *Facilitate access to screening, brief interventions, and treatment* (facilitare l'accesso a programmi di screening, intervento breve e trattamento sul consumo dannoso di alcol), *Enforce bans and comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion* (applicare e far rispettare i divieti e le restrizioni su pubblicità, sponsorizzazioni e la promozione delle bevande alcoliche), *Raise pri-*





ces on alcohol through excise taxes and pricing policies (aumentare i prezzi degli alcolici attraverso accise, tasse e politiche dei prezzi).

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

- l'integrazione delle politiche sull'alcol all'interno delle politiche economiche e di *welfare*, finalizzate al raggiungimento del benessere sociale, sanitario ed economico della società;
- la collaborazione tra i diversi Ministeri ed organi governativi al fine di identificare le necessità della società nel suo complesso;
- l'integrazione di politiche sull'alcol finalizzate a promuovere il benessere e stili di vita sani della popolazione in un'ottica di riduzione del carico delle malattie non trasmissibili e trasmissibili;
- la capacità e la possibilità per le diverse realtà territoriali di sviluppare e promuovere programmi efficaci di prevenzione dei danni causati sull'alcol attraverso programmi di identificazione dei forti consumatori di alcol.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi, alla redazione dei risultati e all'assistenza amministrativa connessa alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione ed attuate dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019.
- (2) International Agency for Research on Cancer (IARC), (2015), IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Disponibile sul sito: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classification.php.
- (3) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, Washington DC: AICR, 2007. (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.
- (4) Matone, A., Ghirini, S., Gandin, C., Scafato, E., & European Study Group on Alcohol Use and COVID-19 (2022). Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 58 (1), 6–15. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.4415/ANN_22_01_02

- (5) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open*. 2020; 3 (9) :e2022942. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.
- (6) Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, et al. L'isolamento sociale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sugli stili di vita dei cittadini? *Epidemiol Prev*. 2020; 44 (56): 353-362. doi: 10.19191/EP20.5-6.S2.137.
- (7) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2016, Roma: Ministero delle Salute; 2020.
- (8) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, Palma G e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/7).
- (9) Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. DOI. Disponibile sul sito: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X).
- (10) Mazzarella C, Spina A, Dallio M, Gravina AG, Romeo M, Di Mauro M, Loguercio C, Federico A. The analysis of alcohol consumption during the severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 Italian lockdown. *Minerva Med*. 2022 Dec;113(6):927-935. doi: 10.23736/S0026-4806.21.07354-7. Epub 2021 May 5. PMID: 33949179.
- (11) Cedrone F, Buomprisco G, Nicola M, La Torre G, Nieto H, Perri R, Montagna V, Greco E, De Sio S. Alcohol Use during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey among Healthcare and Office Workers in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 2;19(19):12587. doi: 10.3390/ijerph191912587. PMID: 36231887; PMCID: PMC9566002.
- (12) Marano G, Traversi G, Gaetani E, Pola R, Claro AE, Mazza M. Alcohol use disorder and liver injury related to the COVID-19 pandemic. *World J Hepatol*. 2022 Oct 27;14(10):1875-1883. doi: 10.4254/wjh.v14.i10.1875. PMID: 36340751; PMCID: PMC9627438.
- (13) Ibarrola-Peña JC, Cueto-Valadez TA, Chejfec-Ciociano JM, Cifuentes-Andrade LR, Cueto-Valadez AE, Castillo-Cardiel G, Cervantes-Cardona GA, Cervantes-Pérez E, Cervantes-Guevara G, Guzmán-Ruvalcaba MJ, Sapién-Fernández JH, Guzmán-Barba JA, Esparza-Estrada I, Flores-Becerril P, Brancaccio-Pérez IV, Guzmán-Ramírez BG, Álvarez-Villaseñor AS, Barbosa-Camacho FJ, Reyes-Elizalde EA, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A. Substance Use and Psychological Distress in Mexican Adults during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 30; 20 (1): 716. doi: 10.3390/ijerph20010716. PMID: 36613036; PMCID: PMC9819856.
- (14) Finlay I, Gilmore I. COVID-19 and alcohol - a dangerous cocktail. *BMJ* 2020; 369 doi. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1987>.
- (15) Blithikioti, C., Nuño, L., Paniello, B., Gual, A., & Miquel L. Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. *J Psychiatr Res*. 2021; 139: 47-53. doi: 10.1016/J.JPSYCHIRES.



Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2021 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dalle persone di età 3 anni ed oltre.

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

Inoltre, le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) spiccano per le forti evidenze di associa-

zione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 4/5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) ed oggetto di sorveglianza (6).

Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo. La qualità del modello di alimentazione viene sintetizzata attraverso la stima dell'indice di aderenza alla dieta mediterranea (3) che rappresenta un modello di alimentazione noto per gli effetti benefici sulla salute umana sin dal *Seven Countries Study* (4).

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

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

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

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

Indicatore di aderenza alla dieta mediterranea

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

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

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

Validità e limiti. L'IAMD così calcolato sintetizza la frequenza di consumo delle principali categorie alimentari, ad esclusione delle bevande. La limitazione è

dovuta all'uso della sola frequenza e non della quantità assunta in grammi o, ancora meglio, delle calorie (8).



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

Descrizione dei risultati

La distribuzione territoriale dei consumatori di età ≥ 14 anni in base allo IAMD (Grafico 1) vede un'adesione alta nelle regioni del Centro (Lazio 24,9%, Umbria 23,5%, Marche 23,3% e Toscana 22,1%) insieme ad 1 regione del Nord-Ovest, la Liguria (23,2%), seguite da 2 regioni del Meridione, Campania (20,2%) e Abruzzo (19,9%) e 2 regioni del Nord-Est, Emilia-Romagna (19,4%) e Veneto (18,9%) a livello della media Italia (19,2%). Se, però, consideriamo i valori complessivi di aderenza medio-alta, alle regioni suddette si aggiungono Puglia, Calabria e Basilicata, delineando un quadro Centro-Sud ed Isole di aderenza medio-alta. Per maggiore chiarezza, precisiamo che i valori percentuali sono considerati uguali alla media nazionale se l'arrotondamento all'unità fornisce lo stesso risultato.

Un maggiore dettaglio dei consumi di alimenti per tipologia che caratterizzano le diverse regioni è riportato nelle tabelle. Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2021, tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda la metà della popolazione (49,7%), e di ortaggi, che risulta pari al 43,7% (Tabella 1). Nel complesso il 79,4% assume almeno una porzione di VOF al giorno, con una diminuzione pari a circa 2 punti percentuale rispetto al 2020 (quando si attestava all'81,3%); su tale diminuzione ha inciso la riduzione del consumo di ortaggi che dopo essere cresciuto nel 2020 rispetto al 2019, nell'arco dell'ultimo anno si è nuovamente ridotta riallineandosi al valore del 2019.

I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione e al Centro si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta.

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente si osserva come, in tutte le regioni, il consumo sia diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attesti, principalmente, tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Campania, Puglia e Basilicata) circa un quinto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo delle 5 porzioni giornaliere. L'abitudine alle 5 porzioni di VOF è più diffusa nella PA di Trento, dove riguarda il 9,5% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita dalla PA di Bolzano (7,2%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Meridione (Puglia, Calabria, Basilicata e Abruzzo). Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno tendenzialmente un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indica-

tore di preferenze diversificate da regione a regione denotando tradizioni gastronomiche differenziate (Tabella 1).

Nell'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti, si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 2) risulta essenzialmente coerente con la distribuzione per livelli dell'IAMD, con l'unica eccezione del consumo di VOF che mostra un gradiente geografico opposto in quanto risulta inferiore nelle regioni a prevalenza di IAMD elevato.

Per grandi linee, la mappatura geografica vede una caratterizzazione prevalente al Centro-Sud ed Isole per alimenti consumati quotidianamente come "pane, pasta, riso" e "latte". Si aggiungono regioni del Nord, in particolare, Emilia-Romagna per "pane, pasta e riso", PA di Bolzano e Liguria per "latte". Si discostano, mostrando valori più bassi al Centro-Sud ed Isole, in particolare, la Sardegna per "pane, pasta, riso" e Marche, Abruzzo, Sicilia, Basilicata e Sardegna per "latte".

Un simile quadro geografico si ha per alimenti a consumo settimanale come "carni bovine", "carni ovine", "carne di maiale", "salumi", "pesce", "uova" e "legumi in scatola". Si aggiungono regioni del Nord, in particolare, PA di Trento, Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia per la "carne di maiale"; Valle d'Aosta e Piemonte per le "carni bovine"; Lombardia, Emilia-Romagna e PA di Trento per i "salumi"; Liguria e Piemonte per le "uova". Si discostano, mostrando valori più bassi al Centro-Sud ed Isole, invece, regioni come Basilicata, Abruzzo, Puglia e Calabria per le "carni bovine"; Toscana per le "carni ovine"; Lazio e Puglia per la "carne di maiale"; Lazio, Toscana e Campania per i "salumi"; Sardegna, Umbria, Puglia, Basilicata e Abruzzo per il "pesce"; Puglia, Sardegna e Toscana per le "uova" e Sardegna, Marche e Sicilia per i "legumi in scatola".

Andamento diverso si ha, invece, per i formaggi, per i quali le regioni settentrionali sono compattamente al di sopra della media nazionale (insieme a 2 regioni meridionali: Sardegna e Calabria).

Le "carni bianche" presentano una mappatura più variegata e si consumano maggiormente in 2 regioni del Nord-Ovest (Piemonte e Lombardia), in Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia nel Nord-Est, in 4 regioni del Centro (Toscana, Umbria, Marche e Lazio) e, nel Meridione, in Molise, Abruzzo e Campania.

Analizzando, infine, il consumo almeno settimanale di dolci e *snack* salati, si osserva un maggiore consumo dei primi nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro (eccezioni con media al di sotto della percentuale nazionale nelle PA di Trento e Bolzano, nel Lazio e in Liguria), mentre i secondi hanno consumi superiori alla media italiana in alcune regioni del Mezzogiorno (Molise, Campania, Calabria, Sicilia,





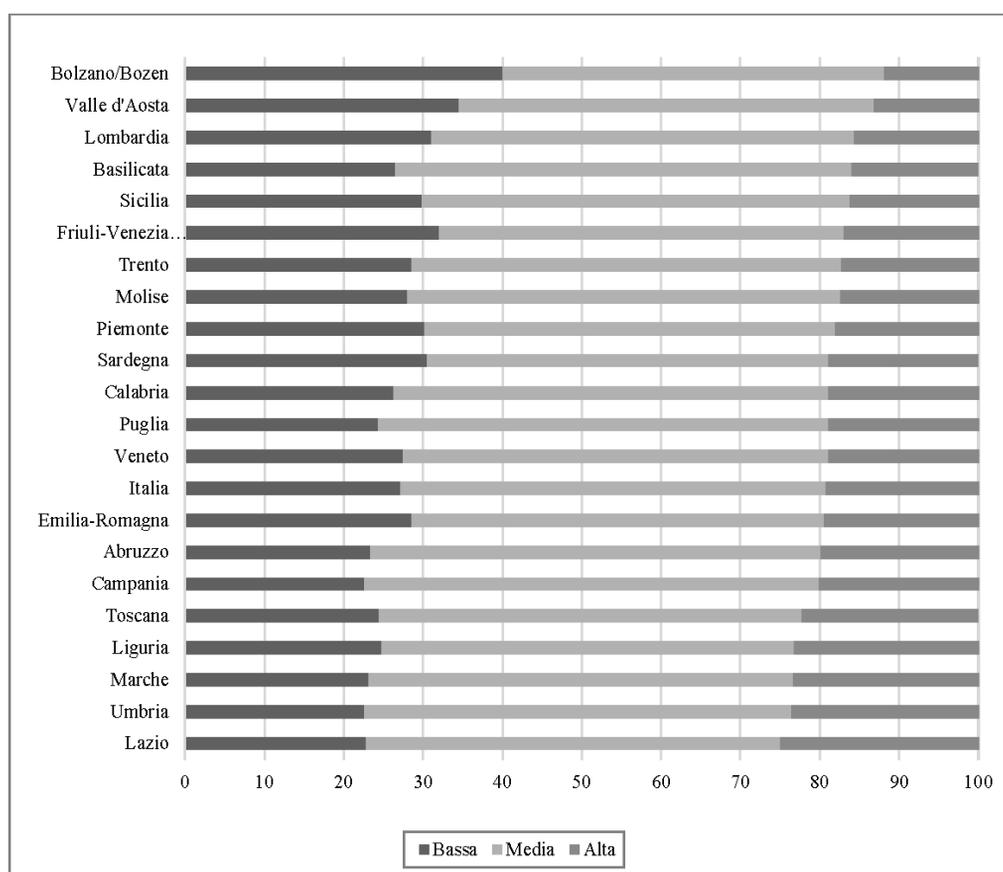
Basilicata ed Abruzzo), ma anche in Lombardia e Veneto.

L'uso dell'olio d'oliva presenta elevatissime percentuali in tutte le regioni e PA (la percentuale meno elevata è nella PA di Bolzano per l'uso a cotto, 88,9%, per l'uso a crudo, 91,1%). Nel Meridione ed al Centro è maggiormente diffusa l'abitudine ad usare l'olio d'oli-

va ed altri oli vegetali sia come condimento a crudo che nella preparazione di cibi cotti.

Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, con un suo uso più esteso in quasi tutte le regioni del Nord (eccetto la Liguria, che si affaccia sul mare) e in alcune del Centro (Umbria e Toscana), ma anche in Basilicata, Calabria e Molise.

Grafico 1 - Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea per regione - Anno 2021 (7)



Fonte dei dati: Elaborazione metodologia Benedetti et al. (6) su dati frequenze di consumo di alimenti nella popolazione di età 14 anni ed oltre. Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022 (1).





FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

35

Tabella 1 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2021

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	56,5	51,5	76,2	82,1	14,5	79,0	6,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	59,7	53,5	72,7	82,3	15,8	77,8	6,3
Lombardia	49,9	43,6	71,7	78,4	16,8	76,2	6,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>53,1</i>	<i>46,3</i>	<i>65,0</i>	<i>74,5</i>	<i>17,0</i>	<i>75,8</i>	<i>7,2</i>
<i>Trento</i>	<i>64,7</i>	<i>51,7</i>	<i>71,7</i>	<i>83,2</i>	<i>13,6</i>	<i>76,9</i>	<i>9,5</i>
Veneto	57,4	49,9	69,4	79,9	17,9	76,1	5,9
Friuli Venezia Giulia	60,9	49,6	69,8	80,9	14,2	80,0	5,8
Liguria	50,2	45,3	77,3	82,6	16,5	77,0	6,5
Emilia-Romagna	52,3	47,9	70,3	79,2	16,2	77,3	6,5
Toscana	49,9	45,5	73,4	80,2	17,6	75,5	6,9
Umbria	59,1	52,0	73,4	83,7	17,3	77,1	5,6
Marche	56,8	47,0	71,3	80,8	16,6	77,9	5,5
Lazio	53,3	43,6	70,9	78,5	15,6	77,8	6,6
Abruzzo	45,0	42,1	73,5	78,8	17,3	79,0	3,8
Molise	43,0	40,5	73,0	78,3	17,6	77,0	5,4
Campania	46,3	39,8	73,0	78,2	19,3	75,5	5,2
Puglia	38,5	34,2	74,0	78,3	21,4	75,5	3,1
Basilicata	35,1	34,4	70,6	75,0	20,3	76,0	3,7
Calabria	44,4	41,5	77,2	80,8	16,5	80,0	3,5
Sicilia	39,2	35,7	74,2	78,9	19,3	76,2	4,5
Sardegna	46,7	41,2	76,3	80,6	16,0	78,0	6,0
Italia	49,7	43,7	72,6	79,4	17,3	76,9	5,8

*Almeno 1 porzione al giorno.

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Tabella 2 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2021

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi*Salumi**	Carni bianche**	Carni ovine**	Carni maiale**	Uova**	Legumi in scatola**	Pesce**	Snack**	Dolci**	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio	
Piemonte	71,9	43,8	26,5	58,6	82,2	64,4	19,7	39,1	71,3	43,5	61,0	29,7	53,8	94,9	74,5	46,9
Valle d'Aosta	68,1	40,9	35,3	58,5	78,8	62,4	18,0	39,0	69,3	45,3	54,6	24,5	54,2	91,5	70,0	65,5
Lombardia	70,9	42,9	24,2	61,9	80,3	58,9	19,8	37,3	63,7	45,0	61,2	35,0	56,3	93,5	71,9	51,5
Bolzano-Bozen	63,3	48,6	33,2	53,4	52,0	36,7	12,7	25,0	66,2	32,5	39,1	21,5	49,2	88,9	64,9	68,7
Trento	75,1	46,3	33,7	61,1	77,2	53,0	19,1	48,4	67,1	50,0	55,5	26,5	47,2	92,5	73,9	61,8
Veneto	69,5	44,8	21,9	53,8	78,5	58,9	15,6	40,9	64,9	41,0	61,1	32,0	56,7	95,5	72,6	57,3
Friuli Venezia Giulia	67,8	45,4	25,4	58,8	80,3	60,4	14,9	44,7	66,0	44,9	54,5	26,8	56,9	94,1	76,0	56,3
Liguria	72,2	51,4	21,4	58,0	79,4	58,9	21,3	35,3	71,9	44,4	62,4	26,6	48,7	95,6	75,2	43,5
Emilia-Romagna	77,6	42,9	21,0	61,4	81,7	56,0	18,7	45,6	63,1	46,1	61,5	27,9	54,7	96,7	73,2	56,7
Toscana	75,2	51,0	19,9	58,2	84,7	64,7	21,0	49,3	67,2	54,3	64,6	24,5	52,9	98,4	71,4	49,8
Umbria	82,6	55,0	19,0	65,7	83,3	63,3	27,7	53,0	69,5	61,2	61,1	27,2	56,5	96,3	71,7	58,8
Marche	79,2	43,1	16,5	63,8	83,0	61,8	25,3	51,1	70,3	51,4	68,6	26,1	54,7	97,5	73,7	45,9
Lazio	75,6	54,1	16,8	52,4	82,0	62,8	29,6	43,1	70,1	55,5	67,9	28,6	46,9	98,5	74,0	47,3
Abruzzo	78,6	43,3	15,7	66,0	83,4	58,9	34,0	46,8	72,2	62,1	63,7	31,4	52,3	98,1	73,3	40,7
Molise	82,2	52,1	20,5	71,1	84,0	65,9	41,5	55,6	77,0	68,3	67,0	36,5	48,8	98,2	69,7	50,3
Campania	75,5	49,0	13,5	58,5	80,7	64,6	33,5	51,6	71,4	78,9	74,8	36,0	44,6	98,0	70,5	40,1
Puglia	77,6	52,6	15,2	61,3	75,9	59,0	30,0	43,0	64,8	63,6	63,1	29,7	45,6	97,7	70,9	46,3
Basilicata	80,0	45,3	17,1	66,8	78,8	56,3	37,2	48,5	69,8	73,4	63,2	31,5	41,2	97,3	69,8	53,9
Calabria	78,4	48,0	21,7	59,5	78,3	60,1	31,7	46,9	70,2	68,5	69,7	32,6	46,4	94,8	73,1	51,7
Sicilia	81,3	44,7	20,1	59,9	79,5	69,8	32,8	49,1	73,8	52,5	67,7	32,5	45,4	95,6	65,7	41,3
Sardegna	74,6	45,9	27,9	60,2	80,1	61,8	35,1	52,8	67,0	46,9	58,9	27,8	50,3	97,0	75,1	36,0
Italia	74,8	46,9	20,6	59,2	80,3	61,3	25,0	44,2	68,0	53,2	64,2	30,8	51,1	97,4	72,0	48,7

*Almeno 1 porzione al giorno.

**Almeno qualche porzione alla settimana.

°Dato rilevato per la prima volta nel 2018.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022 (1).



Raccomandazioni di Osservasalute

Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, VOF spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta oggetto di sorveglianza (6) perché costituisce un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) confermato anche nella più recente revisione delle Linee Guida per una sana alimentazione, sottolineando che “dobbiamo considerare le 5 porzioni al giorno come un obiettivo di minima: anche in questo caso, almeno, 5 porzioni, ma se sono di più è meglio” (2). Nel 2021, il consumo quotidiano di VOF continua a riguardare circa otto persone su dieci, rimanendo quindi al di sotto del *target* complessivo della popolazione totale: le raccomandazioni indicate negli anni passati (9) restano perciò valide. Inoltre, tra i consumatori giornalieri di frutta e verdura solo il 5,8% raggiunge le 5 porzioni al giorno (5+ VOF), oltre al fatto che un quinto della popolazione non consuma quotidianamente VOF.

Più in generale, è importante promuovere l'adozione di modelli di dieta salutari e sostenibili di cui il consumo di VOF sia parte integrante (10), con l'ausilio dei produttori (11) e dei ristoratori (12); continuare il monitoraggio dei consumi alimentari e delle variabili dello stile di vita, tra cui centrale è l'attività fisica, per verificare se le politiche di sensibilizzazione verso una alimentazione equilibrata e corretta riescano a produrre cambiamenti desiderabili, come l'aumento del consumo di VOF, raggiungendo almeno le 5 porzioni giornaliere.

Nel nostro Paese il numero di porzioni di VOF è rilevato, ad esempio, anche dal sistema di sorveglianza “PASSI” (13). Tuttavia, esiste una necessità di stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (14). La complessità di questi studi è determinata dalla metodologia di misurazione che varia in relazione al periodo (alimentazione attuale/alimentazione abituale) e, nel primo caso, all'uso di un modello di rilevazione aperto (diario o intervista) che richieda la codifica degli alimenti a un livello dettagliato (15). La questione è da lungo tempo dibattuta e, grazie al programma EU-MENU, attivato dall'*European Food Safety Authority*, gli Stati membri dell'UE stanno realizzando le indagini alimentari individuali che rilevano le abitudini a tavola seguendo una metodologia armonizzata (16) a comporre una banca dati europea dei consumi alimentari individuali (17). In Italia, è stato appena conclusa dal Consiglio per la Ricerca in agri-

coltura e l'analisi dell'Economia Agraria la raccolta dei dati del quarto studio su scala nazionale nell'ambito del programma EU-MENU (18, 19).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” - 2021. Istat. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (2) CREA Alimenti e Nutrizione. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2018. Roma. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018.
- (3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition*: 7 (1A), 245-250.
- (4) Menotti A., Puddu E. (2015) Le origini storiche della Dieta Mediterranea: il Seven Countries Study of cardiovascular diseases. *Epidemiologia e Prevenzione*, numero speciale “Cibo per prevenire, cibo per curare”. *Epidemiol Prev* 2015; 39 (5-6): 285-288. Disponibile sul sito: www.epi-prev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_285_art1.pdf.
- (5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en.
- (6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
- (7) Benedetti I., Biggeri L., Laureti T., Secondi L (2016): Exploring the Italians' Food Habits and Tendency towards a Sustainable Diet: The Mediterranean Eating Pattern. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, Volume 8 - pages 433-440. Disponibile sul sito: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407.
- (8) Alberti-Fidanza A, Fidanza F. (2004): Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. *Public Health Nutr*. 2004 Oct; 7 (7): 937-41. doi: 10.1079/phn2004557. PMID: 15482621.
- (9) Turrini A, Bologna E. 2019. Consumo di alimenti per tipologia. In “Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione” capitolo del “Rapporto Osservasalute 2018”, 41-46. Disponibile sul sito: www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/06/ro-2019-fattori_rischio.pdf.
- (10) Donini LM, Dernini S, Lairon D, Serra-Majem L, Amiot M-J, del Balzo V, Giusti A-M, Burlingame B, Belahsen R, Maiani G, Polito A, Turrini A, Intorre F, Trichopoulou A, Berry EM (2016): A consensus proposal for nutritional indicators to assess the sustainability of a healthy diet: the Mediterranean diet as a case study. *Frontiers*, 29 August 2016. Disponibile sul sito: <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2016.00037><http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnut.2016.00037/full>.
- (11) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1400&area=stiliVita&menu=protocoll.
- (12) SINU. Meno Sale Più Salute. Disponibile sul sito: <https://sinu.it/meno-sale-piu-salute>.
- (13) Istituto Superiore di Sanità. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
- (14) Turrini A, D'Addezio L, Ferrari M, Le Donne C, Mistura L, Piccinelli R and Sette S (2022) Editorial: Emerging topics in dietary assessment - Edition II. *Front Nutr*. 9:984915. doi: 10.3389/fnut.2022.984915. Disponibile sul sito: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.984915/full.
- (15) EFSA - European Food Safety Authority (2015). The food classification and description system FoodEx 2 (revision 2), EFSA supporting publication 2015: EN-804. 90 pp.





European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy. Disponibile sul sito:

<https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2903/sp.efsa.2015.EN-804>.

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

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

(17) EFSA - European Food Safety Authority (2014). EFSA - European Food Safety Authority (2011c) Use of the EFSA Comprehensive European Food Consumption Database in Exposure Assessment. EFSA Journal, 9 (3), 2097. Disponibile sul sito:

www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/doc/2097.pdf.

(18) CREA-Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria - Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. Turrini A., Le Donne C, Piccinelli R, D'Addezio L, Mistura L, Sette S, Martone D, Comendador

Azcarraga F.J, Ferrari M, Catasta G (2022). Italian national dietary survey on adult population from 10 up to 74 years old – IV SCAI ADULT. EFSA supporting publication 2022: EN-7559. 39 pp. doi:10.2903/sp.efsa.2022.EN-7559. Disponibile sul sito:

www.efsa.europa.eu/it/supporting/pub/en-7559.

(19) CREA-Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria -Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. Turrini A, Sette S, Le Donne C, Piccinelli R, D'Addezio L, Mistura L, Ferrari M, Martone D, Catasta G, (2021). Italian national dietary survey on children population from three months up to nine years old. EFSA supporting publication 2021: EN-7087. 38pp. doi: 10.2903/sp.efsa.2021.EN-7087ISSN:2397-8325 © European Food Safety Authority, 2021. Disponibile sul sito: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2903/sp.efsa.2020.EN-7087>.





Sovrappeso e obesità

Significato. Nel mondo l'obesità rappresenta la seconda causa evitabile di tumore dopo il fumo. Secondo il Ministero della Salute "la diffusione dell'obesità è aumentata nel tempo, raggiungendo dimensioni epidemiche, e costituisce ormai uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello mondiale, con una preoccupante espansione nell'età infantile che può provocare una precoce insorgenza di

patologie croniche non trasmissibili" (1).

Dal Rapporto dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS del 2022 emerge che l'obesità ha raggiunto tassi molto elevati che rendono epidemica tale condizione. Quasi sei adulti su dieci nei Paesi europei sono in sovrappeso o sono affetti da obesità, ormai considerata una vera e propria malattia (2).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

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

x 100

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

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 $IMC \geq 25$ ed "obesità" un $IMC \geq 30$ (5). Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di problemi di salute.

Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", relativa al 2021, condotta con tecnica mista di rilevazione *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie ed 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 e obese può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2021 si assiste alla diminuzione di 1,9 punti percentuali delle persone di età 18 anni ed oltre in

sovrappeso, 34,2% vs 36,1% del 2020. Sono obesi nel 2021 quasi 6 milioni di adulti, che rappresentano il 12,0% della popolazione; complessivamente, il 46,2% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1).

Questi valori non presentano variazioni significative tra anni adiacenti, a conferma che le variazioni di questo fenomeno sono apprezzabili in intervalli temporali più ampi. Infatti, se si procede ad un'analisi delle serie storiche dal 2001 al 2021 si vedono variazioni più decise: l'andamento dei dati sul sovrappeso presenta un andamento crescente in tutte le ripartizioni fino al 2013/2014 per poi diminuire tornando ai livelli del 2001 o in alcuni casi anche più bassi. Rispetto all'obesità l'andamento nel ventennio in esame è in crescita, in linea con gli altri Paesi della regione europea, anche se non lineare. Raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna), si osserva che, dal 2001, i maggiori incrementi percentuali si sono realizzati nelle regioni del Nord-Ovest: l'incidenza di maggiorenni obesi è cresciuta del 45,8% (Grafico 1).

Nel 2021 le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli. Nel confronto regionale si evidenzia una differenza di quasi 11 punti percentuali tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,6 punti percentuali in riferimento all'incidenza di obesità.

La prevalenza più alta di persone obese di età 18 anni ed oltre, continua a essere rilevata nelle regioni del Sud: Molise (15,8%) Basilicata (15,6%), Sicilia (14,8%) e Campania (14,1%). Le regioni con la prevalenza minore di persone obese sono le PA di Trento (9,2%) e di Bolzano (9,8%), seguite da Sardegna e Liguria (10,0%).



Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti: Basilicata 40,7%, Campania 40,3% e Calabria 38,3%. Nella parte bassa della graduatoria si collocano Valle d'Aosta (29,9%) Piemonte (30,7%) e Lombardia (31,2%).

La variabile età è una discriminante per l'aumento ponderale: al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso di peso (in sovrappeso o obesa). Anche nel 2021, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 15,1% della fascia di età 18-24 anni al valore massimo del 42,9% tra i 65-74enni, fascia di età che si conferma più critica rispetto alla condizione di eccesso di peso. Anche l'obesità è una condizione che riguarda il

4,3% dei giovani di età compresa tra 18-24 anni, per arrivare a coinvolgere il 17,6% di coloro che hanno tra i 65-74 anni (Tabella 2).

La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere a sfavore degli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 42,1% degli uomini vs 26,8% delle donne ed obeso il 12,9% degli uomini vs 11,1% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra i 65-74 anni. La fascia di età 35-44 anni è quella in cui vi è la più elevata differenza tra uomini e donne in sovrappeso e quelle tra i 45-54 anni per le persone obese; in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2021

Regioni	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	37,2	24,8	30,7	12,1	9,2	10,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,1	26,0	29,9	14,3	11,8	13,0
Lombardia	40,1	24,2	31,2	10,3	9,7	10,5
Bolzano-Bozen	39,6	23,3	31,4	11,2	9,9	9,8
Trento	39,3	24,8	32,3	10,6	8,5	9,2
Veneto	38,0	25,1	33,9	11,3	8,4	12,8
Friuli Venezia Giulia	40,5	24,6	33,5	9,9	8,6	12,2
Liguria	42,4	25,7	31,8	13,4	12,2	10,0
Emilia-Romagna	41,6	26,1	32,0	13,1	11,4	12,0
Toscana	39,8	24,6	33,8	11,9	12,2	10,3
Umbria	43,4	25,0	35,7	11,5	9,2	10,2
Marche	41,1	30,7	33,6	12,1	8,5	11,6
Lazio	41,3	26,4	34,0	12,6	10,6	10,5
Abruzzo	42,9	25,9	35,7	10,6	10,3	13,4
Molise	42,7	29,2	36,8	13,4	13,4	15,8
Campania	46,0	28,1	40,3	17,9	13,8	14,1
Puglia	47,3	33,8	37,3	15,3	13,0	13,8
Basilicata	44,6	30,5	40,7	15,0	12,6	15,6
Calabria	48,1	33,6	38,3	15,4	15,7	13,7
Sicilia	43,6	33,3	35,4	15,1	12,3	14,8
Sardegna	43,4	28,0	33,9	17,2	12,5	10,0
Italia	42,9	25,3	34,2	11,2	8,8	12,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2021

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2021

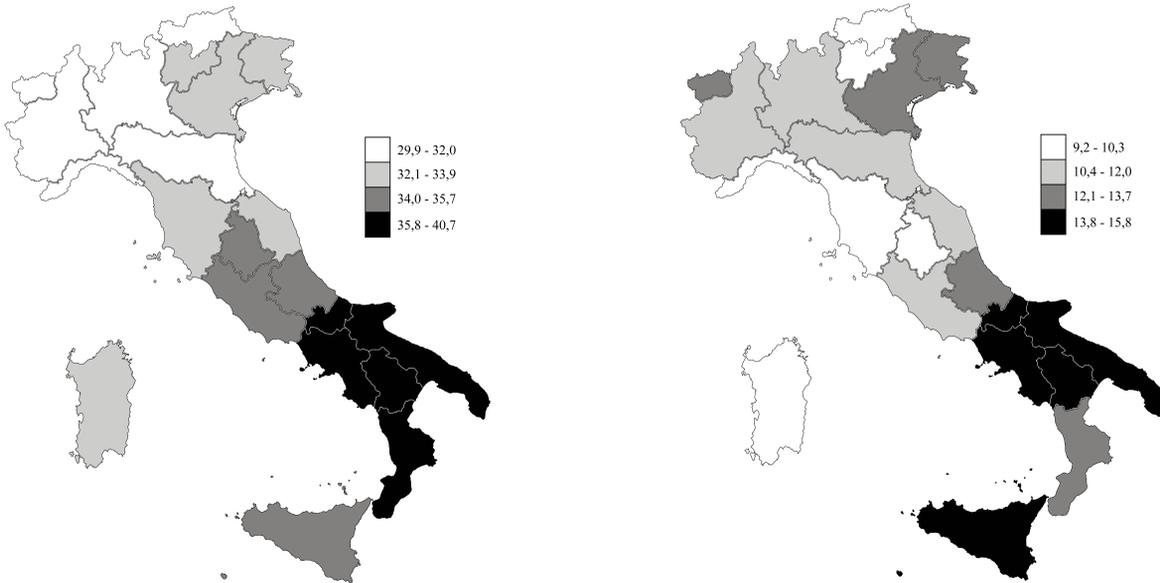
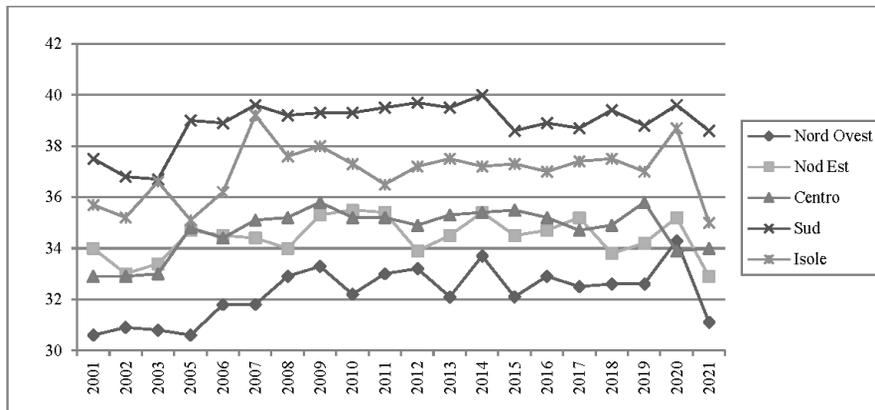
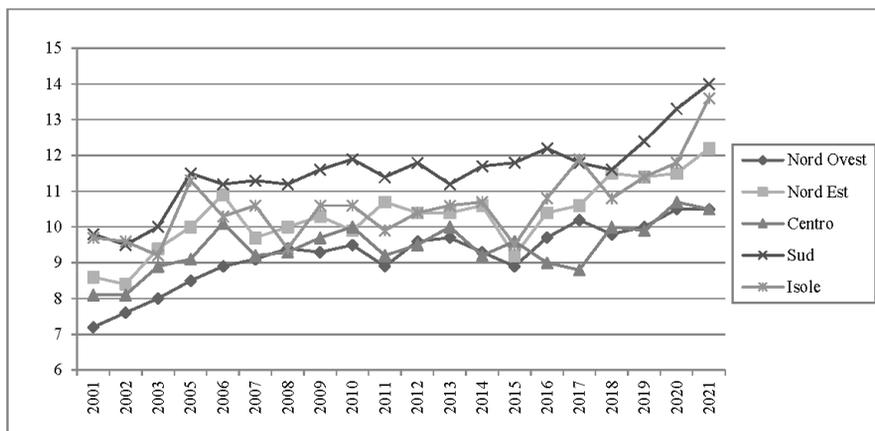


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2021

Sovrappeso



Obesità



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.



Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2021

Classi di età	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	20,1	9,5	15,1	4,4	4,2	4,3
25-34	30,6	17,1	24,0	7,0	5,6	6,3
35-44	42,2	21,9	32,0	10,2	7,9	9,1
45-54	44,0	25,6	34,7	15,7	11,4	13,6
55-64	49,0	30,0	39,2	16,2	12,1	14,1
65-74	50,3	36,3	42,9	18,8	16,5	17,6
75+	48,4	36,3	41,2	13,0	15,0	14,2
Totale	42,1	26,8	34,2	12,9	11,1	12,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Obesità e sovrappeso sono condizioni prevenibili (3). Il *Global Obesity Observatory* (4) ha teorizzato la necessità di diffondere un'informazione appropriata rispetto all'eccesso di peso. Sono state elaborate delle "roots" necessarie per un corretto approccio alla prevenzione e cura: capire i motivi biologici legati all'insorgere del sovrappeso; pubblicizzare il ruolo negativo del cibo elaborato che ormai è diffuso in tutto il mondo; valutare la presenza di rischi di tipo genetico legati all'insorgenza della condizione di eccesso di peso; sostenere l'importanza del supporto di specialisti di Medicina dell'Obesità; considerare i cambiamenti del peso legati al ciclo di vita; analizzare il ruolo delle politiche di *marketing* tese alla vendita e consumo di cibi poveri di nutrienti e ricchi di grassi; mettere in evidenza come la presenza di malattie mentali e il consumo di farmaci possano indurre aumento di peso; sottolineare che la mancanza di sonno o la presenza di son-

no irregolare inducono ad alti livelli di stress e a condizioni di sovrappeso; sottolineare quanto la discriminazione legata alla presenza di obesità o sovrappeso può determinare gravi conseguenze sociali.

Anche nel WHO *European Regional Obesity Report 2022* (2) vi è un ampio Capitolo dedicato alle politiche di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità che pone forte attenzione alle determinanti commerciali dell'eccesso di peso e alla necessità di rivedere le politiche nazionali dei Paesi membri.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3256_allegato.pdf.
- (2) Disponibile sul sito: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf.
- (3) Disponibile sul sito: www.oecd.org/italy/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-ITALY-In-Italian.pdf.
- (4) Disponibile sul sito: www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/the-roots-of-obesity.



Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che si sta diffondendo e sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'OMS stima che, nel 2020, 39 milioni di bambini sotto i 5 anni di età sono in condizione di sovrappeso o obesità. A questi si aggiungono, inoltre, i 340 milioni di bambini e adolescenti di età 5-19 anni nella stessa condizione (1).

La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambi-

ni e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale e 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'Istat ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) dei minori di età 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari. A partire dal 2019 sono stati resi disponibili anche i dati relativi ai bambini di età 3-5 anni.

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

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

Numeratore: Minori di età 3-17 anni in eccesso di peso
Denominatore: Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 3-17 anni

Validità e limiti. I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente su un campione teorico di circa 24.000 famiglie, per un totale di oltre 45.000 individui. Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (3-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è stato calcolato l'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 Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (regioni o in alternativa macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione a informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva pratica vs sedentarietà). Inoltre, è possibile effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello interna-

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

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di età 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di età 3-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce, di per sé, un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima). Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (5) perché rappresentano valori di riferimento ampiamente utilizzati negli ultimi anni in numerosi studi nazionali ed internazionali. Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC ≥ 25 per il sovrappeso e ≥ 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso¹. Il fatto di avere a disposizione diversi standard 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 2000. Nel contesto italiano va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani di età 2-20 anni.





Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento. Si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (2020-2021). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi, 3-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2020-2021) mostrano che, in Italia, sono circa 2 milioni 240 mila i bambini e gli adolescenti di età 3-17 anni in eccesso di peso (pari al 27,0%). Nel decennio si è osservata dapprima una lieve riduzione del fenomeno (dal 28,5% del 2010-2011 al 25,5% del biennio 2016-2017) e successivamente una sua stabilità fino al 2018-2019, quando l'eccesso di peso si attestava al 25,6%. Tuttavia, a partire dal 2020 si sono cominciati a registrare segnali di crescita, con l'eccesso di peso che nell'ultimo biennio 2020-2021 è ulteriormente aumentato (6). Tale tendenza può essere certamente legata anche all'aumento della sedentarietà che ha caratterizzato la popolazione giovanile nel biennio pandemico quando la chiusura forzata per lunghi periodi di palestre, centri sportivi e di tutti i luoghi deputati alla pratica sportiva organizzata ha reso difficile la pratica di attività sportiva e certamente favorito la crescita di comportamenti sedentari. I dati del 2021 segnalano un aumento pari a circa 5 punti percentuali della sedentarietà nella fascia di età 3-17 anni e una riduzione della pratica di sport in modo continuativo tra i giovani di circa il 30% (-15,1 punti percentuali) (6, 7).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di età 3-10 anni con il 34,5%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di età 14-17 anni (16,8%) (Tabella 1).

Emergono forti differenze di genere che si mantengono nel tempo: il fenomeno è più diffuso tra i maschi (29,8% vs 24,0% femmine). Tali differenze non sussistono tra i bambini di età 3-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età. Tale distanza nel

2020-2021 si è ampliata rispetto al biennio 2018-2019, per un aumento più consistente dell'eccesso di peso che è avvenuto principalmente tra i maschi (dal 27,9% del 2018-2019 al 29,8% del 2020-2021) rispetto alle femmine. Le differenze di genere si evidenziano specialmente a partire dalla classe di età 6-10 anni ed incrementano nelle classi di età successive.

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Centro vs Mezzogiorno consolidato nel tempo. Le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori aumentano, significativamente, passando dal Nord al Sud e nelle Isole del Paese. Nel biennio 2020-2021 si osserva nel Mezzogiorno una quota di bambini e ragazzi di età 3-17 anni in eccesso di peso pari al 33,0% vs il 24,2% del Centro e il 23,5% del Nord (dati non presenti in tabella). I livelli più elevati si registrano soprattutto in Campania (37,6%), Calabria (35,9%), Basilicata (34,4%), Puglia (31,5%) e Sicilia (31,2%) (Tabella 2). Tra il biennio 2018-2019 e il biennio 2020-2021 si segnala un aumento significativo nella prevalenza di eccesso di peso nel Nord-Ovest del Paese che passa da circa il 20% al 23% (dati non presenti in tabella).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso, con una influenza maggiore del titolo di studio della madre rispetto a quello del padre.

Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere, anche loro, in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di età 3-17 anni in sovrappeso o obesi è pari al 36,1% rispetto alla percentuale del 32,1% (solo madre in eccesso di peso) e del 26,6% (solo padre in eccesso di peso). Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 19,8% (Tabella 3). Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese, anche se si registrano distanze più marcate tra livelli socio-economici più elevati e livelli socio-economici meno elevati al Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno.





Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2020-2021

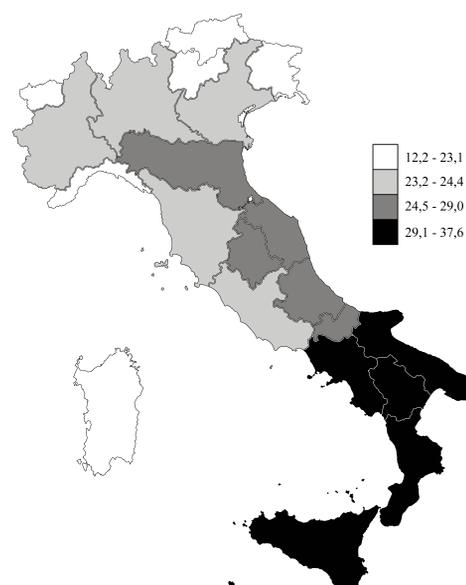
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5	32,9	33,8	33,8
6-10	36,5	33,6	35,1
11-13	28,2	18,2	23,3
14-17	21,3	12,2	16,8
Totale	29,8	24,0	27,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2020-2021

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	23,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,2
Lombardia	23,3
Bolzano-Bozen	16,3
Trento	18,4
Veneto	24,4
Friuli Venezia Giulia	20,4
Liguria	21,6
Emilia-Romagna	26,2
Toscana	23,3
Umbria	28,3
Marche	26,5
Lazio	23,6
Abruzzo	29,0
Molise	28,7
Campania	37,6
Puglia	31,5
Basilicata	34,4
Calabria	35,9
Sicilia	31,2
Sardegna	23,1
Italia	27,0

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2020-2021



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.



Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per genere e alcune caratteristiche dei genitori/famiglia - Anni 2020-2021

Caratteristiche genitori/famiglia	Maschi	Femmine	Totale
<i>Titolo di studio*</i>			
Dottorato di ricerca e Laurea	22,3	19,1	20,7
Diploma scuola superiore	30,6	25,5	28,1
Scuola dell'obbligo	36,6	27,5	32,4
<i>Risorse economiche della famiglia</i>			
Risorse economiche ottime-adequate	28,3	23,4	25,9
Risorse economiche scarse o insufficienti	32,4	25,2	28,9
<i>Eccesso di peso dei genitori*</i>			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	22,7	16,6	19,8
Solo la madre in eccesso di peso	37,1	27,3	32,1
Solo il padre in eccesso di peso	28,1	25,0	26,6
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	40,0	32,1	36,1
Totale	29,8	24,0	27,0

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and overweight Fact sheet, 9 June 2021.
- (2) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula M.K., Ivery D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.

- (4) Rolland-Cachera M. F., Deheeger M., Bellisle F., Guilloud-Bataille M., Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. The American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984.
- (5) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012;7:284-94.
- (6) Bologna E., Burgio A., Gargiulo L., Iannucci L. L'Obesità in Italia in "L'Obesità in Italia: è tempo di agire", 4th Italian Obesity Barometer Report 2022.
- (7) Istat. Sport, attività fisica, sedentarietà. Statistica today 01 dicembre 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2022/12/Sport-attivita%20fisica-sedentarieta%20-2021.pdf.
- (8) Bologna E., Iannucci L., "Stili di vita di bambini e ragazzi" - Anni 2017-2018 - Istat - Statistica report (29 ottobre 2019).
- (9) 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.
- (10) Cole T. J., Bellizzi M.C, Flegal K.M., Dietz W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1.240.
- (11) 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.
- (12) Iannucci L., Pugliese A., Qualiano V., Bologna E. Fattori di rischio per la salute tra i bambini e adolescenti: eccesso di peso e sedentarietà in "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute" (a cura di) Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. Rapporti ISTISAN 16/26. Anno 2016.
- (13) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006; 17 (3): 27-42.
- (14) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11_/25.



Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. In molti Paesi ad economia avanzata un'alta percentuale di persone è in sovrappeso o affetta da obesità, ormai riconosciuta come una vera e propria malattia cronica non trasmissibile (1).

Sovrappeso e obesità sono tra le principali cause di morte e disabilità nella Regione Europea dell'OMS; stime recenti suggeriscono che contribuiscano a più di 1,2 milioni di decessi all'anno, corrispondenti ad oltre il 13% della mortalità totale in questi Paesi (1).

L'obesità, infatti, aumenta il rischio di molte malattie non trasmissibili, tra cui tumori, malattie cardiovascolari, diabete mellito tipo 2 e malattie respiratorie croniche. Si è anche osservato che le persone con obesità hanno un aumentato rischio di complicanze e mortalità nel caso di infezione da SARS-CoV-2 (2).

In Italia, sin dal 2007, vi è una vigile osservazione dell'eccesso ponderale nei bambini grazie al sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE (3) promosso

dal Ministero della Salute, coordinato dall'ISS e in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e le Regioni.

Il DPCM "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie", pubblicato in GU n.109 del 12 maggio 2017, ne ha ratificato l'importanza includendo OKkio alla SALUTE tra i flussi di rilevanza nazionale sotto la titolarità dell'ISS. Attraverso questo sistema di sorveglianza l'Italia partecipa alla raccolta dati *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* della Regione Europea dell'OMS dal suo inizio, svolgendo un ruolo importante nello sviluppo della metodologia adottata e permettendo un confronto con i dati di altri Paesi partecipanti al *network* (4). Ad oggi sono state condotte 6 raccolte dati (nel 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019) e la settima è in corso di svolgimento e si concluderà a giugno 2023.

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

Prevalenza di bambini obesi

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

Validità e limiti. Al fine di avere delle misure oggettive e uniformi di peso e statura su tutto il territorio nazionale, il Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE prevede che i bambini vengano misurati direttamente a scuola da personale formato, con procedure e strumentazioni comuni. L'IMC è utilizzato come indicatore indiretto dello stato di adiposità, mentre per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force (IOTF)* desunti da Cole et al. (5).

Come tecnica di campionamento si utilizza quella a grappolo (con unità la classe), che ha il vantaggio di concentrare il lavoro su un numero limitato di classi anche se i bambini all'interno dei grappoli tendono ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione può sottostimare la reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente è compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, al fine di raggiungere i livelli di precisione desiderati: 3% a livello regionale e 5% per le aziende.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo

disponibile alcun valore di riferimento può essere assunto, come tale, il valore più basso rilevato.

Descrizione dei risultati

Dai dati 2019 di OKkio alla SALUTE, su 45.735 bambini misurati (3) si evince che quelli in sovrappeso (non inclusi gli obesi) sono (utilizzando i *cutoffs* IOTF) il 20,4% (IC 95%: 19,9-20,9%) e gli obesi sono il 9,4% (IC 95%: 9,0-9,7%), compresi i bambini gravemente obesi che rappresentano il 2,4% (IC 95%: 2,3-2,6%). Confrontando le prevalenze di eccesso ponderale (somma di sovrappeso e obesità) in ciascuna regione della prima raccolta dati (2008-2009) con quelle del 2019, si osserva una diminuzione in tutte le regioni, tranne in Calabria, Friuli Venezia Giulia e PA di Trento, dove i valori sono leggermente aumentati (Grafico 1).

In tutte le raccolte dati, si evidenzia una forte variabilità regionale con un gradiente in crescita della prevalenza del fenomeno dal Nord al Sud ed Isole. Nel 2019, la percentuale di bambini in eccesso ponderale (somma di sovrappeso e obesità) è risultata massima in Campania (44,2%) e minima in Valle d'Aosta (14,0%) (3).

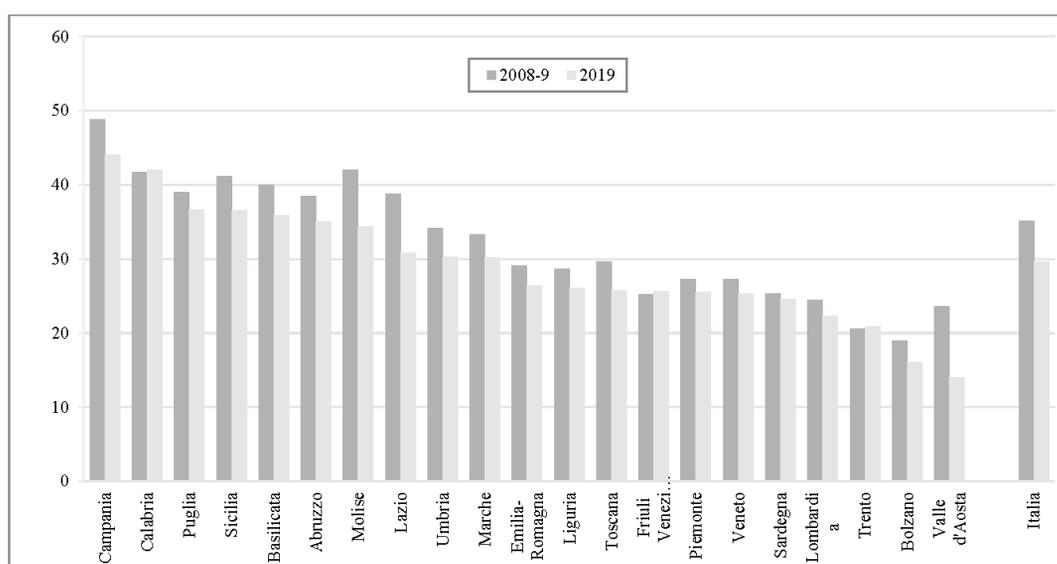




Nell'ambito della COSI, per rappresentare l'eccesso ponderale vengono invece utilizzati i valori soglia dell'IMC sviluppati dall'OMS (6) che sono, specie per i maschi, più bassi di quelli di IOTF e, di conseguenza, a parità di IMC la percentuale dei bambini in sovrappeso o obesi risulta essere più elevata. Dagli ultimi dati COSI pubblicati, relativi alle raccolte avvenute in 36 Paesi della Regione Europea dell'OMS nel 2015-2017 (7) e in 33 Paesi nel 2018-

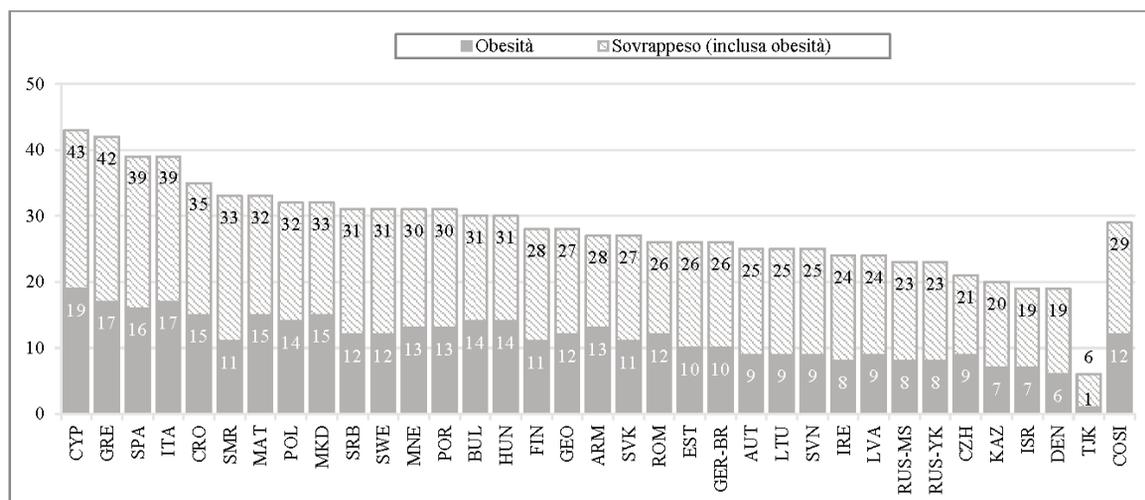
2020 (8), utilizzando la stessa metodologia in bambini di età 7-9 anni, l'Italia è risultata tra i Paesi a più alta prevalenza di sovrappeso e obesità insieme a Cipro, Grecia e Spagna, mentre i Paesi del Nord-Europa e dell'Asia centrale presentano prevalenze più basse (Grafico 2). L'Italia è, comunque, uno dei pochi Paesi che ha mostrato una leggera diminuzione delle prevalenze nel tempo.

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso ed obesi per regione - Anni 2008/2009-2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2022.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di sovrappeso (inclusa obesità) e obesità tra i bambini di età 7-9 anni (valori soglia OMS) per Paese dell'Unione Europea - Anni 2018-2020



Legenda: ARM Armenia, AUT Austria, BUL Bulgaria, COSI Childhood Obesity Surveillance Initiative, CRO Croatia, CYP Cyprus, CZH Czechia, DEN Denmark, EST Estonia, FIN Finland, GEO Georgia, GER Germany-City of Bremen, GRE Greece, HUN Hungary, IRE Ireland, ISR Israel, ITA Italy, KAZ Kazakhstan, LVA Latvia, LTU Lithuania, MAT Malta, MNE Montenegro, MKD North Macedonia, POL Poland, POR Portugal, ROM Romania, RUS-MS Russian Federation-Moscow, RUS-YK Russian Federation-Yekaterinburg, SMR San Marino, SPA Spain, SVK Slovakia, SVN Slovenia, SRB Serbia, SWE Sweden, TKJ Tajikistan.

Fonte dei dati: OMS Regione Europea. "Childhood Obesity Surveillance Initiative". Anno 2022.





Raccomandazioni di Osservasalute

Vista l'entità del problema, continuare a monitorare l'eccesso ponderale dei bambini rappresenta una priorità in Sanità Pubblica ed è il primo passo per la pianificazione di interventi di prevenzione e cura a livello nazionale e regionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization 2022. Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>.
- (2) Yang J, Ma Z, Lei Y. A meta-analysis of the association between obesity and COVID-19. *Epidemiol Infect* 2020;149:e11.
- (3) Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).
- (4) WHO- Regional Office for Europe. Childhood Obesity

Surveillance Initiative (COSI). Disponibile sul sito:

[www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](http://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi)).

(5) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.

(6) De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 660-7.

(7) Spinelli A, Buoncrisiano M, Nardone P, et al. Thinness, overweight, and obesity in 6- to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI 2015-2017. *Obesity Reviews*. 2021; 22 (S6): e13214. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1111/obr>.

(8) WHO. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Report on the fifth round of data collection, 2018-2020. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071.





Attività fisica

Significato. Svolgere attività fisica con regolarità favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici di tipo psicofisico per l'individuo. L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza, ed è associata positivamente allo stato di salute. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1).

Le stime globali sull'attività fisica indicano che un adulto su quattro non raggiunge i livelli globali raccomandati di attività fisica e che più dell'80% della popolazione mondiale adolescente non è sufficientemente attiva (2).

I dati evidenziano, inoltre, che nella maggior parte dei Paesi le donne sono meno attive degli uomini e che ci sono significative differenze nei livelli di attività fisi-

ca tra i diversi Paesi e tra le regioni di uno stesso Paese. Queste differenze possono essere spiegate dalle disuguaglianze nell'accesso alle opportunità di essere fisicamente attivi e che non fanno altro che amplificare ulteriormente le disuguaglianze nello stato di salute. Attualmente, non ci sono stime globali dei comportamenti sedentari, ma di certo l'innovazione tecnologica e lo spostamento verso attività lavorative e ricreative sempre più sedentarie hanno contribuito alla riduzione dell'attività fisica praticata (3). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta. È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (4). A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

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

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat, "Aspetti della vita quotidiana", condotta tra aprile e maggio 2021 su un campione di 198.828 famiglie, per un totale di 45.607 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di età 3 anni ed oltre.

Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica.

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

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone che praticano attività fisica può essere

considerata in riferimento alla regione con i valori più elevati.

Descrizione dei risultati

Nel 2021, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 34,5% della popolazione, pari a circa 20 milioni 137 mila persone. Tra questi, il 23,6% si dedica allo sport in modo continuativo, mentre il 10,9% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 31,7% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 19 milioni 680 mila, pari al 33,7% della popolazione.

I dati di lungo periodo evidenziano fino al 2020 un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 27,1% del 2020). Tuttavia, nel 2021 lo sport continuativo subisce una contrazione (dal 27,1% al 23,6%), mentre aumenta leggermente lo sport saltuario (dal 9,5% al 10,9%) e in misura più decisa la pratica di attività fisica (dal 28,1% al 31,7%). Tale andamento può essere ricollegato al cambiamento negli stili di vita indotto dalle misure di contrasto alla pandemia di COVID-19, che hanno per lungo tempo ridotto la possibilità di svolge-





re attività sportiva strutturata negli ambienti chiusi di palestre, piscine e impianti sportivi (5). Al contrario, la possibilità di poter svolgere attività all'aperto ha, invece, avuto effetti positivi sull'aumento di attività fisiche non strutturate (fare lunghe passeggiate, andare in bicicletta, nuotare etc.) (Tabella 1, Tabella 3).

Malgrado i miglioramenti nel tempo in termini di pratica fisico-sportiva, più di un terzo delle persone (33,7%) ha dichiarato di non praticare sport o attività fisica nel tempo libero (30,3% degli uomini e 36,9% delle donne).

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, verosimilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate (Cartogramma). Le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per l'Abruzzo e la Sardegna dove, rispettivamente, il 35,3% e il 31,9% dichiarano di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono: Campania (20,8%), Calabria (22,5%), Sicilia (23,2%), Molise (23,6%) e Basilicata (24,7%), mentre le regioni settentrionali, in particolare PA di Bolzano (60,4%), PA di Trento (48,1%) e Valle d'Aosta (46,5%) rappresentano le zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport. Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale al trend sinora registrato: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica. In particolare, in Campania e in Sicilia si osservano le quote più elevate di sedentari (rispettivamente, il 52,8% e il 52,2%), seguite da Basilicata (50,0%) Calabria (49,7%), Puglia (47,2%) e Molise (46,2%).

Considerando l'ampiezza demografica dei comuni, i livelli di pratica sportiva sono più elevati nei Comuni in centro e periferie dell'area metropolitana (rispettivamente, il 36,0% e il 35,0%) e nei grandi Comuni

con oltre 10.000 abitanti (circa il 34,5%). Quote meno elevate si hanno, invece, nei piccoli Comuni fino a 2.000 abitanti (30,6%) (dati non presenti in tabella).

L'analisi temporale mette in evidenza come, sebbene nell'arco degli ultimi 20 anni l'attitudine allo sport sia aumentata in tutto il territorio nazionale, il gradiente territoriale tra Centro-Nord e Mezzogiorno continua ad ampliarsi: tra il 2000 e il 2021, infatti, è aumentata di circa il 25% nel Centro-Nord e di quasi il 15% nel Mezzogiorno, incrementando le distanze tra le diverse macroaree del Paese.

Lo sport è un'attività del tempo libero fortemente legata all'età: la passione per lo sport è un tratto distintivo dei più giovani e raggiunge nel 2021 le quote più elevate tra i maschi di età 11-17 anni (il 61,1%, di cui 48,8% in modo continuativo e 12,3% in modo saltuario). Specialmente a partire dai 25 anni le quote diminuiscono progressivamente fino a raggiungere il 7,9% tra gli ultra 75enni.

Nel trend temporale, si evidenzia come tra il 2019 e il 2020 e ancora di più tra il 2020 e il 2021 si sia registrato un forte decremento della pratica sportiva tra i bambini e adolescenti di età 3-17 anni. In queste classi di età tra il 2020 e il 2021 si è osservato un vero e proprio crollo della pratica sportiva specialmente di tipo continuativo, diminuita di circa 15 punti percentuali (dal 51,3% al 36,2%) e compensata soltanto in parte dalla pratica di qualche attività fisica (dal 18,6% al 26,9%), svolta in modo destrutturato e, quindi, al di fuori delle palestre e dei centri sportivi interessati dalle chiusure. La sedentarietà è, infatti, aumentata dal 22,3% al 27,2%.

L'analisi di genere mostra delle forti differenze uomo-donna, con livelli più elevati di pratica sportiva tra gli uomini in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui la quota di praticanti è analoga tra bambine e bambini (15,8% le prime vs il 16,2% i secondi). In tutte le altre fasce di età i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini, anche se nel tempo si registra un incremento favorevole per le donne con conseguenza di una riduzione del *gap* di genere (Tabella 1, Tabella 3).



Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2021

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
2017	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
2018	30,0	11,3	26,9	31,6	0,2
2019	31,2	9,8	27,5	31,5	0,0
2020	32,3	10,4	26,4	30,8	0,1
2021	27,9	11,9	29,9	30,3	*
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
2015	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
2016	20,8	8,3	27,2	43,4	0,3
2017	21,0	7,2	28,9	42,5	0,4
2018	21,7	8,0	30,1	40,0	0,3
2019	22,2	7,0	31,1	39,5	0,1
2020	22,1	8,7	29,7	39,4	0,1
2021	19,6	10,0	33,5	36,9	*



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

53

Tabella 1 - (segue) Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2021

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Totale					
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
2016	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3
2017	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4
2018	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3
2019	26,6	8,4	29,4	35,6	0,0
2020	27,1	9,5	28,1	35,2	0,1
2021	23,6	10,9	31,7	33,7	*

*Indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2021

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	26,0	12,2	31,5	30,2	*
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,5	14,0	33,9	19,6	-
Lombardia	28,0	13,0	36,4	22,6	*
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>46,8</i>	<i>13,6</i>	<i>25,0</i>	<i>14,5</i>	-
<i>Trento</i>	<i>32,9</i>	<i>15,2</i>	<i>39,3</i>	<i>12,5</i>	<i>0,1</i>
Veneto	27,8	14,4	34,4	23,4	-
Friuli Venezia Giulia	24,2	13,4	37,4	25,0	-
Liguria	23,1	13,1	38,6	25,2	-
Emilia-Romagna	28,0	11,0	34,2	26,8	-
Toscana	26,5	12,5	34,0	26,8	0,1
Umbria	23,7	10,7	33,0	32,6	0,1
Marche	25,5	10,7	33,2	30,5	-
Lazio	25,8	9,8	31,8	32,6	-
Abruzzo	23,5	11,8	31,0	33,7	*
Molise	15,4	8,2	30,2	46,2	-
Campania	14,3	6,5	26,3	52,8	0,1
Puglia	17,9	10,6	24,4	47,2	-
Basilicata	16,0	8,7	25,3	50,0	-
Calabria	15,8	6,7	27,9	49,7	-
Sicilia	15,6	7,6	24,6	52,2	..
Sardegna	22,3	9,6	36,4	31,6	-
Italia	23,6	10,9	31,7	33,7	*

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

*Indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2021

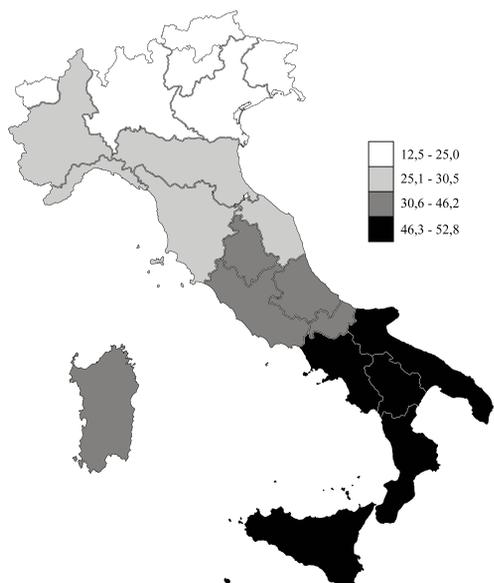


Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e classe di età - Anno 2021

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	10,0	6,2	37,8	46,0	-
6-10	42,7	10,9	21,4	24,3	0,7
11-14	50,2	10,3	21,9	17,6	-
15-17	47,3	14,3	19,6	18,7	*
18-19	42,4	17,4	19,7	20,5	-
20-24	38,7	14,7	23,9	22,6	-
25-34	38,9	15,7	23,6	21,8	0,1
35-44	29,5	13,9	28,1	28,5	-
45-54	26,9	13,4	30,5	29,1	-
55-59	24,1	12,9	33,0	30,0	-
60-64	21,0	13,4	35,8	29,8	-
65-74	16,7	8,1	40,8	34,4	-
75+	8,4	3,6	32,7	55,2	0,1
Totale	27,9	11,9	29,9	30,3	*
Femmine					
3-5	10,4	5,4	33,6	50,6	-
6-10	34,8	9,4	30,3	25,5	-
11-14	41,1	7,9	25,9	25,1	-
15-17	37,0	11,4	30,5	21,0	-
18-19	32,5	14,9	30,3	22,2	-
20-24	37,7	17,6	24,7	19,9	0,1
25-34	26,6	14,9	34,6	23,9	-
35-44	22,5	13,0	33,4	31,2	-
45-54	20,3	13,0	36,5	30,2	-
55-59	16,8	10,9	40,4	31,9	-
60-64	13,7	8,8	41,5	36,0	-
65-74	10,0	5,8	38,4	45,8	-
75+	3,3	2,0	23,2	71,6	-
Totale	19,6	10,0	33,5	36,9	*



Tabella 3 - (segue) *Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e classe di età - Anno 2021*

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Totale					
3-5	10,2	5,8	35,8	48,2	-
6-10	38,8	10,1	25,8	24,9	0,4
11-14	45,7	9,1	23,9	21,3	-
15-17	42,3	12,9	25,0	19,9	*
18-19	37,4	16,2	25,0	21,4	-
20-24	38,2	16,1	24,3	21,4	*
25-34	32,8	15,3	29,0	22,8	*
35-44	26,0	13,4	30,7	29,9	-
45-54	23,6	13,2	33,5	29,7	-
55-59	20,4	11,9	36,8	31,0	-
60-64	17,2	11,0	38,8	33,0	-
65-74	13,2	6,9	39,5	40,4	-
75+	5,3	2,6	27,1	65,0	*
Totale	23,6	10,9	31,7	33,7	*

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

*Indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita ed in grado di ridurre i livelli di sedentarietà insieme agli altri fattori di rischio per la salute, i risultati relativi al biennio 2020-2021 mettono in evidenza elevati livelli di sedentarietà su cui ha pesato la situazione legata alla pandemia di COVID-19 e le restrizioni nella pratica che ne sono conseguite a causa della chiusura per la maggior parte del 2020 e buona parte del 2021 di palestre, centri sportivi e luoghi dove svolgere attività fisico-sportiva. Dall'analisi descritta emerge che quasi quattro persone su dieci sono sedentarie, con un *gap* di genere sfavorevole per le donne. Inoltre, la sedentarietà cresce con l'aumentare dell'età, sebbene nel 2020 e nel 2021 si siano riscontrati soprattutto tra i più piccoli preoccupanti aumenti nel livello di sedentarietà. Tutti questi aspetti sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica. La strategia europea "Guadagnare salute" (6), ad esempio, sostenuta anche dal Piano Nazionale di Prevenzione, è stata avviata in Italia da più di un decennio, per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e dell'obesità e la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro interistituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Il *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030* ha, inoltre, definito 4 Obiettivi strategici e 20 Azioni politiche per ottenere una riduzione relativa del 15% nella prevalenza globale dell'inattività fisica tra gli adulti e gli adolescenti entro il 2030 (7, 10).

Per quanto riguarda le raccomandazioni dell'OMS che stabiliscono le Linee Guida sulle quantità di attività fisico sportiva da praticare per avere effetti positivi sulla salute, a novembre 2020, sono state pubblicate le nuove raccomandazioni globali che hanno sostituito le Linee Guida del 2010 e che si basano sui più recenti progressi negli studi sui comportanti attivi/sedentari in associazione alle loro ricadute sulla salute (8). Tali raccomandazioni sono state fornite, per la prima volta, mettendo in evidenza l'associazione sia dei comportamenti attivi che di quelli sedentari e le ricadute di entrambi questi tipi di comportamento sulla salute. Le Linee Guida del 2020, inoltre, oltre a dare indicazioni sulla quantità di attività fisica (frequenza, intensità e durata) necessaria per offrire significativi benefici per la salute nelle diverse fasce di popolazioni distinte per età (bambini, adolescenti, adulti e anziani), si sofferma anche su altri *target* di popolazione come le donne in gravidanza e dopo il parto e le persone che vivono in condizioni di disabilità o cronicità (9).

Riferimenti bibliografici

- (1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
- (2) World Health Organization (WHO). Physical activity Fact sheet. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity, 5 October 2022.
- (3) Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018; 6 (10): e1077-e86.
- (4) 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.





(5) Istat. Sport, attività fisica, sedentarietà. Statistica today 01 dicembre 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2022/12/Sport-attivita%20fisica-sedentarieta%202021.pdf.

(6) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari”. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007 - Supplemento ordinario n. 119.

(7) World Health Organization. Global action plan on phy-

sical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.

(8) World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.

(9) World Health Organization (WHO). “WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour”. Geneva: World Health Organization; 2020.

(10) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. *Can J Public Health* 2007; 98: S109-S121.



Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il carcinoma della mammella continua ad essere il tumore più frequentemente diagnosticato, rappresentando in Italia il 30% di tutti i tumori nelle donne. Nel 2022, sono stimate circa 55.700 nuove diagnosi di carcinomi della mammella. Con una stima della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi dell'88% e della probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi del 91%, si stima che oggi siano 834.200 i casi prevalenti, ovvero le donne viventi con una diagnosi di tumore della mammella. (1).

Una quota rilevante di donne riceve la diagnosi in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening mammografico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei LEA. Il Ministero della Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone a mammografia, a scopo preventivo, ma su

iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati.

Il sistema "PASSI" rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

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

In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio 2020-2021, stimati su un campione complessivo di 8.294 donne di età 50-69 anni. La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto non trascurabile sull'offerta dei programmi di screening e sulla partecipazione dei cittadini agli stessi (fuori o dentro i programmi organizzati). Per questa ragione si è scelto di presentare i dati più aggiornati disponibili riferendosi al solo biennio pandemico 2020-2021, pur fornendo comunque una descrizione degli andamenti temporali dal 2008.

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

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

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

A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata. Anche se questo è stato verificato in contesti diversi dall'Italia, questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati.

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

per regione e opportunamente pesati.

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

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

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



mografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare in parte l'adesione a quest'ultimi che, invece, garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico di qualità.

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2020-2021 il 49% della popolazione *target* femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 21% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (ovvero fuori dei programmi di screening organizzati).

Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono essenzialmente determinate dalle differenze nelle coperture dello screening organizzato più elevate al Nord (63%), meno al Centro (57%) e ancor più bassa al Sud e nelle Isole (35%); di contro la geografia dello screening mammografico spontaneo è più bassa al Nord (16%) e maggiore al Centro (22%) e nel Meridione (23%), senza tuttavia riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato (Grafico 1).

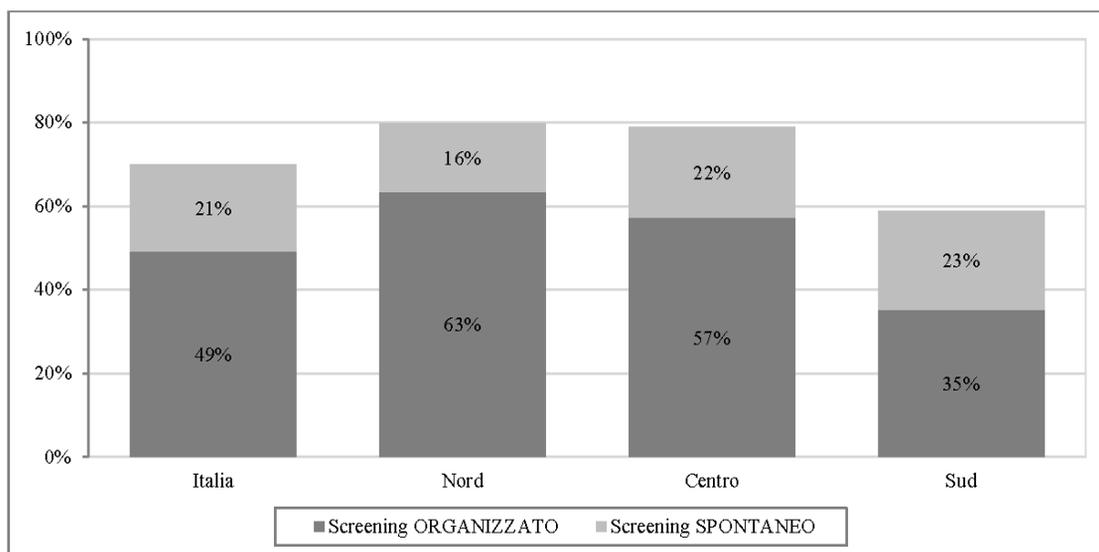
Nel tempo è aumentata significativamente la copertura totale dello screening mammografico in tutto il Paese, sostenuta, principalmente, dall'aumento dell'offerta dei

programmi organizzati; tuttavia, mentre nelle regioni del Meridione, dove l'offerta di programmi organizzati è distante dai valori ottimali, continua ad aumentare anche la copertura dello screening spontaneo, nelle regioni del Nord (come in alcune del Centro), che hanno raggiunto buone coperture dello screening organizzato, va riducendosi la quota di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea.

L'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia da COVID-19 ha, tuttavia, lasciato il segno e si è tradotta, da una parte, in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 si osserva il rallentamento del trend in crescita della copertura dello screening mammografico che si andava registrando negli anni precedenti (come accade per gli altri screening oncologici), in particolare il ricorso allo screening su iniziativa spontanea tende ad aumentare soprattutto nelle regioni meridionali.

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le donne di età 50-59 anni (24% vs 17% fra le donne di età 50-69 anni), tra le più istruite (31% fra le laureate vs 10% tra le meno istruite) e tra quelle che riferiscono di non aver difficoltà economiche (23% vs 16% di chi riferisce di avere molte difficoltà).

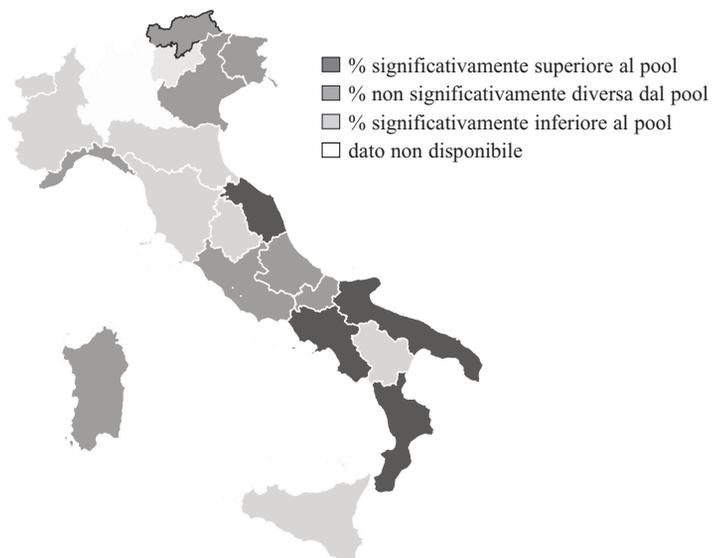
Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2020-2021



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2022.

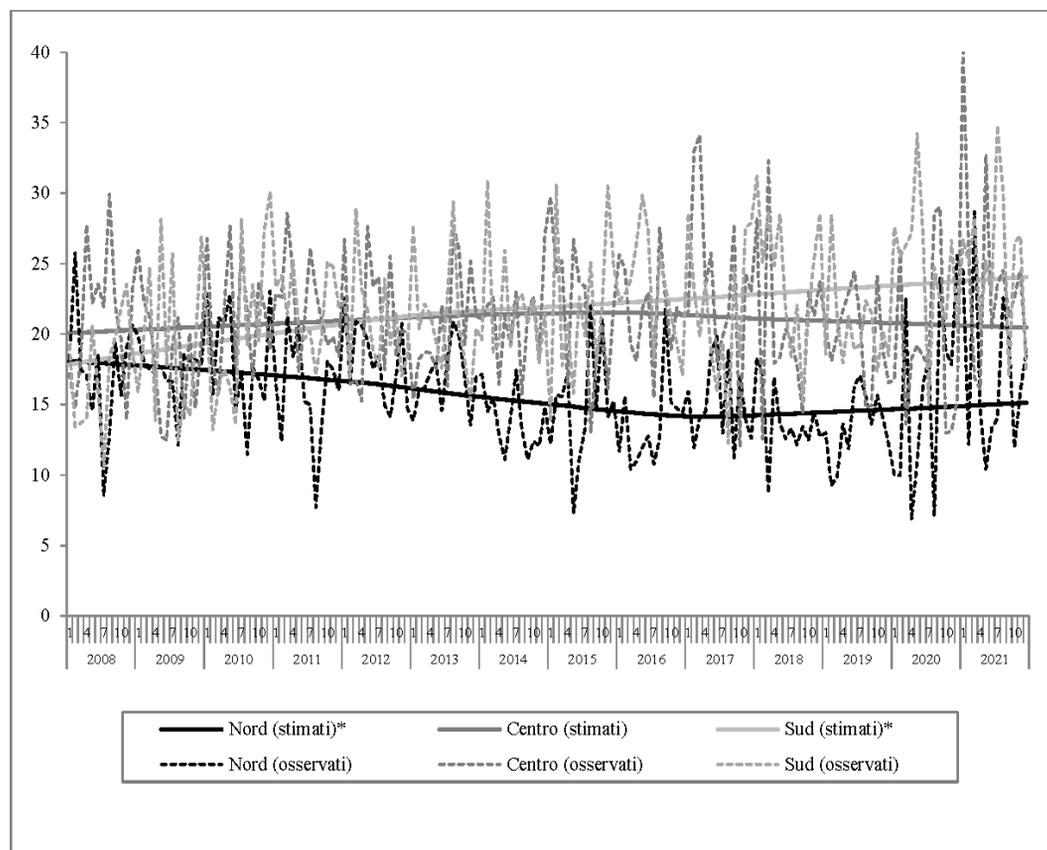


Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2020-2021



Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2021



* $p < 0,05$.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2022.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2020-2021, più di otto donne su dieci, di età 50-69 anni, dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della mammella fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening mammografico con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati, sia su iniziativa spontanea. Infatti, il 34% delle donne, di età 50-69 anni, si sottopone a screening mammografico nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo stata raggiunta da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale al 63% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a mammografia preventiva, al 73% fra le donne che hanno ricevuto la

lettera di invito da parte delle ASL e raggiunge l'81% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, può certamente contribuire ad aumentare la quota di donne che si sottopone a test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2022. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP, (Ultimo accesso 10 febbraio 2023). Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf.





Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Il tumore alla cervice uterina è curabile se riconosciuto precocemente ed adeguatamente trattato, ma anche prevenibile attraverso la protezione dall'infezione da HPV.

L'infezione da HPV è l'infezione sessualmente trasmessa più diffusa ed è connessa all'insorgenza di diversi tumori in molti distretti, sia fra gli uomini che fra le donne. Sebbene la maggior parte delle infezioni da HPV decorra in maniera transitoria e asintomatica (il 60-90% delle infezioni, sia da genotipi oncogeni che non oncogeni, si risolve spontaneamente nell'arco di 1-2 anni dal contagio) la persistenza dell'infezione può determinare l'insorgenza di lesioni benigne e maligne della cute e delle mucose e si stima sia responsabile del 97% dei tumori della cervice uterina. Per queste ragioni la vaccinazione anti-HPV è al centro della strategia internazionale dell'OMS "Call for action" per l'eliminazione del cancro della cervice uterina ed è grazie alla vaccinazione anti-HPV e alle campagne di screening per la diagnosi precoce che l'incidenza e la mortalità si sono ridotte nel tempo.

Tuttavia, il trend in riduzione non può essere confermato nei Paesi in via di sviluppo a causa delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e agli interventi di prevenzione; così, a livello globale, il tumore della cervice uterina resta il quinto tumore più comune, con tassi di incidenza, prevalenza e mortalità che variano moltissimo fra i Paesi ad alto e basso reddito. L'OMS stima tassi di incidenza standardizzati per età che variano dal 10 per 100.000 e 75 per 100.000 donne, nei Paesi ad alto reddito e basso reddito, rispettivamente, e percentuali di donne con carcinoma della cervice uterina che muoiono a causa della malattia del 30% nei primi e del 60% nei secondi.

Nella Regione europea il tumore della cervice uterina

rappresenta la nona causa di cancro femminile ed è il secondo tumore più comune nelle donne di età 15-44 anni, ma anche all'interno della Regione europea la variabilità, in termini di incidenza e mortalità, è molto ampia, con un *range* che va da valori <5 per 100.000 donne nei Paesi dell'Europa occidentale a valori >20 per 100.000 in quelli dell'Europa orientale (1).

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

Il sistema "PASSI" rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio pandemico 2020-2021, stimati su un campione complessivo di 15.527 donne di età 25-64 anni.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto non trascurabile sull'offerta dei programmi di screening e sulla partecipazione dei cittadini agli stessi (fuori o dentro i programmi organizzati). Per questa ragione si è scelto di presentare i dati più aggiornati disponibili riferendosi al solo biennio pandemico 2020-2021, pur fornendo comunque una descrizione degli andamenti temporali dal 2008.

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

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

Validità e limiti. In contesti diversi da quelli italiani, i dati riferiti sono stati più volte confrontati a quelli registrati (in archivi delle prestazioni, diari clinici etc.), ed è stato verificato che i dati auto riferiti sono dotati di elevata sensibilità. Un certo numero di donne che non ha effettuato test di screening per la diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero negli ultimi 3 anni, dichiara di averlo fatto (moderata specificità). Questo fenomeno è attribuito all'effetto "telescopi-

co", per cui l'intervistata ricorda di essersi sottoposta al test più recentemente di quanto sia accaduto, oppure al fatto che la donna ritiene erroneamente che, nel corso di una visita ginecologica, sia stato effettuato anche un test di screening preventivo. A causa della specificità non ottimale, la copertura potrebbe essere sovrastimata, anche se questo non è stato verificato in contesti italiani. Questa possibile sovrastima deve essere tenuta presente quando si interpretano i dati. Va





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

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

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

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2020-2021 il 47% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 31%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Nord e nel Centro la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina

nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (60% vs 25% nel Nord e 53% vs 32% nel Centro); nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (34%) e confrontabile con la quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (Grafico 1).

Nel tempo è aumentata significativamente la copertura totale dello screening cervicale in tutto il Paese, sostenuta principalmente dall'aumento dell'offerta e dell'adesione ai programmi organizzati; di contro, si riduce il ricorso allo screening su iniziativa spontanea e questo accade tanto più velocemente lì dove aumenta il ricorso allo screening organizzato.

L'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID-19 ha, tuttavia, lasciato il segno e si è tradotta, da una parte, in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 la copertura totale dello screening cervicale (come accade per gli altri screening oncologici) subisce una significativa riduzione. Il ricorso allo screening cervicale su iniziativa spontanea solo in parte è riuscito a compensare questa riduzione e in alcune aree del Paese si arresta il trend in riduzione della copertura dello screening su iniziativa spontanea.

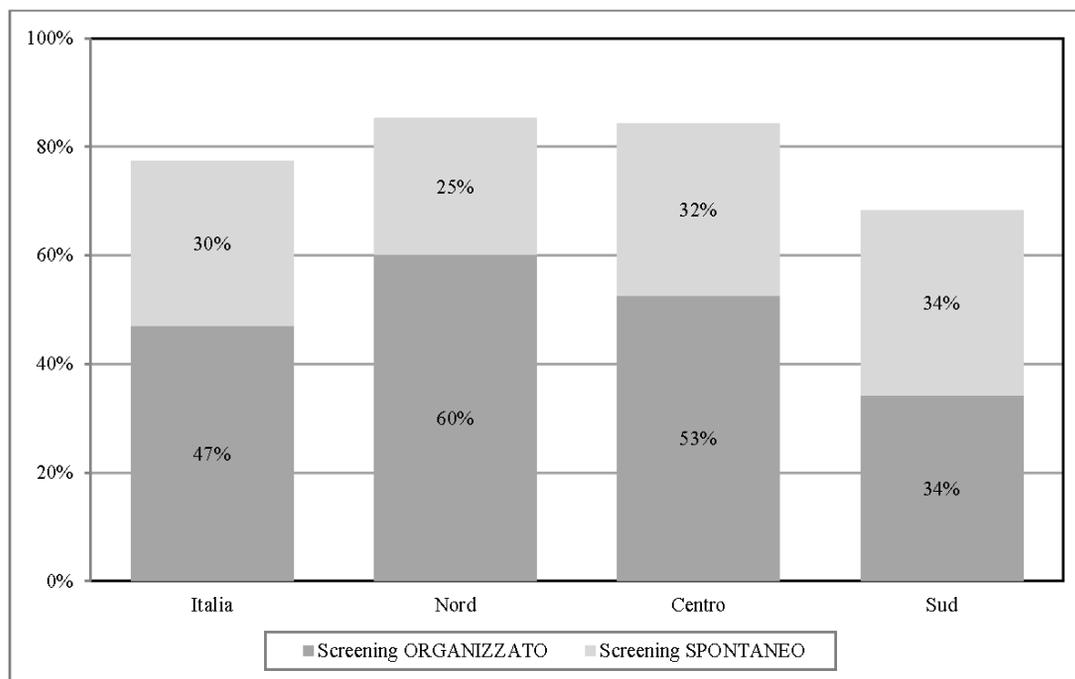
La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore nella fascia di età 35-49 anni (36%) e tra le più istruite (37%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche: è pari al 33% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica, mentre scende al 23% fra quelle con molte difficoltà economiche.




FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

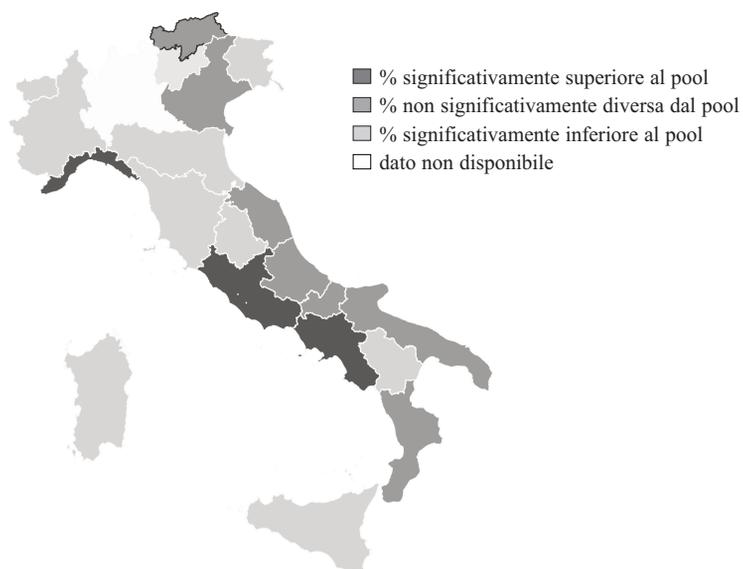
63

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2020-2021



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2022.

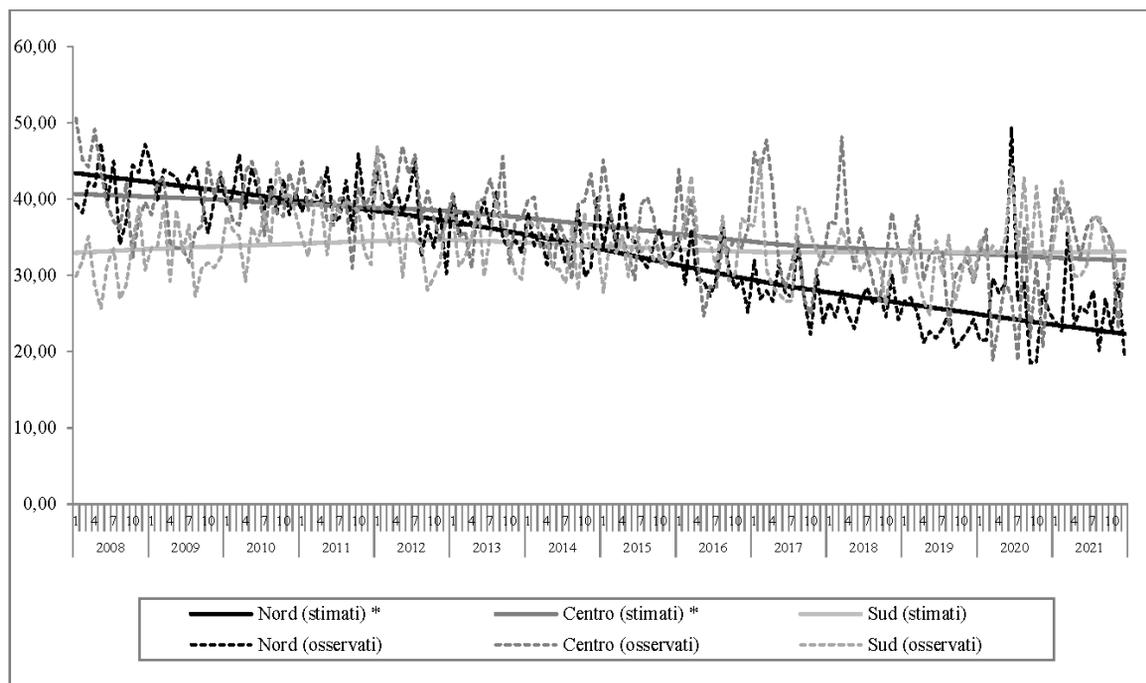
Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2020-2021



Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.



Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2021



* $p < 0,05$.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2020-2021, l'84% delle donne di età 25-64 anni dichiara di essere stata raggiunta da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening cervicale con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati, sia su iniziativa spontanea. Infatti, il 41% delle donne di età 25-64 anni, si sottopone a screening cervicale nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo state raggiunte da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale all'81% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL e all'80% fra chi ha ricevuto il consiglio da parte di un medico di sotto-

porsi a screening cervicale, ed aumenta fino al 88% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano alle donne di fare prevenzione, può certamente contribuire ad aumentare la quota di donne che si sottopone a test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2022. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP. (Ultimo accesso 10 febbraio 2023). Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf.



Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto è uno dei tumori più frequenti nella popolazione italiana, secondo solo al tumore della mammella per incidenza complessiva (1); la diagnosi precoce, però, insieme al progresso dei trattamenti hanno prodotto un significativo miglioramento nelle percentuali di guarigione e nella sopravvivenza di questa patologia neoplastica.

Nel 2022, sono state stimate circa 48.100 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (26.400 uomini e 22.100 donne) e nel 2021 si stimano 21.700 decessi (11.500 uomini e 10.200 donne) per questa neoplasia. La mortalità per tumore del colon-retto si è ridotta del 13,6% negli ultimi 6 anni (dal 2015) e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è andata aumentando; oggi si stima una probabilità di sopravvivenza netta a 5 anni pari al 65% negli uomini e 66% nelle donne e una probabilità di vivere ulteriori 4 anni, condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi, pari al 77% per gli uomini e 79% per le donne. Oggi, in Italia, si stima siano 513.500 le persone viventi dopo una diagnosi di tumore del colon-retto (280.300 uomini e 233.200 donne) (1).

La ricerca di Sangue Occulto nelle Feci (SOF) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) sono i principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici e lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con la conseguente riduzione della mortalità.

Per questa ragione, il Ministero della Salute racco-

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

Il sistema "PASSI" rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio 2020-2021, stimati su un campione complessivo di 14.699 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL Piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto non trascurabile sull'offerta dei programmi di screening e sulla partecipazione dei cittadini agli stessi (fuori o dentro i programmi organizzati). Per questa ragione si è scelto di presentare i dati più aggiornati disponibili riferendosi al solo biennio pandemico 2020-2021, pur fornendo comunque una descrizione degli andamenti temporali dal 2010.

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

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

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

In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni, seguendo l'indicazione del *Behavioural Risk Factor Surveillance System*. Sono state escluse le persone che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".

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





l'interpretazione di questo dato. L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità delle persone nella fascia di età 50-69 anni sia invitata a eseguire lo screening e lo esegua nei tempi consigliati.

Descrizione dei risultati

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2020-2021, il 44% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori coloretali.

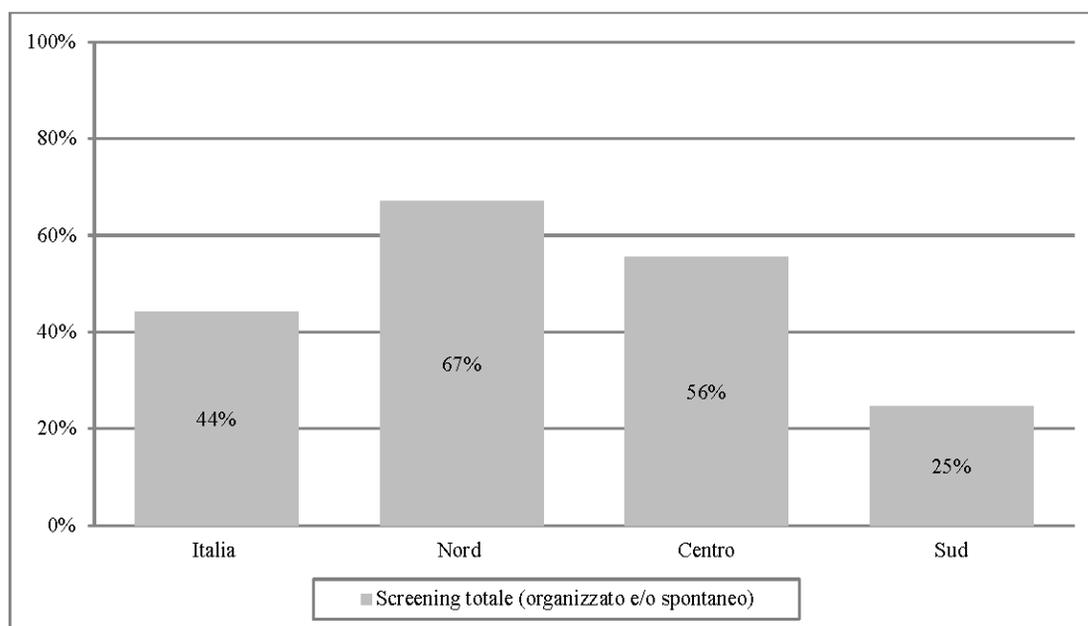
Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), ma è significativamente più basso fra i residenti del

Centro (56%) e del Sud ed Isole (25%). Ampia la variabilità fra regioni: il dato più elevato di copertura si registra in Friuli Venezia Giulia con il 73%, quello più basso in Calabria con il 10% (dati standardizzati per genere ed età).

Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato. Tuttavia, l'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID-19 si è tradotta in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 si osserva l'interruzione del trend in crescita della copertura dello screening coloretale che si andava registrando negli anni precedenti (come accade per gli altri screening oncologici).

Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra la popolazione di età 60-69 anni (49% vs 40% fra i 50-59 anni), nelle persone più istruite (49% fra i laureati vs 33% in persone senza titolo di studio o con licenza elementare), tra le persone senza difficoltà economiche (50% vs 31% fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (44% vs 38%).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2020-2021



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

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2022.



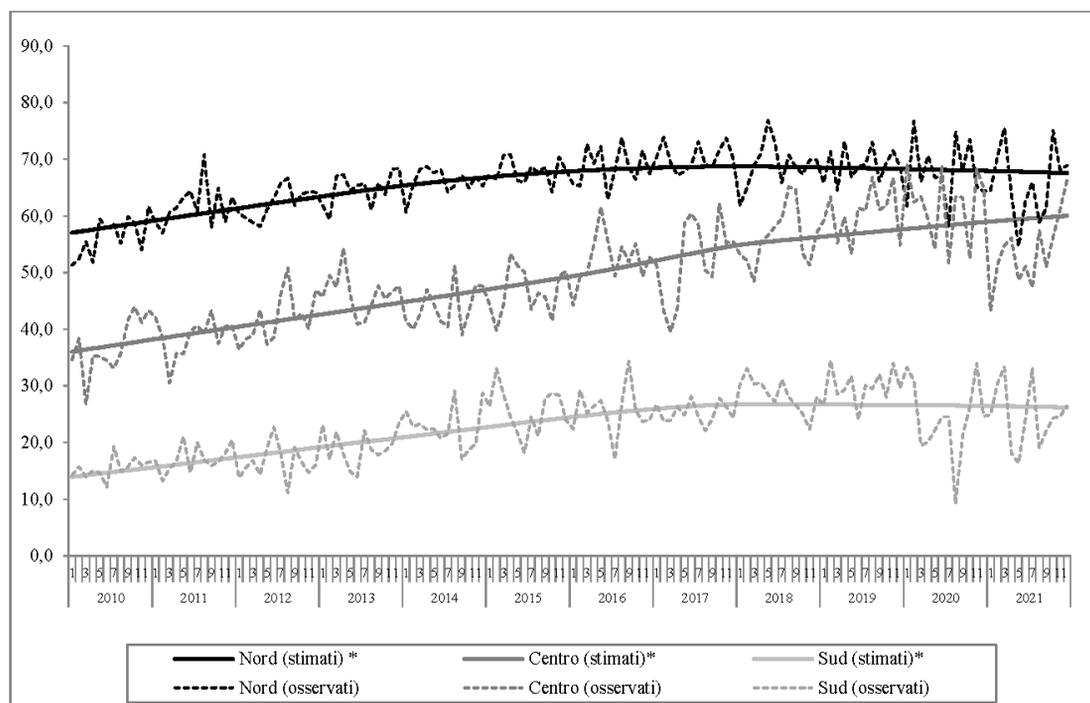


Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2020-2021



Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2021



* $p < 0,05$.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) sui dati osservati mensili. Anno 2022.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nel biennio 2020-2021, meno di sette persone su dieci di età 50-69 anni sono state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto fra la lettera di invito della ASL, il consiglio medico o una campagna informativa. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti, ma la lettera di invito della ASL e il consiglio medico sono i più efficaci, e in particolar modo se combinati: fra chi non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione, il 4% si sottopone alla ricerca del SOF, mentre fra coloro che hanno ricevuto la lettera di invito da parte della ASL più della metà (56%) si sottopone alla ricerca del SOF e questa quota sale al 68% fra chi ha ricevuto, oltre alla lettera, anche il consiglio del proprio medico o di un

operatore sanitario.

La lettera di invito da parte della ASL da sola non è sufficiente a garantire una buona adesione ai programmi di screening, molto importante è il consiglio del proprio medico o di un operatore sanitario.

Promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte ad operatori sanitari, affinché attivamente suggeriscano di fare prevenzione diventa prioritario.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2022. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP. (Ultimo accesso 10 febbraio 2023). Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf.





Preparazione di una review sulle pubblicazioni italiane relative all'alimentazione nel periodo del *lockdown*

Dott.ssa Aida Turrini

L'alimentazione è un fondamentale determinante della nutrizione e, quindi, della salute umana. È un legame diretto attraverso l'assunzione bilanciata di nutrienti e la salubrità della dieta dovuta all'igiene degli alimenti, ma anche indiretto attraverso l'impatto ambientale della dieta (1).

Le crisi socio-economiche e sanitarie possono avere impatto sulle abitudini alimentari e lo stile di vita in generale, soprattutto sull'attività fisica, che permette un dispendio energetico che controbilancia l'introito calorico e permette il mantenimento di un buono stato di nutrizione (2).

In Italia, l'impatto del *lockdown* adottato per fronteggiare la pandemia di COVID-19, è stato analizzato attraverso numerosi studi, condotti con la metodica *Computer-Assisted Web Interviews* (3). Nel Rapporto Osservasalute 2021 sono stati pubblicati tre contributi di interesse su sport e attività fisica (4), abitudini alimentari e filiere resilienti (5), confronti fra fase I e II della pandemia (6).

L'idea del presente *Box* è di indicare le pubblicazioni italiane sull'argomento "alimentazione e COVID-19" in Italia. Le pubblicazioni possono costituire un primo nucleo di analisi che può essere utilizzato come pre-screening per eventuali *review* approfondite con parole chiave più specifiche.

Una delle difficoltà della ricerca sistematica in letteratura è quella di individuare le combinazioni di parole chiave da usare. La classificazione per aree di riferimento delle pubblicazioni può aiutare a razionalizzare il processo di individuazione e selezione. Inoltre, questo tipo di revisioni è in gran parte in lingua inglese, per cui partire dalle pubblicazioni in lingua italiana può aiutare anche a tracciare un quadro dei filoni di ricerca attivati (e quelli eventualmente da attivare). L'approccio qui utilizzato potrà essere replicato anche per le pubblicazioni in lingua inglese.

La ricerca bibliografica è stata effettuata nelle pagine in italiano su *Google Scholar* e, per i Report, sul motore di ricerca *Google* e la ricerca con riferimento ai principali Enti che conducono ricerche sulle abitudini alimentari. Il numero di risultati per parole chiave è riportato in Tabella 1.

La prima pagina di ciascuna ricerca è stata utilizzata per identificare le pubblicazioni che sono state riportate in Appendice A (www.osservatoriosullasalute.it), suddivise per settore di ricerca: (a) abitudini alimentari, (b) area sanitaria (clinica, epidemiologia e servizi), (c) normativa, (d) istruzione ed educazione, (e) sistema agroalimentare, (f) ristorazione, (g) area socio-economica, (h) area psicologica; (i) altro argomento, catalogate per tipo di pubblicazione, pagina del risultato della ricerca, parole chiave ed alcune note esplicative. Nel gruppo "altro argomento" sono riportate anche le pubblicazioni non inerenti, incluse quelle che contengono alcune parole chiave, ma non si riferiscono alla pandemia specifica, per fornire un'idea di quanto può essere identificato con le parole chiave utilizzate. Pur con le chiavi in italiano troviamo pubblicazioni in inglese. Complessivamente, si annoverano 49 articoli, 37 tesi e 24 diverse tipologie di pubblicazioni (Rapporto, Linee Guida, Progetto, *website* e altro).

A completamento della panoramica abbiamo i Rapporti pubblicati da Enti pubblici non rilevati attraverso la ricerca nelle prime pagine in italiano di *Google Scholar* (Tabella 2).

Considerando gli articoli selezionati perché incentrati sui modelli di consumo alimentare, Appendice A-sottoinsieme (a), una revisione complessiva potrà partire dai risultati dei Report nazionali che forniscono un quadro generale e verificare se tutti i lavori riguardanti i modelli di consumo alimentare concordano nelle conclusioni principali che vedono un impatto rilevante del *lockdown* sulle abitudini alimentari, sia in un senso che nell'altro, con differenziazioni tra diversi gruppi, e gli effetti sullo stato di nutrizione, ma anche su argomenti correlati come lo spreco alimentare. Poco o nulla è stato investigato sulla salubrità degli alimenti; quindi, non si sono potute trarre indicazioni su esposizione a contaminanti di varia natura. Il lavoro dovrà essere completato con le pubblicazioni contenute in altre pagine in italiano e la ricerca tra gli articoli in inglese da selezionare appositamente.

Tabella 1 - Parole chiave e numero di risultati in Google Scholar IT-pagine in italiano - Aggiornamento al 04 febbraio 2023

Parole chiave	Google Scholar IT
Abitudini alimentari COVID-19	4.860
Abitudini alimentari emergenza COVID-19	3.170
Abitudini alimentari <i>lockdown</i>	1.980
Abitudini alimentari pandemia	9.860
Abitudini alimentari SARS-CoV-2	821
Alimentazione COVID-19	5.090
Alimentazione emergenza COVID-19	2.880
Alimentazione <i>lockdown</i>	1.410
Alimentazione pandemia	9.270
Alimentazione SARS-CoV-2	954
Consumi alimentari COVID-19	7.000
Consumi alimentari emergenza COVID-19	4.590
Consumi alimentari <i>lockdown</i>	2.570
Consumi alimentari pandemia	12.500
Consumi alimentari SARS-CoV-2	1.090
Dieta COVID-19	3.010
Dieta emergenza COVID-19	1.440
Dieta <i>lockdown</i>	761
Dieta pandemia	6.910
Dieta SARS-CoV-2	637

Tabella 2 - Rapporti su alimentazione durante il lockdown in italiano - Aggiornamento 04 febbraio 2023

Citazioni	Link
Grant F, Scalvedi ML, Scognamiglio U, Turrini A, Rossi L. L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulle abitudini alimentari degli italiani nel periodo della quarantena marzo-aprile 2020. Roma, CREA Alimenti e Nutrizione 2020 ISBN 9788833850962	www.crea.gov.it/en/-/covid-19-come-sono-cambiate-le-nostre-abitudini-alimentari-durante-il-lockdown-
Istat, Indagine Diario della giornata e attività ai tempi del COVID-19. Anno 2021	www.istat.it/it/archivio/264633
Publications ISA - related to Corona Virus Disease-19 (COVID-19) Alimentazione durante l'emergenza COVID-19	www.isa.cnr.it/web/?p=6700 www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-alimentazione
Analisi di mercato - Report Emergenza COVID-19 - ISMEA	www.ismea.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/ID/Pagina/11036
Rondinelli C e Zanichelli F (2021) Principali risultati della terza edizione dell'indagine straordinaria sulle famiglie italiane nel 2020 (bancaditalia.it)	www.bancaditalia.it/pubblicazioni/note-covid-19/2021/2021.03.30_Nota_Covid_principali_risultati_3a_ed_in_d_straord_famiglie_italiane_2020.pdf

Riferimenti bibliografici

- (1) Turrini A. Perspectives of Dietary Assessment in Human Health and Disease. *Nutrients* 2022; 14 (4): 830. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.3390/nu14040830>.
- (2) A cura del gruppo di esperti del Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) (2019): Linee Guida per una sana alimentazione 2018. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018.
- (3) Vaccaro CM, Capozzi A, Ettore G, Bernorio R, Cagnacci A, Gambacciani M, Coletta V, Maffei S, Nappi RE, Scambia G, Viora E, Lello S. What women think about menopause: An Italian survey, *Maturitas*, 2021; 147; 47-52. ISSN 0378-5122. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.03.007>. (www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512221000426)
- (4) Bologna E, Sport e attività fisica durante un giorno medio della fase I e II dell'emergenza sanitaria da COVID-19, Rapporto Osservasalute 2021, Capitolo Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione, 72-73.
- (5) Gioia, M. (2021). Abitudini alimentari e filiere resilienti nel lockdown da COVID-19. *Rivista di diritto alimentare*, (1).
- (6) Tinto A, abitudini alimentari durante la fase I e II della pandemia di COVID-19. Rapporto Osservasalute 2021, Capitolo Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione.



Servizio “Telefono Verde contro il Fumo”

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

Il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) - 800554088, attivo presso il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'ISS, è un servizio di *counselling* telefonico, uno strumento di prevenzione e promozione della salute che rientra tra gli approcci *population wide* raccomandati dall'OMS (1) per favorire il contrasto al tabagismo, diffondere una migliore consapevolezza e conoscenza del fenomeno e supportare i fumatori nella cessazione.

Il Servizio, nazionale, anonimo e gratuito, si rivolge in particolare ai fumatori, ai loro familiari e agli ex fumatori a rischio ricaduta. Si compone di un'*équipe* di ricercatori psicologi che, attraverso la metodologia del *counselling* telefonico, motivano e sostengono gli utenti nell'intraprendere percorsi di cambiamento e adottare scelte salutari promuovendo l'attivazione di risorse personali, familiari e territoriali.

Ogni telefonata si caratterizza per un intervento professionale diversificato e personalizzato da parte dell'*équipe*, dove l'accoglienza, l'informazione e il sostegno alla motivazione a smettere di fumare si configurano elementi salienti e imprescindibili della relazione di aiuto tra l'esperto e l'utenza.

Il Servizio, inoltre, offre informazioni di carattere sanitario e legislativo e orienta i fumatori che desiderano smettere di fumare verso i Centri Anti Fumo (CAF). È anche impegnato in interventi di sensibilizzazione e promozione della salute e in attività di divulgazione tramite produzione e diffusione di materiale scientifico e informativo.

Nell'ottica di favorire la continuità con il sistema di cura e facilitare l'orientamento dei cittadini sul territorio, il TVF sostiene la rete dei CAF (afferenti al SSN, al privato sociale e alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) che offrono interventi specialistici di disassuefazione e trattamenti integrati erogati da *équipe* multidisciplinari.

Poiché il prerequisito che rende un percorso di cessazione efficace è la sua adattabilità ai bisogni e alle specifiche esigenze del singolo individuo, il Servizio oltre l'orientamento verso i CAF offre al cittadino altri strumenti di cessazione: materiali di *self-help* (disponibili gratuitamente in modalità cartacea e digitale) e percorsi di *counselling* telefonico per accompagnare il fumatore nella cessazione, o supportarlo in caso di una ricaduta. Sulla base di un modello di riferimento fornito dall'OMS (2), il percorso di *counselling* telefonico prevede da 5 a 8 sessioni di *counselling* e può essere proposto nella modalità reattiva o proattiva: nella prima il fumatore contatta il Servizio nel giorno prestabilito sulla base di un calendario concordato; nella seconda il fumatore è preso in carico da uno psicologo dell'*équipe* che, sempre sulla base di un calendario di appuntamenti telefonici concordati, contatta l'utente. Il percorso di *counselling* telefonico, basato sulla metodologia cognitivo comportamentale con la quale si aiuta l'utente a riflettere sulle proprie abitudini al fumo e ad acquisire strategie per far fronte alla voglia di fumare, combina elementi di *problem solving* e strategie di *coping* con elementi di supporto emotivo e motivazionale.

Per sensibilizzare e motivare un ampio numero di fumatori, tra cui giovani e adolescenti, a smettere di fumare e avere un accesso più rapido alle informazioni e un ruolo più attivo nei processi decisionali che riguardano il proprio benessere, l'*équipe* del TVF ha sviluppato, con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM, la piattaforma *web* Smettodifumare (3).

La piattaforma nasce con l'obiettivo di sensibilizzare i fumatori alla cessazione, indicando percorsi che meglio rispondono alle loro necessità e offrire, a coloro che hanno deciso di smettere di fumare, informazioni, sostegno concreto e strategie utili per abbandonare la sigaretta anche in autonomia.

La piattaforma, oltre alla mappa geolocalizzata dei CAF presenti sul territorio, offre la Guida Smetto di Fumare! (scaricabile o fruibile direttamente *online*) (4). La Guida si propone di accompagnare il fumatore in un percorso di cambiamento che si compone di tre fasi: preparazione, cessazione e mantenimento; per ciascuna di queste fasi fornisce test, strumenti e consigli che consentono di apprendere, pianificare e monitorare le diverse tappe della cessazione.

Navigare all'interno della piattaforma consente, inoltre, di ottenere informazioni sul tabagismo ed i suoi effetti sulla salute, sui benefici della cessazione a breve, medio e lungo termine, nonché sui rischi dell'esposizione al fumo passivo.

Il sito, infine, consente di valutare le proprie conoscenze riguardo a diversi aspetti del fenomeno come i rischi per la salute propria e dell'ambiente, i processi della dipendenza e della cessazione, i contenuti dei prodotti consumati e la normativa vigente.



Dati dell'attività del Telefono Verde contro il Fumo nel 2021

Il TVF nell'ultimo decennio è stato interessato da due interventi legislativi che ne hanno favorito la visibilità e l'accessibilità da parte del cittadino:

- Decreto del 25 ottobre 2012 del Ministero della Salute, il quale dispone che il numero 800.554088 compaia a rotazione sull'etichettatura dei prodotti del tabacco (5);
- Decreto Legislativo n. 6 del 12 gennaio 2016, il quale sancisce che il Numero Verde debba essere riportato su tutti i pacchetti di sigarette e prodotti del tabacco (6).

Per effetto dei Decreti le telefonate sono aumentate in maniera esponenziale tanto che dal 2012 il pacchetto di sigarette è diventato la principale fonte di conoscenza del Servizio. Dall'inizio della sua attività il TVF ha gestito circa 98.000 telefonate. Nel 2021 il TVF ha preso in carico 8.322 telefonate provenienti prevalentemente da fumatori (93%); non sono mancate le telefonate di familiari (6%) che hanno chiesto aiuto per i propri cari e di ex-fumatori e professionisti del mondo della salute e della scuola (1%).

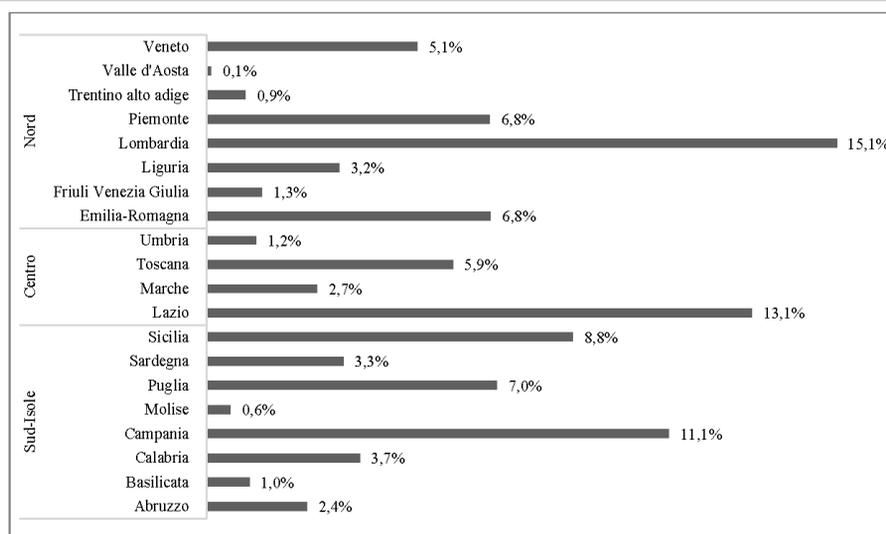
I contatti registrati sono pervenuti da tutte le regioni, con una maggiore frequenza per Lombardia (15,1%), Lazio (13,1%) e Campania (11,1%) (Grafico 1). Tra i fumatori, due utenti su tre sono uomini (68% vs 32% donne) e, in virtù dell'ampia accessibilità del Numero Verde, tutte le fasce di età risultano rappresentate: ≤18 anni (8%), 18-25 anni (15%), 26-35 anni (10%), 36-45 anni (10%), 46-55 anni (15%), 56-65 anni (15%), 66-75 anni (12%), >75 anni (4%). I fumatori consumano quasi esclusivamente sigarette confezionate (95%), ma con l'immissione sul mercato di nuovi prodotti consultano il Servizio anche i consumatori di sigaretta a tabacco riscaldato e sigaretta elettronica (2,3%) con la richiesta specifica di informazioni relative ai rischi per la salute per l'utilizzo degli stessi.

Le richieste principali dei fumatori attengono all'aiuto per smettere di fumare (96%), anche in virtù di precedenti tentativi di cessazione risultati fallimentari, e informazioni relative ai CAF (24%) (Grafico 2).

Ogni chiamata gestita dagli esperti del TVF si qualifica come un intervento di *counselling* telefonico personalizzato caratterizzato da ascolto attivo, empatia e sospensione del giudizio da parte del professionista, abilità che consentono di individuare il reale problema della persona e valutare insieme a lei le soluzioni più adeguate. Con tali premesse, gli esperti del Servizio nel 2021 hanno offerto principalmente interventi di *counselling* (64,4%), finalizzati a motivare gli utenti verso scelte salutari, a supportare i fumatori nel percorso di cessazione o a sostenerli nel caso di tentativi già in corso; orientamento presso i CAF (63,0%); informazioni sulla salute (38,5%), per fornire informazioni sui danni che il fumo arreca alla salute ma anche sui molteplici e noti benefici dello smettere di fumare; materiali di *self-help* (37,8%), proposti perché forniscono primi spunti di riflessione sulla propria motivazione al cambiamento e consigli per avviarlo ma utili soprattutto ai fumatori che desiderano abbandonare la sigaretta in autonomia.

Il Servizio TVF, anonimo e gratuito, è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 16:00; è raggiungibile anche attraverso gli indirizzi *e-mail* dedicati (*telefono.dipendenze@iss.it* e *tdiplis@iss.it* rivolto alle persone sorde) e i canali social *Facebook*, *Instagram*, *Twitter* e *YouTube* del Centro Nazionale CNDD.

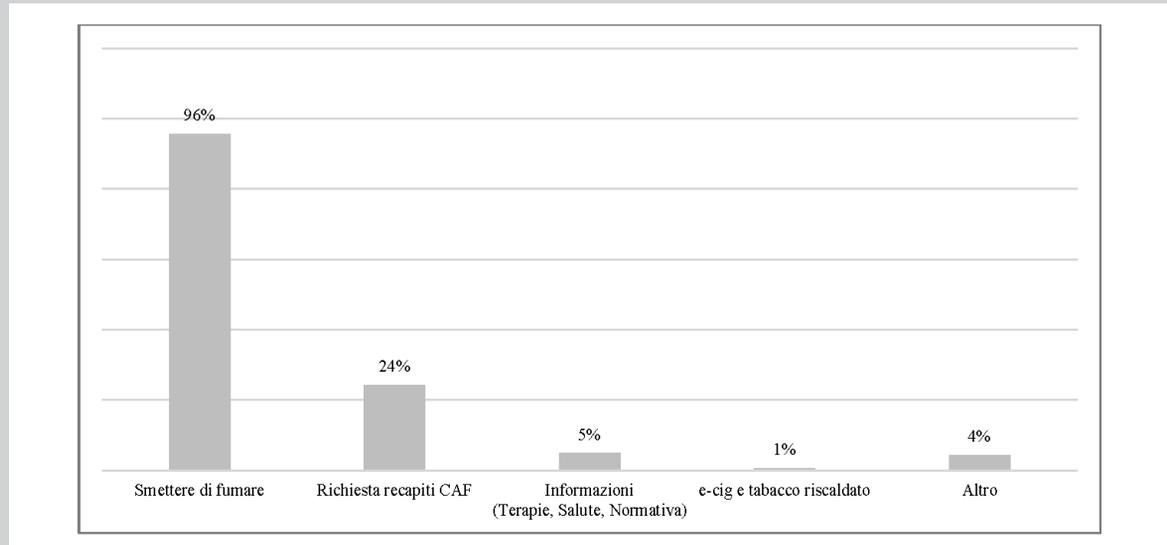
Grafico 1 - Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde contro il Fumo per regione - Anno 2021



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2022.



Grafico 2 - Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde contro il Fumo per tipologia di richiesta - Anno 2021



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2022.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation). Geneva 2010.
- (2) WHO (2011) Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual. Geneva, World Health Organization.
- (3) Disponibile sul sito: <https://smettodifumare.iss.it/it>.
- (4) Disponibile sul sito: <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Guida-Smetto-di-Fumare-A5-V07.pdf>.
- (5) Decreto 25 ottobre 2012. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2012/11/23/274/sg/pdf.
- (6) Decreto Legislativo 12 gennaio 2016. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/01/18/13/sg/pdf.