

## Fumo, alcol, alimentazione ed eccesso ponderale

Secondo quanto indicato a livello mondiale dall'OMS, nel 2021 le malattie non trasmissibili (NCD-*Non Communicable Diseases*) hanno causato almeno 43 milioni di decessi, pari al 75% di tutte le morti non legate alla pandemia. Nello stesso anno, 18 milioni di persone sono decedute per una NCD prima dei 70 anni, con l'82% di questi decessi prematuri concentrato nei Paesi a basso e medio reddito, dove si registra complessivamente il 73% delle morti da NCD.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte per NCD (19 milioni di decessi), seguite da tumori (10 milioni), malattie respiratorie croniche (4 milioni) e diabete (oltre 2 milioni, includendo le complicanze renali correlate).

Queste quattro patologie sono responsabili dell'80% dei decessi prematuri per NCD. Fattori di rischio come il consumo di tabacco, la sedentarietà, l'abuso di alcol, un'alimentazione poco sana e l'inquinamento atmosferico ne aumentano significativamente la probabilità. Interventi fondamentali per affrontarle includono la diagnosi precoce, lo screening e un trattamento adeguato.

Il tabacco causa oltre 8 milioni di morti all'anno, di cui più di 7 milioni per consumo diretto e circa 1,2 milioni per esposizione al fumo passivo. I nuovi prodotti a base di nicotina, come sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato, stanno guadagnando rapidamente popolarità tra i giovani, modificando le abitudini dei fumatori tradizionali. Molti sono diventati poli-consumatori, combinando prodotti diversi e aggravando i rischi per la salute.

Più della metà dei 2,6 milioni di decessi annuali attribuibili all'alcol è legata alle NCD, incluso il cancro. Anche l'inattività fisica incide significativamente: chi è insufficientemente attivo presenta un rischio di morte maggiore del 20-30% rispetto a chi pratica regolare attività fisica.

I principali fattori di rischio metabolico che aumentano la probabilità di sviluppare NCD includono: pressione arteriosa elevata, sovrappeso/obesità, iperglicemia (alti livelli di zucchero nel sangue) e iperlipidemia (alti livelli di grassi nel sangue). Tra questi, l'ipertensione è il più rilevante a livello globale, responsabile del 25% dei decessi, seguita da obesità e glicemia alta.

Anche l'ambiente incide sulla salute: l'inquinamento atmosferico rappresenta il principale fattore di rischio ambientale, provocando circa 6,7 milioni di morti all'anno, di cui 5,7 milioni attribuibili a NCD come ictus, cardiopatie ischemiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva e tumore ai polmoni.

Le NCD colpiscono in modo sproporzionato le persone che vivono in Paesi a basso e medio reddito, dove si registrano oltre 32 milioni di decessi, cioè più di tre quarti del totale globale. La povertà è strettamente legata alla vulnerabilità a queste malattie: chi vive in condizioni svantaggiose ha maggiori probabilità di essere esposto a comportamenti dannosi, come il fumo o una cattiva alimentazione, e minori possibilità di accedere a servizi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura.

In Italia, nel corso degli anni, si è registrato un miglioramento delle condizioni di salute, testimoniato dall'aumento dell'aspettativa di vita, che mantiene il nostro Paese tra quelli con la più alta longevità in Europa. I progressi hanno coinvolto tutte le fasce di età e si sono tradotti anche in una riduzione della mortalità evitabile, grazie a stili di vita più sani. Tuttavia, a partire dal 2020, la pandemia di COVID-19 ha interrotto questa tendenza positiva, rappresentando una delle minacce sanitarie più gravi degli ultimi decenni. Ha colpito in modo particolarmente duro gli anziani e le persone fragili, ampliando le diseguaglianze sociali esistenti. A 5 anni dall'inizio dell'emergenza, la situazione generale si è in gran parte stabilizzata, ma persistono ancora effetti residui legati alla crisi sanitaria.

Per ridurre l'impatto delle NCD su individui e società, è necessario un approccio globale che coinvolga tutti i settori, dalla sanità alla finanza, dai trasporti all'istruzione, dall'agricoltura alla pianificazione territoriale, affinché collaborino per ridurre i rischi associati alle NCD e promuovere interventi di prevenzione e contrasto. Una significativa riduzione della mortalità per NCD richiede, inoltre, un sistema sanitario rafforzato, capace di offrire servizi efficaci per diagnosi, trattamento, riabilitazione e cure palliative, compreso il controllo dell'ipertensione, affiancato da politiche che agiscano in modo deciso sui fattori di rischio.

Il PNP 2020-2025, adottato con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni nell'agosto 2020, pone al centro tra i suoi obiettivi la "riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità legate alle NCD". Rappresenta lo strumento principale di pianificazione per gli interventi di prevenzione e promozione della salute sul territorio, mirando a garantire sia la salute individuale sia collettiva, oltre alla sostenibilità del SSN. Il Piano si basa su azioni fondate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità, accompagnando il cittadino in tutte

le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora.

Il PNP 2020-2025 contribuisce anche al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che affronta in modo integrato aspetti economici, sociali e ambientali per migliorare il benessere delle persone e lo sviluppo delle società, ponendo particolare attenzione al contrasto delle disuguaglianze di salute. L'Agenda riconosce le NCD come una sfida globale cruciale per lo sviluppo sostenibile e impegna i Paesi a ridurre entro il 2030 di un terzo la mortalità prematura da queste malattie, attraverso prevenzione e trattamento (Obiettivo 3.4 degli *Sustainable Development Goals*). Questo impegno deriva dalle riunioni ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCD del 2011 e 2014, che hanno ribadito il ruolo guida dell'OMS nel coordinare l'azione globale. Nel 2019, il *World Health Assembly* ha esteso al 2030 il Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle NCD, chiedendo una *Roadmap* 2023-2030 per accelerarne i progressi. Tale *Roadmap* sostiene il raggiungimento di nove obiettivi globali prioritari per la prevenzione e gestione delle NCD. In Italia, l'importanza di un monitoraggio epidemiologico costante nei confronti delle NCD 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 quelle a rilevanza nazionale).

La riduzione del 25% della mortalità prematura da NCD entro il 2025 rappresenta l'obiettivo finale di un'azione complessa, volta a definire basi comuni di intervento, sensibilizzare la popolazione e rafforzare le politiche nazionali e regionali dedicate. L'obiettivo è promuovere un'azione coordinata e globale per affrontare queste malattie invalidanti e mortali.

Le analisi proposte in questo Capitolo evidenziano le tendenze attuali riguardo a consumo di fumo, alcol, abitudini alimentari, sovrappeso e obesità, attività fisico-sportiva e sedentarietà. Il monitoraggio è essenziale perché per avviare i cambiamenti necessari è fondamentale un elevato livello di consapevolezza individuale e collettiva sui rischi legati a comportamenti non salutari, nonché sulla loro diffusione differenziata tra aree e gruppi di popolazione. I risultati mostrano segnali positivi e negativi, confermando l'efficacia delle strategie preventive se adeguatamente adottate. Permane, tuttavia, la necessità di proseguire e ampliare gli interventi di educazione alla salute o di introdurre nuove misure efficaci, per controllare la diffusione dei comportamenti a rischio e favorire l'accesso ai servizi di prevenzione, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.

## Fumo di tabacco

**Significato.** L'abitudine al fumo di tabacco continua a rappresentare una delle principali cause di morte evitabili. Anche per il 2025 nell'ambito della “Giornata mondiale senza tabacco” promossa dall'OMS si pone l'accento su un importante e decisivo aspetto che condiziona sempre più l'abitudine al fumo ossia la cura dell'immagine dei prodotti a base di nicotina. “Unmasking the appeal: Exposing industry tactics on tobacco and nicotine products” è il nuovo e attrattivo slogan della campagna di comunicazione. Si ribadisce l'importanza di focalizzare l'attenzione non solo sul singolo prodotto, ma sulla dipendenza dalla nicotina

in tutte le sue forme, contrastando le forme di *marketing* che mirano soprattutto ai più giovani proponendo: l'utilizzo di aromi e additivi che esaltano il gusto e mascherano l'asprezza del tabacco, l'utilizzo di design eleganti, imballaggi accattivanti e campagne sui *social media* e la progettazione ingannevole di prodotti che assomigliano a dolciumi, caramelle o giocattoli (1). I più recenti dati a livello mondiale riferiscono che sono 1,3 milioni di persone che muoiono perché esposte al fumo passivo e 8 milioni i decessi per fumo diretto ogni anno (2).

### Prevalenza di persone per abitudine al fumo

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

**Validità e limiti.** Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat “Aspetti della vita quotidiana”. Per l'indagine relativa al 2023, 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 2023 sono poco meno di 10 milioni le persone di età 14 anni ed oltre fumatrici, pari al 19,3% della popolazione in questa fascia di età. Un dato sostanzialmente stabile, senza differenze significative negli ultimi anni dopo una diminuzione costante registrata nell'ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001); infatti, nel 2022 erano il 19,6% e nel 2021 erano il 19,0%. Uomini e donne mantengono un approccio tradizionalmente diverso rispetto all'abitudine al fumo: sono fumatori il 23,1% degli uomini (5 milioni 800 mila) rispetto al 15,7% delle donne (4 milioni 180 mila), sebbene la forbice si sia ridotta negli anni: nel 2001 era di 14,1 p.p. mentre nel 2023 è di 7,4 p.p. (Grafico 1). Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: nel 2023 si registra il 19,3% delle donne vs il 29,9% degli uomini.

La Campania detiene, nel 2023, il primato della percentuale dei fumatori con il 21,4%, seguono Molise, Umbria e Sicilia con il 20,9% e Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio con il 20,2%. Anche nel 2023 nella PA di Bolzano si registra la percentuale più bassa di

fumatori (12,9%), seguita dalla PA di Trento (15,2%), dalla Valle d'Aosta (15,6%) e dal Friuli-Venezia Giulia (16,1%). Nel 2023, inoltre, si assiste ad una diminuzione significativa di fumatori in Liguria (-3,4 p.p.), PA di Bolzano (-3,4 p.p.) e in Friuli-Venezia Giulia (-3,2 p.p.). Se si prende in considerazione l'ampiezza dei Comuni, nel 2023, non si conferma l'evidenza che i Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana 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 19,7%, mentre nei Comuni centro dell'area metropolitana la percentuale è pari al 20,5% e in quella della periferia è del 19,5%.

Nell'anno in esame, la prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre subisce una lieve variazione significativa, +1,2 p.p. rispetto al 2022, ed è pari al 24,5% (negli anni precedenti il valore era pari al 23,3% nel 2022 e 24,0% nel 2021).

La prevalenza maggiore di ex-fumatori, nel 2023, si registra in Friuli-Venezia Giulia, 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 (25,5%), Nord-Est (26,3%) e Centro (25,1%) 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, 22,1% e 22,3%) (Tabella 1).

Nel corso del 2023, tra i fumatori, le fasce di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio sono, per gli uomini quella dei giovani adulti tra i 25-44 anni: nella fascia di età 25-34 anni il 33,9% e tra i 35-44 anni il 30,9%. Tra le donne, pur mantenendo tassi

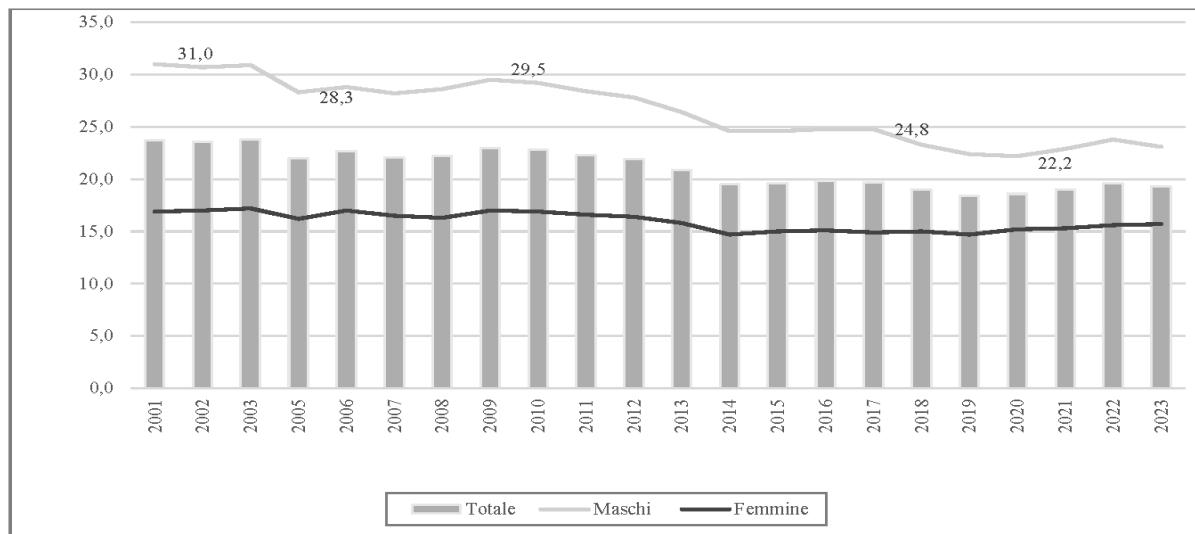
più bassi di abitudine al fumo, si registrano valori al di sopra della media dai 18 ai 64 anni.

Stabile il numero medio di sigarette fumate (11 sigarette al giorno). 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 (12,0 sigarette vs 9,7 sigarette fumate in media).

Tra gli uomini nella classe di età 55-59 anni si concentrano i fumatori più “forti” con un picco di 14,1 sigarette fumate al giorno; le fumatrici che mostrano i valori più elevati in termini di numero di sigarette fumate in media appartengono alla fascia di età 60-64 anni: 11,8 sigarette (Tabella 2).

**Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per genere - Anni 2001-2023**



**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

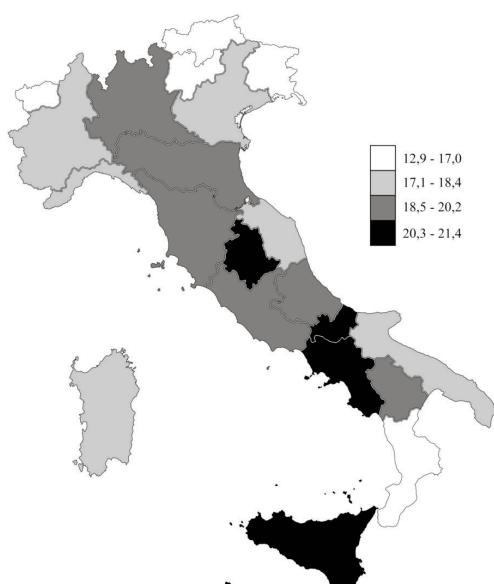
**Tabella 1** - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2023

Regioni/Macroaree/Densità abitativa	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	18,2	24,9	56,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,6	25,8	57,9
Lombardia	20,2	25,8	53,3
Bolzano-Bozen	12,9	24,2	62,1
Trento	15,2	26,3	57,2
Veneto	17,6	25,4	56,0
Friuli-Venezia Giulia	16,1	27,4	55,3
Liguria	18,3	26,0	55,1
Emilia-Romagna	20,2	27,2	51,6
Toscana	18,5	25,9	55,1
Umbria	20,9	23,2	54,8
Marche	18,0	24,4	56,7
Lazio	20,2	25,0	54,0
Abruzzo	19,7	26,0	53,0
Molise	20,9	19,9	58,5
Campania	21,4	22,7	55,1
Puglia	17,6	21,8	59,5
Basilicata	20,1	23,1	55,7
Calabria	16,4	18,0	64,4
Sicilia	20,9	20,8	57,5
Sardegna	18,4	26,9	53,8
<b>Italia</b>	<b>19,3</b>	<b>24,5</b>	<b>55,4</b>
<i>Nord-Ovest</i>	19,5	25,5	54,3
<i>Nord-Est</i>	18,1	26,3	54,6
<i>Centro</i>	19,4	25,1	54,8
<i>Sud</i>	19,4	22,1	57,6
<i>Isole</i>	20,3	22,3	56,5
Comune centro dell'area metropolitana	20,5	25,6	53,1
Periferia dell'area metropolitana	19,5	25,2	54,2
Fino a 2.000 ab	19,7	23,9	55,3
Da 2.001 a 10.000 ab	19,4	24,0	55,8
Da 10.001 a 50.000 ab	18,5	23,6	57,0
50.001+ ab	18,8	24,9	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 2025.

**Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2023**



**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 2023

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	5,8	2,6	6,9	4,8	4,0	4,7	5,3	3,3	6,0
18-19	17,9	6,8	8,6	18,1	6,9	7,9	18,0	6,8	8,2
20-24	29,4	11,0	9,0	20,8	8,0	7,3	25,2	9,5	8,3
25-34	33,9	16,4	10,6	19,6	16,7	8,5	26,9	16,5	9,8
35-44	30,9	24,8	11,6	19,2	21,0	9,8	25,1	22,9	10,9
45-54	28,3	27,5	13,6	18,9	18,4	10,0	23,6	22,9	12,1
55-59	23,2	32,1	14,1	19,6	23,0	10,7	21,4	27,4	12,5
60-64	19,7	37,6	13,6	19,6	26,6	11,8	19,7	32,0	12,7
65-74	18,0	46,7	13,0	13,4	26,4	10,1	15,6	36,2	11,6
75+	6,5	54,1	10,3	4,8	18,5	10,0	5,5	32,9	10,1
<b>Totale</b>	<b>23,1</b>	<b>29,9</b>	<b>12,0</b>	<b>15,7</b>	<b>19,3</b>	<b>9,7</b>	<b>19,3</b>	<b>24,5</b>	<b>11,0</b>

\*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS, il Ministero della Salute e l'ISS continuano a incentivare le azioni, da parte dei Governi nazionali, proposte dal *Monitoring, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise* (3), 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), dal Ministero della Salute (5) e dall'Istat (6), nonché le attività di supporto alle persone che vogliono smettere di fumare.

La tematica proposta dall'OMS per il 2025 “Giù la maschera: ecco i trucchi dell'industria per rendere attratti tabacco e nicotina” ha messo in evidenza l'importanza di contrastare le tecniche di *marketing* dalle industrie del tabacco, della nicotina e altre industrie correlate, per rendere attratti i loro prodotti soprattutto per i bambini e i giovani. Le tattiche più diffuse includono un design elegante, colorato e accattivante, aromi e additivi che rendono i prodotti attratti, mascherano il sapore aspro e modificano l'odore. Il PNP 2020-2025 prevede che le Regioni siano chiamate a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età, sviluppando programmi di contrasto al consumo dei prodotti del

tabacco e con nicotina condivisi tra i servizi sanitari e socio-sanitari, Istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali (7).

Anche l'individuazione dei *target* più fragili, come i giovani, attraverso la realizzazione di indagini *ad hoc*, è fondamentale nelle strategie di contrasto al consumo di tabacco (8).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: [www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2025](http://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2025).
- (2) Disponibile sul sito: [www.who.int/publications/item/9789240112063](http://www.who.int/publications/item/9789240112063).
- (3) Disponibile sul sito: [www.who.int/initiatives/mpower](http://www.who.int/initiatives/mpower).
- (4) Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo).
- (5) Disponibile sul sito: [www.iss.it/tabacco-sigarette-elettroniche/-/asset\\_publisher/8RGFP0hES89P/content/guidasmetto-di-fumare](http://www.iss.it/tabacco-sigarette-elettroniche/-/asset_publisher/8RGFP0hES89P/content/guidasmetto-di-fumare).
- (6) Disponibile sul sito: [https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1\\_Z0810HEA,1,0/HEA\\_STYLE/HEA\\_STYLE\\_SMOK](https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1_Z0810HEA,1,0/HEA_STYLE/HEA_STYLE_SMOK).
- (7) Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/portale/prevenzione/homePrevenzione.jsp](http://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/homePrevenzione.jsp).
- (8) GYTS. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/31-maggio-2025-giornata-mondiale-senza-tabacco/15.pdf](http://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/31-maggio-2025-giornata-mondiale-senza-tabacco/15.pdf).

## Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato

**Significato.** La sigaretta elettronica 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 (*Hnb*), mini-sigarette o capsule riscaldate da appositi dispositivi a temperature più basse di quelle raggiunte nelle sigarette convenzionali. Questi pro-

dotti 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 l'*Hnb* (1). 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 (2).

### 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	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre	

### 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	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre	

**Validità e limiti.** Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2023, 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 2023, il 4,8% delle persone di età 14 anni ed oltre (circa 2 milioni 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 5,4% degli uomini vs il 4,2% 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 a un aumento, specialmente a partire dal 2017, fino ad arrivare nel 2023 a quasi 2 milioni e mezzo.

La sigaretta elettronica è utilizzata soprattutto tra gli uomini di età 25-44 anni (9,5%) e quelli tra i 45-64 anni (11,0%). Nelle stesse fasce di età si manifestano le prevalenze maggiori tra le donne: 9,1% tra i 45-64

anni e 7,3% tra i 25-44 anni. Tra i giovani sotto i 24 anni l'uso dell'*e-cig* è diffuso in ugual misura così come tra gli over 65enni sebbene in misura inferiore (Grafico 1).

L'analisi territoriale mostra ai primi posti l'Abruzzo (6,2%), il Molise (6,1%) e il Lazio (5,9%) per la prevalenza di utilizzatori di *e-cig*, con tassi raddoppiati rispetto al 2021. Appaiono non affezionati all'uso di questo dispositivo gli abitanti della PA di Bolzano (1,3%), della Valle d'Aosta (2,2%) e della PA di Trento (2,5%) (Grafico 2). Se si guardano le ripartizioni geografiche, l'uso della sigaretta elettronica risulta più diffuso nel Centro (5,3%) e supera la media nazionale. Si manifesta nel 2023 una maggiore diffusione di questa tipologia di consumo nei centri delle aree metropolitane (6,1%) e delle loro periferie (5,1%) rispetto ai centri di piccole dimensioni (sotto i 2000 abitanti il tasso è pari al 3,8%) (Tabella 1).

Nel 2023 la quota di consumatori di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (*HnB*) è pari al 3,3%, un livello lievemente più basso rispetto alla percentuale degli utilizzatori di sigaretta elettronica.

L'analisi territoriale evidenzia come nelle regioni del Centro i prodotti a tabacco riscaldato si stiano diffondendo maggiormente (4,5%) rispetto alle regioni del Nord (3,6%) e del Meridione (3,4%).

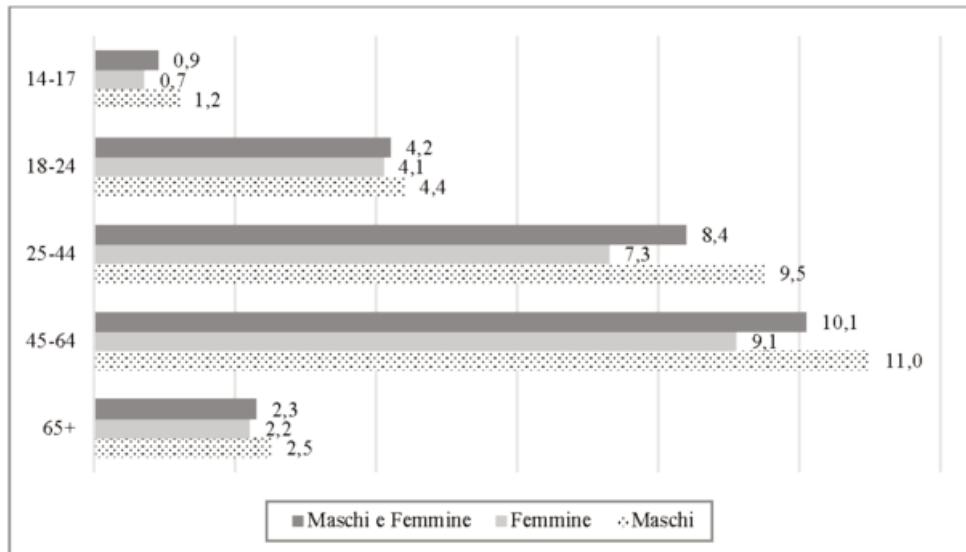
Si tratta, comunque, di prodotti di nuova generazione che coinvolgono prevalentemente i più giovani: dichiara di utilizzarli il 9,6% delle persone di età compresa tra i 18-24 anni.

Se sul totale della popolazione di età 14 anni ed oltre si osservano differenze di genere in favore delle don-

ne in tutte le classi di età e in misura più netta tra i giovani utilizzatori di età 18-24 anni: le ragazze toccano

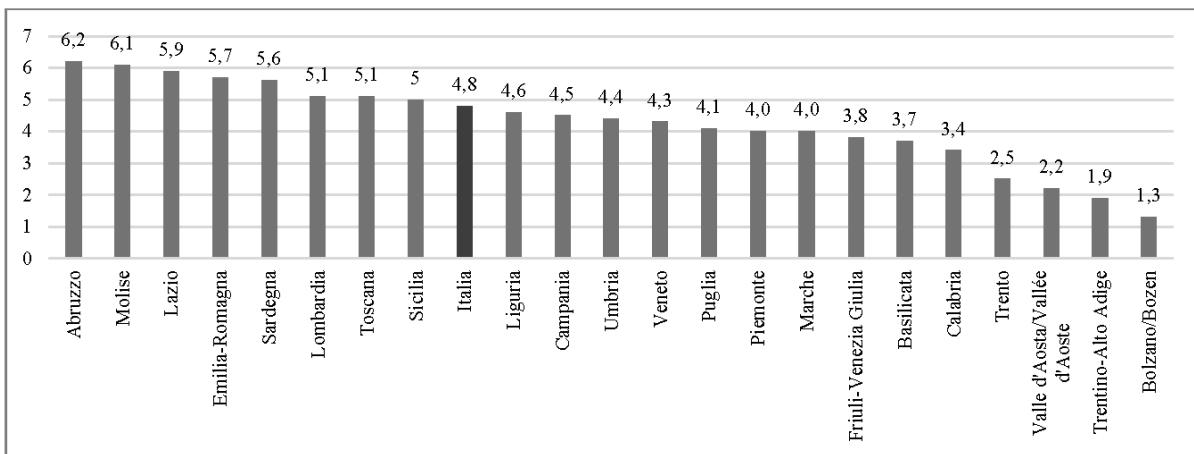
una quota più elevata pari all'11,8% vs il 7,4% dei ragazzi (Grafico 3).

**Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per genere e classe di età - Anno 2023**



**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per regione - Anno 2023**



**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

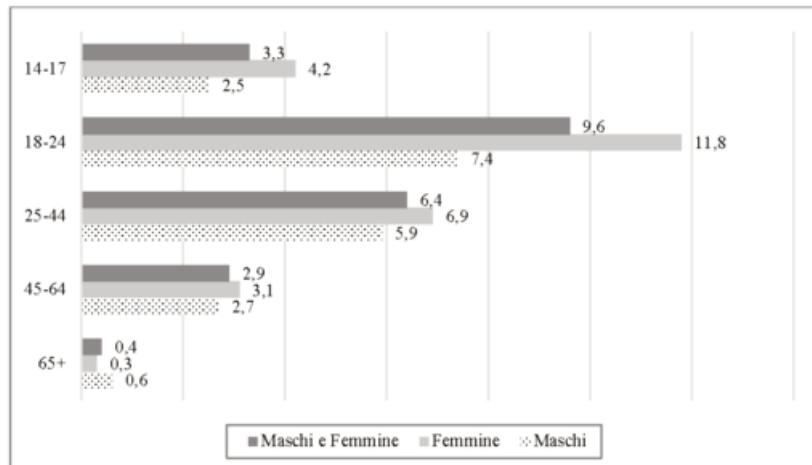
**Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per macroarea e densità abitativa - Anno 2023**

Macroaree/Densità abitativa	Fumatori sigaretta elettronica
Nord	4,6
Centro	5,3
Sud ed Isole	4,6
<b>Italia</b>	<b>4,8</b>
Comune centro dell'area metropolitana	6,1
Periferia dell'area metropolitana	5,1
Fino a 2.000 ab	3,8
Da 2.001 a 10.000 ab	4,5
Da 10.001 a 50.000 ab	4,3
50.001+ ab	4,7

**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 2025.

**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 2023**



**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

### 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).

L'OMS invita i Paesi a includere la regolamentazione delle sigarette elettroniche nell'ambito di un approccio globale al controllo del tabacco, che prevede l'aumento delle accise sul tabacco, i divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco, avvertenze sanitarie, aree senza fumo e campagne sui mass media (5). Tra le varie iniziative il PNP 2020-2025 fornisce indicazioni che le Regioni stanno attuando attraverso i Piani Regionali di Prevenzione come i

Programmi Predefiniti PP01 “Scuole che Promuovono Salute” e PP04 “Dipendenze”, programmi che supportano le scuole per promuovere la conoscenza e la formazione sui corretti stili di vita, via principale di contrasto alle dipendenze.

### Riferimenti bibliografici

- (1) 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. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/archivio/279457](http://www.istat.it/it/archivio/279457).
- (2) Istat, gennaio 2021, Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato, un consumo in lento aumento. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/archivio/279457](http://www.istat.it/it/archivio/279457).
- (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](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](http://www.tabaccoendgame.it/news/oms-sulle-sigarette-elettroniche-2 quali-rischi-per-la-salute-domande-e-risposte).
- (6) Disponibile sul sito: <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Opuscolo%20Tabacco%20e%20nicotina%20epidemia%20per%20la%20salute.pdf>.

## Consumo di alcol

**Significato.** Il consumo di alcol costituisce un fattore di rischio rilevante per numerose patologie (1) e ha conseguenze significative anche sul piano sociale. È, infatti, associato a malattie croniche, infortuni, disturbi psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali e immunologiche, infertilità, problemi perinatali e vari tipi di cancro (2). Inoltre, può avere un ruolo rilevante nel verificarsi di incidenti stradali, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza (3). L'impatto dell'alcol, quindi, va oltre la salute individuale, influenzando negativamente l'intera collettività.

L'alcol rappresenta il quinto principale fattore di rischio per il carico globale di malattie. Nel 2019, il suo consumo è stato responsabile di circa 2,6 milioni di morti nel mondo, pari al 4,7% di tutti i decessi registrati in quell'anno. Secondo le stime dell'OMS, circa 400 milioni di persone, ovvero il 7% della popolazione mondiale di età  $\geq 15$  anni, soffrono di disturbi legati all'uso di alcol. Tra questi, circa 209 milioni (il 3,7% degli adulti a livello globale) vivono con una vera e propria dipendenza (4).

In Italia, le abitudini di consumo hanno subito profondi cambiamenti: si è passati da un uso moderato e quotidiano di vino ai pasti a modelli più simili a quelli del

Nord-Europa, caratterizzati da un consumo meno regolare, spesso concentrato nel fine settimana e associato a birra e superalcolici. Questo tipo di consumo avviene frequentemente fuori dai pasti e può includere episodi di eccesso e ubriacature.

Per l'analisi dei comportamenti di consumo di bevande alcoliche, oltre al consumo complessivo nell'anno e a specifiche modalità di assunzione (consumo giornaliero, occasionale e fuori pasto), viene utilizzato un indicatore di sintesi per valutare il rischio legato al consumo che si basa sia sulle quantità assunte, sia sulle modalità di consumo (5). Secondo le Linee Guida, il consumo dovrebbe essere evitato sotto i 18 anni; per le donne adulte e gli anziani (oltre i 65 anni) non dovrebbe superare 1 Unità Alcolica (UA<sup>1</sup>=12 grammi di alcol puro) al giorno, mentre per gli uomini adulti il limite è di 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda. Un altro comportamento particolarmente rischioso è il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) (5). L'indicatore identifica come consumatori a rischio coloro che si caratterizzano per almeno una delle due forme di consumo a rischio: il superamento abituale dei limiti raccomandati o il *binge drinking*.

### Consumo di bevande alcoliche nell'anno

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno	x 100
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	

### Consumo di bevande alcoliche giornaliero

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che consumano giornalmente almeno una bevanda alcolica	x 100
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	

### Consumo di bevande alcoliche occasionale

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che consumano occasionalmente almeno una bevanda alcolica	x 100
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	

### Consumo di bevande alcoliche fuori pasto

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che consumano fuori pasto almeno una bevanda alcolica	x 100
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	

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

### **Consumo di bevande alcoliche abituale eccedentario**

Numeratore      Persone di età 11 anni ed oltre che superano le quantità raccomandate nel consumo di alcol<sup>2</sup>  
x 100

Denominatore      Popolazione di età 11 anni ed oltre

### **Binge drinking**

Numeratore      Persone di età 11 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse,  
in un'unica occasione

Denominatore      Popolazione di età 11 anni ed oltre  
x 100

### **Almeno un comportamento di consumo di bevande alcoliche a rischio**

Numeratore      Persone di età 11 anni ed oltre che superano le quantità raccomandate nel consumo di alcol<sup>2</sup>  
o che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione

Denominatore      Popolazione di età 11 anni ed oltre  
x 100

**Validità e limiti.** Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati rilevati nell'ambito dell'indagine Multiscopo Istat “Aspetti della vita quotidiana”, condotta annualmente su un campione di circa 20.000 famiglie, per un totale di oltre 42.000 individui.

Il questionario che rileva le informazioni sul consumo di bevande alcoliche viene auto-compilato dai membri delle famiglie rispondenti<sup>3</sup> ed è, quindi, verosimile che il fenomeno sia sottostimato a causa del timore a rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.

Alcuni degli indicatori sopra descritti sono utilizzati in sistemi di monitoraggio formali istituzionali (4); inoltre, vengono utilizzati nella predisposizione della Relazione Alcol al Parlamento del Ministero della Salute (6) e costituiscono indicatori core del dominio salute nel progetto Istat BES (7) e del *Goal 3* degli *Sustainable Development Goals* (8).

**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 situazioni con maggiori criticità, si considera come valore di riferimento il valore medio nazionale rilevato per gli indicatori considerati.

### **Descrizione dei risultati**

#### *Quadro generale*

Nel 2023 è pari al 67,3% la quota di persone di 11 anni ed oltre che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (pari a 35 milioni 939 mila persone) (6). La quota di consumatori di alcol nell'anno

è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne: il 77,5% vs il 57,6%. Tuttavia, nel corso del tempo si è osservata una progressiva riduzione del divario di genere. Questo cambiamento è attribuibile ad una sostanziale stabilità registrata tra gli uomini, mentre tra le donne i livelli di consumo rispetto a 10 anni fa sono aumentati (la quota tra le donne era pari a 51,2% nel 2013). Tale aumento ha riguardato quasi tutte le fasce di età, ma è stato particolarmente marcato tra le giovani adulte di età 18-44 anni (Tabella 1). Nel corso del tempo si assiste, inoltre, da una parte alla riduzione del consumo giornaliero (dal 22,7% al 18,4%) e, dall'altra all'aumento del consumo occasionale (dal 41,2% al 48,9%) e di quello fuori dai pasti (dal 25,8% al 32,4%).

Il consumo di alcol nell'anno risulta più diffuso nelle regioni del Nord (69,1%), con una prevalenza ancora più marcata tra gli uomini, dove si raggiunge il 78,3%. Le percentuali più elevate si registrano in Valle d'Aosta (73,1%), PA di Bolzano (71,5%), Emilia-Romagna (71,1%), Friuli-Venezia Giulia (70,9%) e Veneto (70,5%) (Tabella 2).

Per quanto riguarda il consumo giornaliero, le percentuali più alte si riscontrano non solo nel Nord, ma anche in alcune regioni del Centro e in Molise, con valori in diversi casi superiori al 20%. Le regioni con le prevalenze più alte sono Piemonte (23,1%), Toscana (23,0%), Molise (22,9%), Valle d'Aosta (22,1%) e Umbria (21,1%).

Il consumo occasionale di alcol raggiunge il valore più elevato nella PA di Bolzano, dove tocca il 57,1%. Seguono, seppur con percentuali leggermente inferiori, altre regioni principalmente del Nord come Valle

<sup>2</sup>Il consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni ed oltre; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

<sup>3</sup>I quesiti relativi al consumo di alcol sono rivolti a tutte le persone di età 11 anni ed oltre. Per i ragazzi tra gli 11-13 anni è prevista una modalità di compilazione “proxy”, in cui un genitore o un altro adulto della famiglia risponde al posto loro. Tuttavia, vista la rilevanza dei temi trattati, le famiglie sono invitate a coinvolgere direttamente anche i ragazzi di questa fascia di età nella compilazione del questionario.

d'Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e PA di Trento, ma anche alcune regioni del Mezzogiorno, come Calabria, Sicilia e Abruzzo.

Infine, il consumo fuori pasto è particolarmente diffuso nelle regioni settentrionali, con le prevalenze più alte nella PA di Bolzano (50,7%), Valle d'Aosta (47,0%), Friuli-Venezia Giulia (46,3%), PA di Trento (44,2%) e Veneto (42,3%).

#### *Consumatori a rischio*

Nel 2023, sono poco più 8 milioni le persone di età 11 anni ed oltre con almeno un comportamento di consumo di alcol a rischio (pari al 15% della popolazione) (7, 9). La prevalenza differisce nettamente tra uomini e donne (21,2% vs 9,2%). Analizzando le diverse tipologie di consumo a rischio si osserva come il consumo abituale eccedentario interessi l'8,8% della popolazione (12,2% uomini; 5,5% donne), mentre il *binge drinking* riguardi il 7,8% (11,3% uomini; 4,5% donne).

I comportamenti non moderati sono più frequenti tra gli ultra-65enni (18,1% complessivamente, con una prevalenza del 30,2% tra gli uomini e dell'8,5% tra le donne), tra gli adolescenti di 11-17 anni (15,7%, con 17,8% uomini e 13,3% donne) e tra i giovani e adulti fino a 44 anni (15,5%, 20,5% e 10,5%, rispettivamente) (Tabella 3).

I giovani rappresentano un altro gruppo ad elevato rischio. Nonostante le raccomandazioni internazionali e le normative nazionali che vietano il consumo e la vendita di alcolici ai minori di 18 anni, nel 2023 il 15,7% degli adolescenti di età 11-17 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica durante l'anno. Di questi, il 2,8% presenta abitudini di consumo particolarmente rischiose, quali consumo giornaliero, *binge drinking* o consumo fuori pasto settimanale, mentre il 12,9% ha un consumo più occasionale (dati non presenti in tabella). Questi dati evidenziano la necessità di rafforzare interventi mirati alla prevenzione nelle fasce giovanili.

L'analisi dell'andamento a partire dal 2003 evidenzia una dinamica diversa tra le due principali forme di

consumo a rischio. Da un lato, il consumo abituale eccedentario ha mostrato una netta diminuzione nel tempo, passando dal 16,9% del 2003 a valori progressivamente più bassi negli anni successivi. Dall'altro, il *binge drinking* ha registrato un lieve aumento rispetto al 2003, quando riguardava il 7% della popolazione. Tali andamenti mettono in luce ancora una volta i cambiamenti nelle modalità di consumo registrati negli ultimi 20 anni.

La relazione tra consumo a rischio e livello di istruzione si differenzia, invece, sia rispetto alla tipologia di comportamento e sia rispetto all'età. Tra gli adulti di 25-64 anni, le ubriacature sono più frequenti tra le persone con titoli di studio elevati (12,5% laurea o più vs 7,7% con licenza media inferiore), mentre il consumo abituale eccedentario prevale tra chi ha titoli di studio più bassi (6,7% vs 3,7%). Tra gli ultra 64enni, invece, le prevalenze di consumo a rischio sono sempre più alte tra i più istruiti (dati non presenti in tabella).

Dal punto di vista geografico, le prevalenze di consumo di alcol a rischio risultano più elevate nel Nord, in particolare nel Nord-Est (18,4%), rispetto al Centro (14,6%) e al Mezzogiorno (11,9%). Negli ultimi 20 anni si è registrata una riduzione proporzionalmente più marcata nelle regioni meridionali e insulari, contribuendo così ad ampliare le differenze territoriali già esistenti.

Analizzando le due principali componenti del consumo a rischio, il consumo abituale eccedentario e il *binge drinking*, emerge una distribuzione territoriale in larga parte simile a quella complessiva dei comportamenti a rischio. Tuttavia, alcune regioni presentano dinamiche differenziate: Toscana, Umbria, Basilicata, Liguria e Campania, ad esempio, mostrano valori superiori alla media nazionale per il consumo abituale eccedentario, ma si collocano al di sotto della media per il *binge drinking*. Al contrario, le PA di Bolzano e Trento, insieme a Sardegna e Abruzzo, si distinguono per livelli elevati di *binge drinking*, ma registrano consumi abituali eccedentari decisamente più contenuti.

**Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per classe di età e genere - Anni 2013, 2023**

Consumo di bevande alcoliche	11-17		18-24		25-44		45-64		65 ed oltre		Totale	
	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023
<i>Maschi</i>												
Nell'anno	23,7	17,8	77,0	75,4	83,1	84,1	84,6	84,6	79,0	81,2	77,5	77,5
Tutti i giorni	0,8	1,1	13,9	8,4	27,6	18,4	42,9	31,4	52,6	44,3	34,4	26,9
Occasionalmente	22,9	16,7	63,2	67,0	55,5	65,6	41,7	53,1	26,4	36,9	43,1	50,7
Fuori pasto	10,9	6,8	50,6	50,0	48,4	56,8	35,8	44,0	23,4	29,3	36,4	41,3
<i>Femmine</i>												
Nell'anno	17,1	13,3	58,7	67,9	58,8	68,9	55,5	62,5	44,0	50,2	51,2	57,6
Tutti i giorni	0,4	0,5	3,6	2,9	7,2	6,5	14,7	11,0	18,7	16,9	11,8	10,3
Occasionalmente	16,7	12,8	55,1	65,0	51,6	62,4	40,8	51,5	25,2	33,3	39,5	47,3
Fuori pasto	7,2	5,6	37,4	42,5	23,9	40,8	13,2	23,4	5,6	9,9	15,8	23,9
<b>Totale</b>												
Nell'anno	20,6	15,7	68,0	71,7	71,0	76,6	69,7	73,4	59,1	63,9	63,9	67,3
Tutti i giorni	0,6	0,8	8,8	5,7	17,4	12,5	28,5	21,1	33,3	29,0	22,7	18,4
Occasionalmente	20,0	14,9	59,2	66,0	53,6	64,1	41,2	52,3	25,7	34,9	41,2	48,9
Fuori pasto	9,1	6,2	44,1	46,3	36,1	48,9	24,2	33,5	13,3	18,5	25,8	32,4

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per genere e regione - Anno 2023**

Regioni	Consumo nell'anno			Consumo giornaliero			Consumo occasionale			Consumo fuori pasto		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	78,7	60,0	69,1	33,4	13,3	23,1	45,3	46,7	46,0	44,4	23,6	33,7
Valle d'Aosta	80,8	65,7	73,1	33,4	11,3	22,1	47,4	54,4	51,0	55,7	38,6	47,0
Lombardia	78,3	56,8	67,3	26,0	10,9	18,3	52,3	45,9	49,1	47,4	27,7	37,4
Bolzano-Bozen	79,2	64,1	71,5	20,9	8,1	14,4	58,3	56,0	57,1	61,2	40,6	50,7
Trento	74,5	60,7	67,5	24,5	9,4	16,9	50,0	51,3	50,6	56,8	32,1	44,2
Veneto	77,7	63,6	70,5	28,6	10,8	19,5	49,1	52,8	51,0	50,7	34,3	42,3
Friuli-Venezia Giulia	80,2	62,0	70,9	28,7	11,8	20,0	51,5	50,2	50,8	59,3	33,9	46,3
Liguria	75,1	62,1	68,3	26,8	14,0	20,1	48,3	48,1	48,2	41,8	27,0	34,1
Emilia-Romagna	79,7	63,0	71,1	28,2	13,1	20,4	51,5	50,0	50,7	45,4	29,3	37,1
Toscana	78,0	61,4	69,5	30,5	15,9	23,0	47,6	45,6	46,5	40,5	25,8	32,9
Umbria	80,4	58,2	69,0	32,3	10,5	21,1	48,1	47,8	47,9	38,4	24,9	31,4
Marche	75,4	59,2	67,1	28,0	10,6	19,1	47,4	48,6	48,0	35,8	22,3	28,9
Lazio	76,0	58,6	67,0	24,0	8,9	16,2	52,0	49,7	50,8	34,8	23,4	28,9
Abruzzo	82,4	57,4	69,5	29,7	10,1	19,6	52,7	47,3	49,9	43,6	23,9	33,4
Molise	82,8	57,7	70,0	35,7	10,5	22,9	47,1	47,2	47,1	45,1	19,4	32,0
Campania	77,3	52,4	64,5	25,3	8,2	16,5	52,1	44,2	48,0	31,7	14,3	22,8
Puglia	74,6	53,4	63,6	27,0	9,9	18,2	47,6	43,5	45,4	33,9	17,1	25,2
Basilicata	75,8	48,3	61,8	28,4	10,2	19,2	47,3	38,1	42,6	35,1	17,1	26,0
Calabria	82,2	53,9	67,6	26,7	5,6	15,8	55,5	48,2	51,7	37,8	13,7	25,4
Sicilia	75,2	51,5	63,0	20,0	5,4	12,5	55,2	46,1	50,5	29,7	16,5	22,9
Sardegna	74,0	52,0	62,7	26,8	6,6	16,4	47,2	45,4	46,3	47,4	21,3	34,0
<b>Italia</b>	<b>77,5</b>	<b>57,6</b>	<b>67,3</b>	<b>26,9</b>	<b>10,3</b>	<b>18,4</b>	<b>50,7</b>	<b>47,3</b>	<b>48,9</b>	<b>41,3</b>	<b>23,9</b>	<b>32,4</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Tabella 3 - Persone (valori per 100) di età 11 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e classe di età - Anno 2023**

Classi di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
11-17*	17,8	13,3	15,7	17,8	13,3	15,7	1,7	2,1	1,9
18-24	20,1	11,2	15,7	2,7	1,5	2,1	18,7	10,1	14,5
25-44	20,5	10,4	15,5	4,8	3,2	4,0	18,2	8,2	13,3
45-64	16,5	7,7	12,0	7,6	4,9	6,2	11,4	3,5	7,4
65+	30,2	8,5	18,1	28,3	7,4	16,7	4,4	1,6	2,8
<b>Totale</b>	<b>21,2</b>	<b>9,2</b>	<b>15,0</b>	<b>12,2</b>	<b>5,5</b>	<b>8,8</b>	<b>11,3</b>	<b>4,5</b>	<b>7,8</b>

\*Per le persone di età 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno; quindi, i consumatori con almeno un comportamento a rischio coincidono con i consumatori nell'anno.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Tabella 4 - Persone (valori per 100) di età 11 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e regione - Anno 2023**

Regioni	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	27,9	11,0	19,2	16,7	7,2	11,8	14,8	4,8	9,7
Valle d'Aosta	33,2	14,5	23,7	18,9	9,3	14,0	20,9	7,0	13,8
Lombardia	22,1	10,4	16,1	11,8	6,0	8,8	12,3	5,5	8,9
Bolzano-Bozen	29,9	13,0	21,2	9,2	4,9	7,0	24,2	9,2	16,5
Trento	22,4	9,4	15,8	11,0	4,0	7,5	13,3	6,2	9,7
Veneto	27,0	11,1	18,9	13,6	5,5	9,5	15,8	6,6	11,1
Friuli-Venezia Giulia	28,7	10,5	19,4	14,1	5,5	9,7	17,9	6,3	11,9
Liguria	19,2	9,9	14,3	11,6	6,7	9,1	9,3	4,3	6,7
Emilia-Romagna	24,0	11,5	17,5	13,2	7,1	10,1	13,4	5,4	9,3
Toscana	21,4	11,8	16,5	13,5	8,5	11,0	9,8	4,2	6,9
Umbria	22,2	8,9	15,4	15,5	4,4	9,7	8,5	5,4	6,9
Marche	19,4	8,1	13,6	11,5	4,6	8,0	9,6	4,2	6,9
Lazio	17,7	9,5	13,4	9,9	5,2	7,5	9,3	4,8	7,0
Abruzzo	22,5	9,4	15,7	12,0	4,9	8,3	14,4	5,0	9,5
Molise	28,1	8,1	17,9	14,5	4,5	9,4	18,3	3,9	11,0
Campania	16,7	6,4	11,4	13,1	4,7	8,8	6,2	2,2	4,1
Puglia	17,2	6,7	11,7	11,5	4,4	7,9	7,3	2,8	4,9
Basilicata	20,8	7,8	14,2	13,2	6,2	9,6	11,4	3,0	7,1
Calabria	20,6	6,4	13,3	11,7	3,8	7,6	12,0	3,1	7,4
Sicilia	13,5	4,7	9,0	8,0	2,8	5,3	6,8	2,2	4,4
Sardegna	24,4	8,9	16,4	12,2	5,2	8,6	15,6	4,3	9,8
<b>Italia</b>	<b>21,2</b>	<b>9,2</b>	<b>15,0</b>	<b>12,2</b>	<b>5,5</b>	<b>8,8</b>	<b>11,3</b>	<b>4,5</b>	<b>7,8</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il Piano d’azione globale sull’alcol 2022-2030, approvato dall’OMS, ha l’obiettivo di ridurre l’uso dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate su prove scientifiche. Il piano si articola in sei aree principali: interventi ad alto impatto, sensibilizzazione, collaborazione tra settori, supporto tecnico, produzione di dati e mobilitazione di risorse (10).

L’attuazione del piano contribuisce al raggiungimento dell’Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3.5, che riguarda la prevenzione e il trattamento dell’abuso di sostanze. Per ottenere risultati concreti, è essenziale intervenire sui fattori che influenzano il consumo di

alcol, come l’accessibilità, la disponibilità e l’accettabilità, attraverso politiche pubbliche coordinate e integrate.

L’iniziativa SAFER dell’OMS ([www.who.int/initiatives/SAFER/about](http://www.who.int/initiatives/SAFER/about)) supporta i Paesi nell’applicazione di interventi efficaci, mentre il sistema *Global Information System on Alcohol and Health* fornisce dati globali su consumo e conseguenze dell’alcol.

È fondamentale che le politiche sanitarie siano orientate dalla tutela della salute pubblica e non influenzate da interessi economici, in particolare da quelli dell’industria dell’alcol, per garantire interventi efficaci e tutelare la salute della popolazione.

Come richiesto dal PNP 2020-2025 appare fondamentale promuovere programmi per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei contesti dell'assistenza sanitaria primaria e in quelli lavorativi; favorire la collaborazione tra servizi alcologici territoriali, servizi sociali e le Associazioni di auto-mutuo aiuto; assicurare l'applicazione delle leggi che regolano l'alcol alla guida e la vendita di alcolici; promuovere interventi di promozione della salute effettuati in ambiti mirati (luoghi di aggregazione, luoghi in cui si svolgono attività sportive, scuole etc.).

#### 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](http://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\\_clas-sif.php](http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_clas-sif.php).
- (3) Sontate KV, Rahim Kamaluddin M, Naina Mohamed I, Mohamed RMP, Shaikh MF, Kamal H, Kumar J. Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. *Front Psychol.* 2021 Dec 20;12:699726.
- (4) Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2025. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025 (Rapporti ISTISAN 25/5).
- (5) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03.2001 N. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2022. Roma: Ministero della Salute; 2023.
- (6) Ministero della Salute, 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 2023. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- (7) Istat. (2024). Rapporto BES. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat.
- (8) Istat, (2025). Rapporto SDGs 2025. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Roma: Istat.
- (9) Istat. Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà - Anno 2023. Statistica report 17 dicembre 2024. Disponibile sul sito: [www.istat.it/comunicato-stampa/fumo-alcol-eccesso-di-peso-e-sedentarieta-anno-2023](http://www.istat.it/comunicato-stampa/fumo-alcol-eccesso-di-peso-e-sedentarieta-anno-2023).
- (10) World Health Organization (WHO). Alcohol Fact sheet. Disponibile sul sito: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol), 24 June 2024.

## Consumo di alimenti per tipologia

**Significato.** Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2023 (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 associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di ve-

colare 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) e in anni più recenti è riconosciuto anche come modello alimentare che risponde ai criteri di sostenibilità del sistema agro-alimentare (7).

### Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

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

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

Numeratore	Personne di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	x 100
Denominatore	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	

### Indicatore di aderenza alla dieta mediterranea

Numeratore	Personne di età 14 anni ed oltre per grado di aderenza alla dieta mediterranea (bassa, media e alta)	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre	

L'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea (IAMD) è calcolato per la popolazione di età  $\geq 14$  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

**Fonte dei dati:** Benedetti et al., 2016 (7). Anno 2025.

**Validità e limiti.** L'indice di aderenza alla dieta mediterranea 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 (9).

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'indice di aderenza alla dieta mediterranea varia tra 0 (minima aderenza) e 56 (massima aderenza).

### **Descrizione dei risultati**

La distribuzione territoriale dei consumatori di età  $\geq 14$  anni, in base allo IAMD (Grafico 1), evidenzia che in quasi tutte le regioni del Centro, in particolare Marche (25,1%), Lazio (24,7%) e Toscana (21,9%), e in 3 regioni del Mezzogiorno, Sardegna (19,4%), Molise (19,2%) e Campania (18,4%), il valore è superiore al dato nazionale (18,3%). A queste si aggiungono 2 regioni del Nord, la Liguria (24,5%) e la PA di Trento (18,8%), mentre l'Emilia-Romagna mostra una percentuale esattamente uguale alla percentuale nazionale. Tuttavia, se si considerano i livelli complessivi di aderenza medio-alta, il quadro si amplia includendo anche Calabria, Umbria, Puglia, Abruzzo e Basilicata, delineando così un profilo di adesione prevalentemente concentrato nel Centro e nel Meridione del Paese, anche se la Sardegna con questo parametro scende al di sotto della percentuale nazionale (69,5% vs 71,2%).

Un maggiore dettaglio dei consumi di alimenti per tipologia che caratterizzano le diverse regioni è riportato nelle Tabella 1 e Tabella 2. Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2023, quasi tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre (71,5%) dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura (49,0%) e ortaggi (42,4%). Nel complesso, il 78,5% della popolazione assume almeno una porzione di frutta, verdura o ortaggi al giorno, con una tendenza in diminuzione negli ultimi 20 anni (era pari all'84,4% nel 2003).

I consumi giornalieri di VOF sono più diffusi tra le donne rispetto agli uomini (nel 2023, l'81,4% delle donne vs il 75,6% degli uomini) e questa differenza si mantiene costante nel tempo. L'analisi per fasce di età mette in evidenza valori che si mantengono sempre  $\geq 65\%$ , con livelli più elevati tra i bambini di età 3-10 anni che diminuiscono tra adolescenti e giovani tra gli 11-24 anni, per poi aumentare di nuovo nelle fasce di età successive, raggiungendo valori sempre più alti tra adulti e anziani, fino a coinvolgere circa nove persone su dieci nella popolazione ultra 74enne (dati non presenti in tabella).

Analizzando i profili territoriali del consumo di VOF, si osserva come questi abbiano 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 indicatore

di preferenze diversificate da regione a regione, denotando tradizioni gastronomiche differenziate. In particolare, il consumo giornaliero di verdure e ortaggi è tendenzialmente più diffuso nelle regioni del Nord e del Centro rispetto al Mezzogiorno (nel 2023 il 65,6% e il 65,3% vs il 59,4%), mentre nel Mezzogiorno si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta (nel 2023 il 72,6% vs il 70,9% e il 71,2%) (dati non presenti in tabella).

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente (Tabella 1) si osserva come, in tutte le regioni, il consumo sia diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attestino, principalmente, tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia) 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 l'8,9% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita dal Piemonte (8,1%) e dal Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta (rispettivamente, il 6,9% e il 6,7%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Mezzogiorno (Basilicata, Campania, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Calabria).

Nell'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti, si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni (Tabella 2). Per maggiore chiarezza, precisiamo che i valori percentuali sono considerati uguali alla media nazionale se l'arrotondamento all'unità fornisce lo stesso risultato.

Per grandi linee, la mappatura geografica vede una caratterizzazione prevalente al Centro-Mezzogiorno (11 regioni su 12) per alimenti consumati quotidianamente come "pane, pasta, riso" che si associa anche ad una adesione alta allo IAMD.

In questa area si hanno frequenze di consumo più elevate anche per "carne di maiale", "uova", "legumi in scatola", "pesce" e la "cottura con olio di oliva o grassi vegetali".

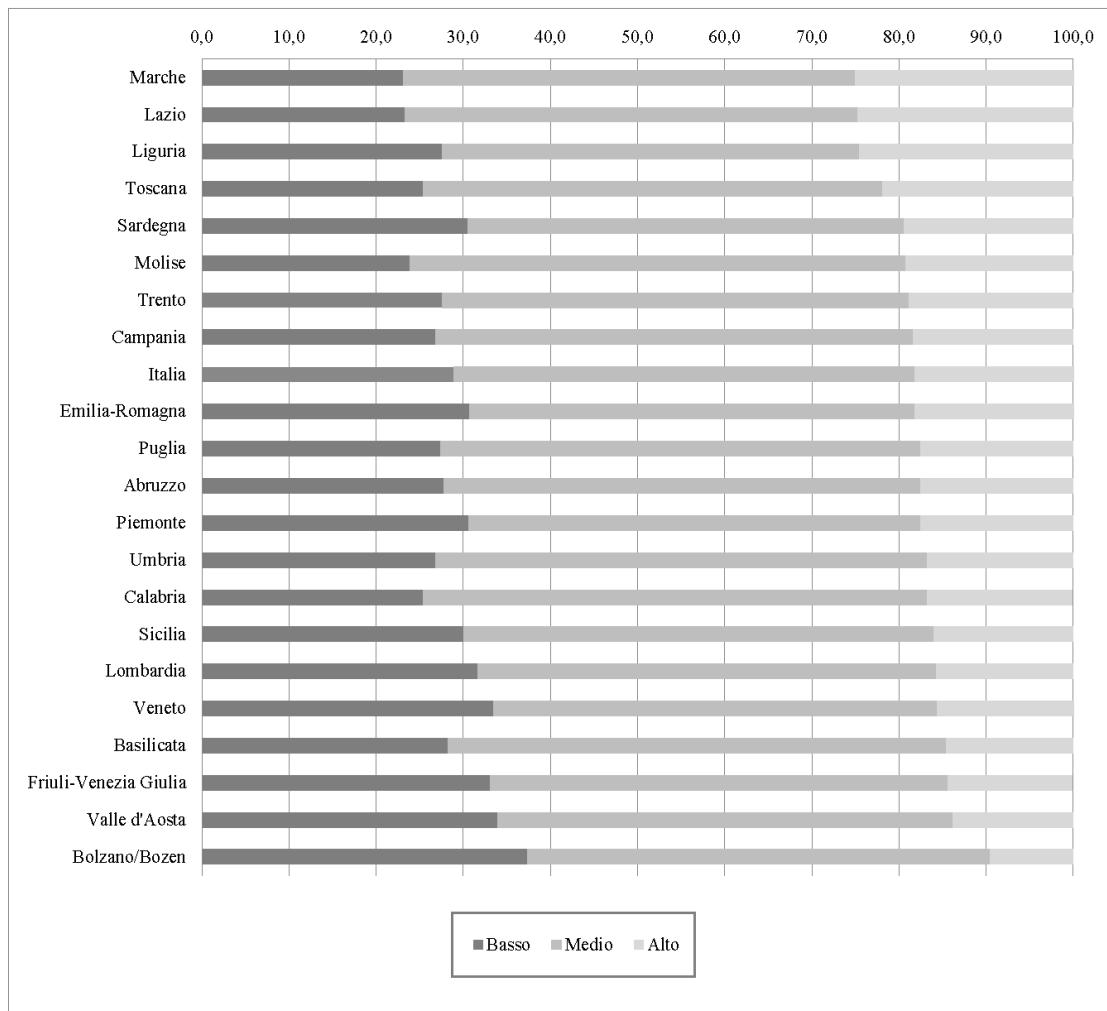
Andamento diverso si ha, invece, per i "formaggi", per i quali le regioni settentrionali sono compattamente al di sopra della media nazionale (insieme a 2 regioni meridionali: Sardegna e Calabria).

Il maggior consumo settimanale di "carni ovine" e "pesce" è nelle regioni del Mezzogiorno associate a Marche e Lazio.

Analizzando, infine, il consumo almeno settimanale di "dolci" e "snack salati", si osserva un valore maggiore o uguale alla media nazionale in quasi tutte le regioni del Centro-Nord (escluse la PA di Bolzano, Umbria e Lazio) per i primi, mentre i secondi hanno frequenze di consumo superiori alla media italiana prevalentemente in alcune regioni del Sud (Campania, Molise, Basilicata, Calabria e Abruzzo) ma anche in Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, prefigurando una maggiore omogeneità interterritoriale.

L'uso di "olio d'oliva o grassi vegetali" presenta elevatissime percentuali in tutte le regioni e PA: campo di variazione 91,5-98,3% per l'uso in cottura, 94,0-98,5% per l'uso a crudo. Nel Centro-Sud e Isole è maggiormente diffusa l'abitudine ad usare l'olio d'oliva ed altri oli vegetali sia per la cottura (96,6-98,3%) che come condimento a crudo (97,4-98,5%).

**Grafico 1 - Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea per regione - Anno 2023 (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" (1). Anno 2025.

Infine, emergono differenze regionali nel consumo di sale iodato, il cui impiego risulta più diffuso in quasi tutte le regioni del Nord-Ovest (ad eccezione della Liguria e del Piemonte) e in alcune del Centro, come Toscana e Umbria. Un'attenzione significativa al consumo di sale iodato si riscontra anche in Molise, Puglia, Basilicata e Calabria.

**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 2023**

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	57,2	50,9	75,3	82,9	14,4	77,5	8,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,0	47,1	67,9	78,1	15,6	77,7	6,7
Lombardia	49,7	43,1	70,3	78,0	17,2	76,6	6,2
Bolzano-Bozen	48,8	44,3	64,9	72,2	16,8	78,1	5,0
Trento	65,0	52,6	73,0	83,3	14,3	76,8	8,9
Veneto	53,6	45,0	66,0	76,1	15,8	79,4	4,8
Friuli Venezia Giulia	59,6	46,1	68,2	79,0	16,3	76,8	6,9
Liguria	53,5	46,0	77,2	81,8	15,1	79,9	5,0
Emilia-Romagna	54,3	47,2	72,5	79,1	15,1	78,7	6,1
Toscana	51,3	47,0	72,6	79,7	16,2	78,4	5,4
Umbria	52,5	41,8	74,2	81,4	16,6	79,5	3,9
Marche	58,8	47,3	72,1	80,0	14,6	79,9	5,6
Lazio	52,2	42,0	69,6	77,8	17,9	75,5	6,5
Abruzzo	46,4	40,0	70,9	77,0	18,7	77,7	3,6
Molise	37,0	33,6	72,6	78,1	20,6	73,7	5,7
Campania	44,0	39,7	70,2	76,4	16,8	80,2	3,0
Puglia	35,8	31,5	72,8	77,6	23,1	73,3	3,6
Basilicata	34,1	30,5	68,7	73,5	24,1	73,5	2,3
Calabria	40,3	37,7	73,6	78,2	18,5	77,8	3,7
Sicilia	39,1	34,9	74,8	79,7	20,5	75,8	3,6
Sardegna	46,3	40,8	75,2	80,2	16,7	78,3	5,0
<b>Italia</b>	<b>49,0</b>	<b>42,4</b>	<b>71,5</b>	<b>78,5</b>	<b>17,3</b>	<b>77,4</b>	<b>5,3</b>

\*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” (1). Anno 2025.

**Tabella 2 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2023**

Regione	Pane, pasta, riso*	Latte* Formaggi* Salumi*	Carni bianche*	Carni bovine*	Carni di matale*	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	74,6	44,0	26,5	58,1	81,8	64,8	21,2	39,5	69,2	45,8	54,6	28,7	53,6	95,1
Valle d'Aosta	74,3	46,2	35,5	57,9	79,2	67,1	22,7	40,0	68,7	53,3	58,3	33,3	55,3	93,9
Lombardia	72,8	42,3	22,8	59,6	80,1	57,9	20,7	37,3	63,2	50,2	57,5	38,1	54,7	97,9
Bolzano-Bozen	61,1	48,9	32,2	58,3	59,5	37,6	16,1	32,3	69,7	37,4	35,8	26,8	45,8	91,5
Trento	75,6	44,0	30,5	57,6	73,7	51,9	15,2	45,3	68,0	54,4	55,2	29,4	52,2	92,3
Veneto	69,7	40,6	22,4	55,0	75,4	57,3	19,7	41,2	62,6	42,2	50,9	35,1	54,9	95,3
Friuli Venezia Giulia	67,3	44,6	28,4	57,9	79,6	59,9	18,4	45,4	66,4	46,5	55,2	32,4	54,3	94,4
Liguria	74,3	44,2	20,9	52,9	76,1	55,8	21,3	30,7	68,4	43,9	55,5	27,2	52,3	96,6
Emilia-Romagna	76,0	42,1	20,3	60,5	76,9	54,1	18,9	42,6	63,5	53,1	55,6	30,5	53,2	95,5
Toscana	79,1	48,6	20,0	57,9	83,8	63,4	24,0	49,5	66,4	58,1	62,2	29,7	52,6	98,3
Umbria	80,3	51,5	19,9	66,3	82,3	58,5	25,1	52,0	68,4	61,5	56,2	23,2	48,1	96,8
Marche	81,6	45,3	14,5	59,4	83,6	60,6	26,3	48,6	69,9	53,9	66,4	27,0	53,0	98,0
Lazio	76,1	55,1	14,0	53,4	80,7	61,9	27,0	45,3	70,4	59,0	63,9	30,9	47,5	97,5
Abruzzo	81,7	45,2	16,9	66,3	84,7	59,9	35,8	51,7	74,7	66,2	61,5	34,4	52,3	98,3
Molise	81,4	52,7	16,3	70,1	84,0	66,0	35,1	56,6	76,4	75,4	68,1	38,5	53,3	97,3
Campania	80,2	49,2	12,5	66,0	81,0	69,1	40,1	56,1	72,3	78,2	71,1	40,3	47,0	97,3
Puglia	78,5	53,2	16,0	63,3	78,3	60,4	32,3	43,0	66,2	64,7	61,4	33,9	47,7	97,9
Basilicata	77,6	47,0	14,9	69,1	79,7	61,3	43,5	53,3	71,9	78,0	63,9	36,8	49,9	97,4
Calabria	79,3	53,4	22,5	63,7	78,6	63,7	32,5	50,2	75,0	71,0	68,7	35,2	47,0	97,2
Sicilia	83,2	45,3	20,0	61,0	83,1	70,3	32,3	51,0	76,8	67,4	44,7	32,7	44,7	98,0
Sardegna	74,3	46,8	29,8	54,0	78,4	59,5	33,5	50,7	67,0	45,5	56,2	27,0	50,0	96,6
<b>Italia</b>	<b>76,2</b>	<b>46,5</b>	<b>20,1</b>	<b>59,6</b>	<b>80,1</b>	<b>61,2</b>	<b>26,3</b>	<b>44,8</b>	<b>68,1</b>	<b>60,3</b>	<b>56,3</b>	<b>33,3</b>	<b>50,9</b>	<b>96,2</b>
													<b>97,8</b>	<b>73,5</b>
														<b>47,7</b>

\*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” (1). Anno 2025.

### 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, il consumo di VOF spicca 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 2023, il consumo quotidiano di VOF continua a riguardare meno di otto persone su dieci, rimanendo quindi al di sotto del *target* complessivo della popolazione totale: le raccomandazioni indicate negli anni passati (10) restano perciò valide. Inoltre, tra i consumatori giornalieri di frutta e verdura solo il 5,3% raggiunge le 5 porzioni al giorno (5+ VOF).

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 (7), rappresenta un punto essenziale. La complessità di questi studi e la necessità di armonizzare la metodologia (11) non ha consentito finora di condurre a cadenza regolare gli studi, anche se in Italia sono stati realizzati studi sui consumi alimentari individuali ad una distanza approssimativamente decennale (12-14). L'aggiornamento più recente è stato realizzato con lo Studio sui Consumi Alimentari in Italia tra il 2017 e il 2020 (15). I dati italiani sono inseriti in banche dati internazionali (*Concise Database; Comprehensive Database; Food and Agriculture Organization/World Health Organization Global Individual Food Consumption Data Tool; Global burden of Disease; Global Dietary Database; Sustainable, Healthy, Affordable, Reliable, and Palatable Indicator Database; Montecarlo Risk Assessment*) e vengono utilizzati in molti progetti italiani ed internazionali. Questo sottolinea l'importanza di produrre dati armonizzati e utilizzabili da tutti coloro (ricercatori, decisori politici ed Autorità italiane ed internazionali) che ne necessitano. La raccomandazione è, quindi, quella di inserire questi studi nel programma statistico nazionale con un sistema di training adeguato (16-17).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” - 2023. Istat. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories>.
- (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](http://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](http://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](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](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp).
- (7) Lorca-Camara V., Bosque-Prous M., Bes-Rastrollo M., Callaghan-Gordo C., Bach-Faig A. Environmental and Health Sustainability of the Mediterranean Diet: A Systematic Review, Advances in Nutrition 2024; 15(12): 100322, <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100322>.
- (8) 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, 8: 433-440. Disponibile sul sito: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407).
- (9) 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.
- (10) Turrini A, Bologna E. 2023. Consumo di alimenti per tipologia. In: “Rapporto Osservasalute 2022”. (9) Turrini A, Bologna E. 2023. Consumo di alimenti per tipologia. In: “Rapporto Osservasalute 2022”. Capitolo “Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione”: 32-38. Disponibile sul sito: [https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-fattori\\_rischio.pdf](https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-fattori_rischio.pdf).
- (11) EFSA - European Food Safety Authority. 2014. Guidance on the EU Menu methodology. EFSA Journal, 12 (12). Disponibile sul sito: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2014.3944>.
- (12) Saba A, Turrini A, Mistura G, Cialfa E, Vichi M. 1990. Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-84: alcuni principali risultati, Rivista della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione, Anno 19, n. 4, pp. 53-65.
- (13) Turrini A, Saba A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A. 2001. Food Consumption Patterns in Italy: the INN-CA Study 1994-96, European Journal of Clinical Nutrition, Vol. 55, 7, pp. 571-588.
- (14) Leclercq C, Arcella D, Piccinelli R, Sette S, Le Donne C, Turrini A. on behalf of the INRAN SCAI 2005-06 study group (2009): The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06. Main results in terms of food consumption. Public Health Nutrition, 12 (12), pp. 2.504-2.532 doi:10.1017/S1368980009005035.
- (15) Mistura L., Le Donne C., D'Addazio L., Ferrari M., Comendador F.J., Piccinelli R., Martone D., Sette S., Catasta G., Turrini A., IV SCAI field work team (2025). The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption, Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD, 103863.
- (16) Turrini A, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addazio L, Ferrari M, Le Donne C, Martone D, Mistura L, Pettinelli A, Piccinelli R, Saba A, Sette S, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A on behalf of the Training Course Team, A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption, Frontiers in Public Health, 9, 2021, 56. Disponibile sul sito: [www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.590315](http://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.590315),

DOI=10.3389/fpubh.2021.590315. ISSN = 2296-2565  
Corrigendum: A Dietary Assessment Training Course Path:  
The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption.  
Disponibile sul sito:  
[www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full](http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full).

(17) Le Donne C, Piccinelli R, Sette S, Martone D, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addezio L,

Ferrari M, Mistura L, Pettinelli A, Saba A, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A and Turrini A (2022): Dietary assessment training: The Italian IV SCAI study on 10-74-year-old individuals' food consumption. *Front. Nutr.* 9:954939. doi: 10.3389/fnut.2022.954939. Disponibile sul sito:  
[www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.954939/full](http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.954939/full).

## Sovrappeso e obesità

**Significato.** Nella definizione dell'OMS l'obesità è una malattia cronica complessa caratterizzata da eccessivi depositi di grasso che possono compromettere la salute. L'obesità può aumentare il rischio di diabete di tipo 2 e malattie cardiache, può compromettere la salute delle ossa e la riproduzione e aumenta il rischio di alcuni tumori. L'obesità influenza la qualità della vita, come il sonno o il movimento. Nel

2022, nel mondo, 2,5 miliardi di persone sopra i 18 anni sono in sovrappeso e circa 900 milioni sono obesi e questa quota è raddoppiata rispetto al 1990 (1). In Europa, secondo i dati più recenti, nel 2019 il 44,8% degli adulti residenti nell'UE aveva un peso "normale", mentre più della metà (52,7%) era in sovrappeso e il 2,5% era sottopeso (2).

### Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore	Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea $25-29 \text{ e } \geq 30$	$\times 100$
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre	

**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 a 39,99; di terzo grado o grave IMC con un valore di  $\geq 40$  (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 "sovrapeso" 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 salute. Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine, relativa al 2023, 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 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 ed obese può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

### Descrizione dei risultati

Nel 2023, le persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso sono il 34,6%, dato sostanzialmente stabile rispetto al

35,0% del 2022. Nello stesso anno sono obesi in Italia circa 5 milioni 800 mila adulti, che rappresentano l'11,8% della popolazione; complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età  $\geq 18$  anni è in eccesso ponderale, valore invariato rispetto al 2022 (Tabella 1, Grafico 1). Si rafforza la valutazione che le variazioni di questo fenomeno sono apprezzabili in intervalli temporali più ampi di due annualità; infatti, se si procede ad un'analisi delle serie storiche, dal 2001 al 2023, 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 (Grafico 1). 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 che partivano da livelli di prevalenze più bassi.

Nel 2023 le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli. Nel confronto regionale si evidenzia una differenza di 9,6 p.p. tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,7 p.p. in riferimento all'incidenza di obesità.

La prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese continua a essere rilevata nelle regioni del Meridione: Puglia (15,0%), Molise (14,9%), Basilicata (14,2%) e Sicilia (13,5%). Per contro, nelle regioni del Nord si registra la prevalenza minore di persone obese e quelle con valori inferiori sono Valle d'Aosta (8,3%), PA di Bolzano (9,3%) e PA di Trento (9,4%).

Nel 2023 non si registra alcuna variazione regionale significativa a livello statistico.

Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti: stesso valore per Campania e Calabria con il 38,7% degli *over 18* anni, Basilicata (37,9%) e Puglia (37,5%). Nella parte bassa della graduatoria vi sono PA di Bolzano (29,1%), PA di Trento (29,4%) e Marche (29,9%). Le uniche 2 regioni dove si registrano delle variazioni statisticamente significative sono il Lazio con un +4,6 p.p. nella prevalenza di adulti in sovrappeso e una diminuzione nelle Marche della stessa prevalenza di 4,1 p.p..

La variabile età è una discriminante per l'aumento ponderale; infatti, al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso di peso (in sovrappeso o obesa). Anche nel 2023, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 15,7% della fascia di età 18-24 anni al valore massimo del 42,7% tra i 65-74 anni, fascia di età che si conferma più critica rispetto alla condizione di ecces-

so di peso con una differenza di 27,0 p.p. della prevalenza. Anche l'obesità è una condizione nella quale si trovano il 4,2% dei giovani di età 18-24 anni ed arriva a coinvolgere il 15,9% di coloro che hanno tra i 65-74 anni (Tabella 2).

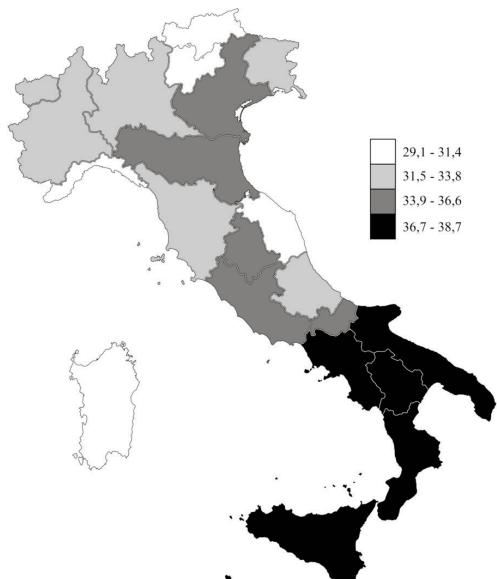
La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere a sfavore degli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 42,0% degli uomini rispetto al 27,6% delle donne ed obeso il 13,0% degli uomini rispetto al 10,7% delle donne. A partire dai 45 anni si registrano percentuali elevate di persone in eccesso di peso per gli uomini che superano il valore medio totale, mentre per le donne il valore che supera la media totale è raggiunto dopo i 55 anni. Tra i 45-54 anni si registra la maggiore differenza di genere tra la prevalenza sia di persone in sovrappeso (19,3 p.p.) mentre per le persone obese è la fascia di età 55-64 anni a far registrare il divario più elevato (4,5 p.p.); 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 genere e regione - Anno 2023

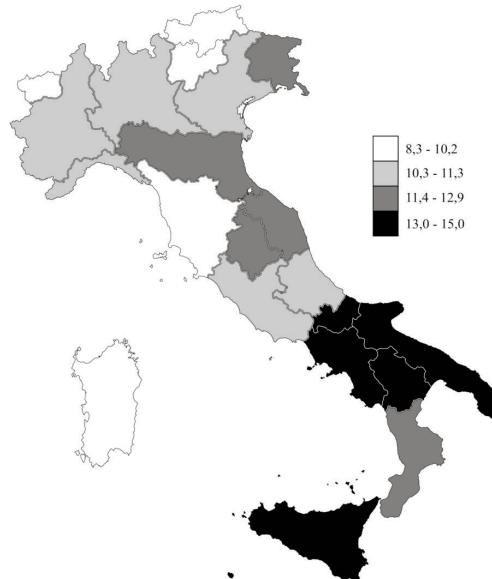
Regioni	Maschi	Sovrappeso Femmine	Totale	Maschi	Obesità Femmine	Totale
Piemonte	38,6	25,3	31,7	11,2	9,5	10,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	39,7	25,3	32,3	9,7	7,0	8,3
Lombardia	40,3	25,6	32,7	11,6	10,4	11,0
Bolzano-Bozen	38,5	20,1	29,1	10,8	7,8	9,3
Trento	36,9	22,3	29,4	10,8	8,2	9,4
Veneto	42,2	26,6	34,1	12,3	10,4	11,3
Friuli-Venezia Giulia	40,4	27,6	33,8	13,9	10,8	12,3
Liguria	36,0	24,5	30,0	11,5	9,7	10,6
Emilia-Romagna	44,1	28,4	36,0	13,6	11,8	12,6
Toscana	39,8	25,1	32,2	11,7	8,6	10,1
Umbria	41,7	27,8	34,4	14,5	10,5	12,4
Marche	37,2	23,1	29,9	13,5	11,3	12,4
Lazio	42,6	29,7	35,8	12,5	9,1	10,7
Abruzzo	40,7	26,3	33,3	12,7	9,6	11,1
Molise	42,9	30,2	36,4	16,1	13,7	14,9
Campania	46,9	31,2	38,7	14,6	11,8	13,1
Puglia	43,9	31,6	37,5	16,2	13,9	15,0
Basilicata	43,8	32,3	37,9	13,8	14,5	14,2
Calabria	45,2	32,6	38,7	15,0	10,4	12,6
Sicilia	44,3	29,9	36,8	15,1	12,0	13,5
Sardegna	39,9	22,6	31,0	11,1	9,0	10,1
<b>Italia</b>	<b>42,0</b>	<b>27,6</b>	<b>34,6</b>	<b>13,0</b>	<b>10,7</b>	<b>11,8</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2023**

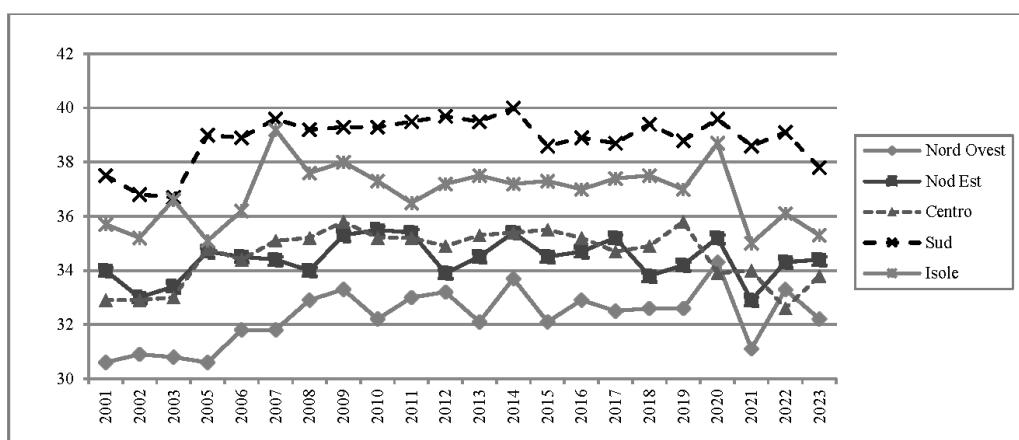


**Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2023**

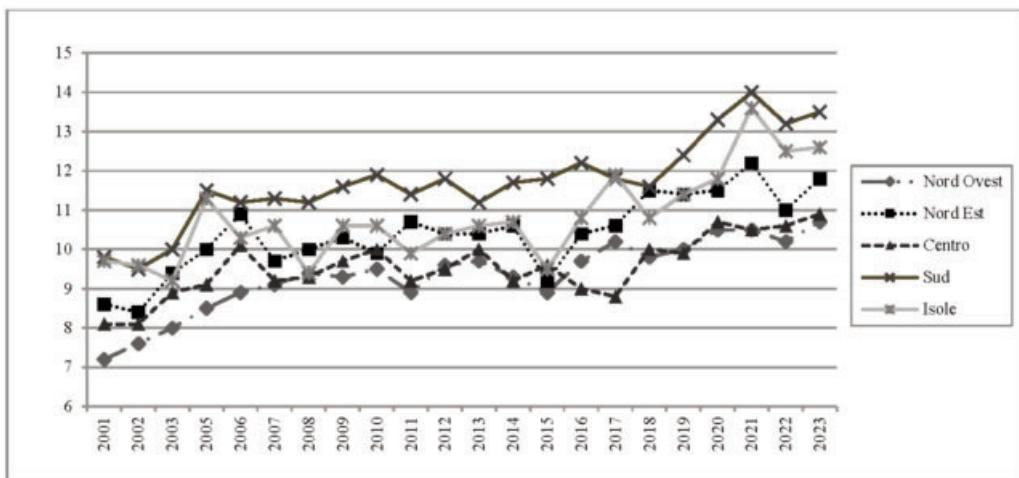


**Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obesse per macroarea - Anni 2001-2023**

**Sovrappeso**



**Obesità**



**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2023**

Classi di età	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	18,3	13,0	15,7	4,5	3,9	4,2
25-34	31,9	18,3	25,2	8,8	7,5	8,2
35-44	39,8	21,6	30,7	11,4	8,2	9,8
45-54	46,1	26,8	36,4	14,3	9,9	12,1
55-64	48,0	31,0	39,3	16,5	12,0	14,2
65-74	50,9	35,1	42,7	17,0	14,9	15,9
75+	46,6	37,3	41,0	13,7	13,8	13,8
<b>Totale</b>	<b>42,0</b>	<b>27,6</b>	<b>34,6</b>	<b>13,0</b>	<b>10,7</b>	<b>11,8</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Obesità e sovrappeso sono condizioni prevenibili (3). È necessario sensibilizzare cittadini e Istituzioni e incoraggiare la prevenzione dell’obesità, evitando discriminazioni, pregiudizi e l’uso di un linguaggio stereotipato e stigmatizzante sulle persone che vivono con l’obesità (4). Molte le indicazioni finalizzate alla promozione di una sana alimentazione e ad un corretto stile di vita, tra cui l’aumentare il consumo di cereali integrali, pesce, verdure e frutta. Necessario limitare il consumo di sale e di bevande alcoliche e aumentare quello di acqua nonché scegliere un’attività fisica soddisfacente ed essere costante (5). Sono state anche 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 sonno irregolare inducono ad alti livelli di stress e a condizioni di sovrappeso (3, 4).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight).
- (2) Disponibile sul sito: [www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738](http://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738).
- (3) Disponibile sul sito: [www.oecd.org/italy/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-ITALY-In-Italian.pdf](http://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/world-obesity-day](http://www.worldobesity.org/what-we-do/world-obesity-day).
- (5) Disponibile sul sito: [www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018](http://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018).

## Eccesso di peso nei minori

**Significato.** La diffusione dell’obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno fortemente diffuso e che caratterizza 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. A livello globale, l’OMS stima che circa 35 milioni di bambini sotto i 5 anni siano in eccesso di peso (Anno 2024) e che tra i bambini e adolescenti di età 5-19 anni tale condizione riguardi 340 milioni di ragazzi (Anno 2022) (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). Numerosi studi hanno evidenziato come la condizione di obesità riscontrata tra bambini e ragazzi ha una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3, 4). Circa il 55% dei bambini obesi diventa obeso nell’adolescenza, circa l’80% degli adolescenti obesi sarà ancora obeso in età adulta e circa il 70% sarà obeso oltre i 30 anni (5).

In Italia, a partire dal 2010, l’Istat ha validato e reso disponibili le informazioni relative all’eccesso di peso (sovrapeso/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

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

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 di circa 20.000 famiglie, per un totale di oltre 42.000 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 dell’Istat “Aspetti della vita quotidiana”, informazioni periodiche sull’eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (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 internazionale.

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

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell’eccesso di peso dei minori sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di 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 autodichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l’IMC desunti da Cole e Lobstein (6) 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  $\geq 25$  per il sovrappeso e  $\geq 30$  per l’obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso<sup>1</sup>. 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.

<sup>1</sup>Tra 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 (2022-2023). 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 più recenti a disposizione, relativi al biennio 2022-2023 indicano che in Italia oltre un ragazzo su quattro, tra i 3-17 anni (pari al 26,7%), risultò in eccesso di peso. Analizzando più nel dettaglio la distribuzione per fasce di età, emerge come il fenomeno sia particolarmente diffuso tra i bambini di età 3-10 anni, dove la percentuale arriva a circa il 33%. I valori più alti si registrano tra le femmine di età 3-5 anni e i maschi di età 6-10 anni. Con l'aumentare dell'età, la prevalenza di sovrappeso e obesità tende progressivamente a diminuire, fino a raggiungere il minimo tra gli adolescenti di età 14-17 anni, con un valore del 17,4% (Tabella 1).

Questa tendenza legata all'età si conferma stabile nel tempo, con livelli costantemente più elevati nelle fasce di età più giovani come già osservato in passato. Anche nel biennio 2022-2023 si conferma una marcata differenza di genere: i maschi presentano una prevalenza più alta di eccesso di peso rispetto alle femmine (29,3% vs 24,0%).

Queste differenze diventano particolarmente evidenti a partire dalla fascia di età 6-10 anni e tendono ad aumentare nelle età successive.

L'andamento negli ultimi anni mostra una diminuzione del fenomeno tra il 2010-2011 e il 2016-2017 (dal 28,5% al 25,5%), seguita da una fase di stabilità fino al 2018-2019. A partire dal 2020-2021 si registra una

nuova crescita, proseguita fino al 2021-2022 (27,2%). Nel biennio 2022-2023 si osserva, invece, una lieve flessione.

Anche tra bambini e ragazzi si rileva un marcato gradiente territoriale, che si è consolidato nel tempo. Le prevalenze di sovrappeso e obesità aumentano sensibilmente procedendo dal Nord al Sud del Paese, delineando una geografia in cui ben 7 delle 10 regioni con valori superiori alla media nazionale si trovano nel Mezzogiorno.

I livelli più elevati, con oltre un terzo dei minori in eccesso di peso, si registrano in Campania (36,5%), Calabria (35,8%), Basilicata (35,0%) e Sicilia (33,8%). Al contrario, le percentuali più basse si osservano nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 15,1% e 17,4%), in Friuli-Venezia Giulia (18,4%) e in Lombardia (19,5%) (Tabella 2).

I comportamenti dei genitori influenzano in modo significativo quelli dei figli, soprattutto durante l'infanzia e l'adolescenza. La famiglia rappresenta un contesto fondamentale per la trasmissione intergenerazionale di conoscenze, abitudini, norme e valori. Inoltre, i membri della famiglia condividono lo stesso status socio-economico, che può incidere sulla propensione ad adottare comportamenti a rischio, come evidenziato anche in relazione al titolo di studio (7). L'eccesso di peso mostra una forte componente familiare. Tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie dove almeno uno dei genitori è in sovrappeso o obeso, la prevalenza dell'eccesso ponderale risulta sistematicamente più alta rispetto a chi ha genitori normopeso. In particolare, nel biennio 2022-2023, l'eccesso di peso raggiunge il 36,1% quando entrambi i genitori ne sono affetti, il 25,7% se riguarda solo la madre, il 28,2% se solo il padre, e scende al 21,6% quando entrambi i genitori non presentano questa condizione (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 2022-2023

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5 anni	33,2	34,5	33,8
6-10 anni	33,6	31,3	32,5
11-13 anni	29,8	18,9	24,6
14-17 anni	21,5	13,0	17,4
<b>Totale</b>	<b>29,3</b>	<b>24,0</b>	<b>26,7</b>

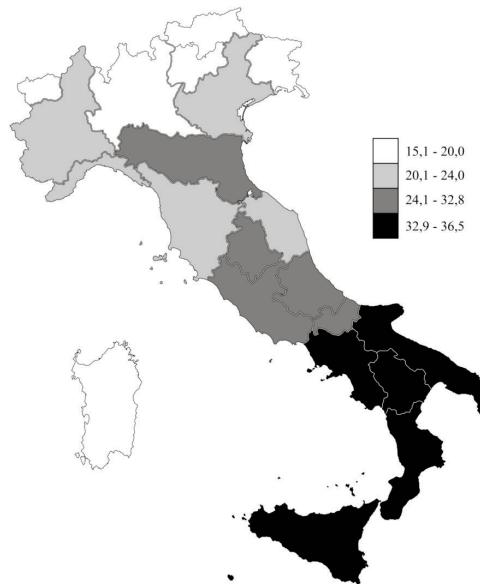
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

**Tabella 2** - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2022-2023

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	21,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,0
Lombardia	19,5
Bolzano-Bozen	17,4
Trento	15,1
Veneto	24,0
Friuli-Venezia Giulia	18,4
Liguria	23,6
Emilia-Romagna	27,8
Toscana	22,3
Umbria	29,2
Marche	22,2
Lazio	28,1
Abruzzo	32,0
Molise	32,3
Campania	36,5
Puglia	33,2
Basilicata	35,0
Calabria	35,8
Sicilia	33,8
Sardegna	20,0
<b>Italia</b>	<b>26,7</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2022-2023



**Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per alcune caratteristiche genitori/famiglia - Anni 2022-2023**

Caratteristiche genitori/famiglia	Prevalenza media
<i>Titolo di studio</i>	
Dottorato di ricerca e Laurea	22,3
Diploma scuola superiore	26,3
Scuola dell'obbligo	34,2
<i>Risorse economiche della famiglia</i>	
Risorse economiche Ottime-adeguate	24,8
Risorse economiche scarse o insufficienti	30,1
<i>Eccesso di peso dei genitori</i>	
Né il padre né la madre in eccesso di peso	21,6
Solo la madre in eccesso di peso	25,7
Solo il padre in eccesso di peso	28,2
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	36,1
<b>Totale</b>	<b>26,7</b>

**Nota:** 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 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L’obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno sempre più diffuso, sia in Italia che nel resto del mondo, e merita particolare attenzione. Più della metà dei bambini obesi tende a rimanere obesa in adolescenza, e circa l’80% degli adolescenti obesi lo sarà anche in età adulta. È, quindi, fondamentale intervenire precoceamente per prevenire e contrastare l’obesità nei più giovani, anche in considerazione delle gravi conseguenze sulla salute.

Disporre periodicamente di dati sull’eccesso di peso tra bambini e ragazzi consente di monitorare il fenomeno e di individuare i gruppi più a rischio: in particolare, i maschi, i figli di genitori in sovrappeso, le famiglie con basso livello socio-economico e i residenti nelle regioni meridionali. Le forti disparità territoriali evidenziano la necessità di interventi mirati, che tengano conto delle specificità locali.

Nelle aree dove l’obesità infantile è più diffusa, è utile rafforzare le iniziative di educazione alimentare, promozione dell’attività fisica e supporto alle famiglie, coinvolgendo attivamente scuole e comunità locali. In un’ottica di equità, è essenziale agire sulle determinanti sociali che alimentano il divario tra Nord e Sud ed Isole, per garantire pari opportunità di crescita e salute a tutti i bambini, indipendentemente dal contesto di origine (8).

Disporre di strumenti teorici e dati aggiornati è cruciale per costruire strategie efficaci di prevenzione. In questo contesto, la famiglia svolge un ruolo centrale nell’educazione dei figli, trasmettendo stili di vita sani attraverso una corretta alimentazione e l’incoraggiamento all’attività fisica e sportiva. Per questo, è importante prevedere interventi di sostegno che aiutino le famiglie a svolgere al meglio il proprio compito educativo.

Anche la scuola può essere un importante alleato, attraverso programmi di educazione alimentare (9) e l’introduzione di attività motorie regolari (10). Questi percorsi educativi contribuiscono alla diffusione di comportamenti salutari, fondamentali per contrastare l’obesità e promuovere il benessere dei più giovani.

### Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight Fact sheet, 7 May 2025.
- (2) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelhar 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) Pomi, A.L., Pepe, G., Aversa, T. et al. (2024) Early adiposity rebound: predictors and outcomes. Ital J Pediatr 50, 98. <https://doi.org/10.1186/s13052-024-01671-4>.
- (5) Simmonds M., Llewellyn A., Owen C. G., Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews 2016 Feb;17(2):95-107.
- (6) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (7) Grassi T., et al. Socio-Economic and Environmental Factors Associated with Overweight and Obesity in Children Aged 6-8 Years Living in Five Italian Cities (the MAPEC LIFE Cohort). Journal: Int. J. Environ. Res. Public Health, 2016.
- (8). Lazzeri G., et al. (2013). Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: Results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. Public Health Nutrition.
- (9) Ministero dell’agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste. “Frutta e verdura nelle scuole”. Disponibile sul sito: [www.fruttanellescuole.gov.it/home](http://www.fruttanellescuole.gov.it/home).
- (10) Sport e Salute, Ministero dell’istruzione e del merito (MIM). “Scuola Attiva Kids”. Disponibile sul sito: [www.sportesalute.eu/progettoscuolattiva/kids/il-progetto.html](http://www.sportesalute.eu/progettoscuolattiva/kids/il-progetto.html).

## 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 circa un adulto su tre non raggiunge i livelli globali raccomandati di attività fisica e l'80% della popolazione mondiale adolescente non è sufficientemente attiva.

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

Numeratore	Personne 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 la pratica di sport ed attività fisica, sono stati analizzati i dati relativi all'Indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel 2023 su un campione di 18.560 famiglie, per un totale di circa 41.000 individui.

Si considera come pratica sportiva quella svolta nel tempo libero, con carattere di continuità o saltuariamente, 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 al di sotto dei 14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

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

Le donne sono meno attive degli uomini. Questo dato è rimasto invariato dal 2000. Dopo i 60 anni, i livelli di inattività fisica aumentano sia negli uomini che nelle donne. L'81% degli adolescenti (di età compresa tra 11-17 anni) risulta fisicamente inattivo. Le ragazze adolescenti sono meno attive dei coetanei maschi: l'85% vs il 78% non rispetta le Linee Guida dell'OMS (2).

Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta. 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 (3).

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.

### Descrizione dei risultati

Nel 2023, oltre 21 milioni di persone dai 3 anni ed oltre hanno praticato uno o più sport nel tempo libero, pari al 36,9% della popolazione. Di questi, il 28,3% lo ha fatto in modo continuativo, mentre l'8,6% in modo saltuario. A questi si aggiunge un ulteriore 27,9% di persone che ha svolto almeno una forma di attività fisica (come fare passeggiate di almeno 2 km o andare in bicicletta) (Tabella 1).

I dati di lungo periodo evidenziano un andamento positivo nella partecipazione sportiva, con un aumento particolarmente significativo della pratica continuativa, passata dal 19,1% del 2001 al 28,3% del 2023. Questa tendenza si è mantenuta stabile anche durante il periodo pandemico, nonostante le limitazioni imposte alle attività sportive, sia al chiuso che all'aperto. Parallelamente, è diminuita la quota di popolazione completamente sedentaria, cioè di coloro che non praticano né sport né alcuna attività fisica: dal 40,3% nel 2001 al 35,0% nel 2023.

La pratica sportiva è particolarmente diffusa tra i più giovani, soprattutto nella fascia di età compresa tra i 6-14 anni, dove quasi sette ragazzi su dieci svolgono attività sportiva in modo regolare. Tuttavia, a partire dai 15 anni si registra un calo significativo della partecipazione, più marcato tra le ragazze. Questa ten-

denza si accentua ulteriormente dopo i 25 anni, quando gli impegni lavorativi e familiari iniziano a limitare il tempo a disposizione per lo sport. La partecipazione cala sensibilmente anche tra la popolazione anziani: solo il 23,4% delle persone tra i 65-74 anni pratica sport, percentuale che scende al 9,6% tra gli *over 74* (Tabella 2). È, comunque, da segnalare un netto miglioramento rispetto al 2001, quando solo il 7,1% dei 65-74enni e appena il 2,7% degli ultra 74enni risultavano attivi.

Parallelamente, la sedentarietà tende ad aumentare con l'età. Circa due giovani su dieci, fino ai 24 anni, conducono uno stile di vita prevalentemente sedentario; una percentuale che sale drasticamente con l'incremento dell'età, fino a coinvolgere quasi sette persone su dieci tra gli *over 75* anni (4). Questi dati evidenziano l'urgenza di promuovere politiche e interventi efficaci che incentivino la continuità dell'attività fisica lungo tutto l'arco della vita, al fine di contrastare gli effetti negativi della sedentarietà e favorire il benessere psicofisico.

La partecipazione sportiva mostra anche importanti differenze di genere. Nel 2023, il 42,6% degli uomini pratica sport, rispetto al 31,5% delle donne. Tuttavia, negli ultimi decenni si è registrata una crescita più marcata tra le donne, con una leggera riduzione del divario di genere da 13,0 p.p. nel 2001 agli attuali 11,1 p.p.. Nonostante i progressi, persistono disuguaglianze significative in alcune fasce di età, dove la distanza tra uomini e donne supera ancora i 10 p.p.. È interessante osservare che tra i bambini di età 3-5 anni non emergono differenze rilevanti tra maschi e femmine, segno di una sostanziale parità nella prima infanzia. Con l'avanzare dell'età, però, le disparità si ampliano, sottolineando la necessità di azioni mirate per favorire

una maggiore partecipazione femminile, soprattutto nei gruppi in cui il divario risulta più marcato.

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. Le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 36,1% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono: Calabria (24,0%), Campania (24,4%), Sicilia (26,0%), e Basilicata (26,1%), mentre le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano (60,0%), la PA di Trento (47,7%) e la Valle d'Aosta (46,1%) 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 e Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale alla tendenza sinora registrata: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica. In particolare, in Basilicata, Campania e Sicilia si osservano le quote più elevate di sedentari (con valori >50%).

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, nel 2023, i livelli più alti di partecipazione si sono registrati nei Comuni centrali delle aree metropolitane (41,8%) e nelle zone limitrofe (35,6%), mentre nei Comuni più piccoli, con meno di 2.000 abitanti, la percentuale scende al 28,9% (dati non presenti in tabella).

**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, 2005-2023

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
<b>Maschi</b>					
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	..
2022	30,9	9,3	26,2	33,6	-
<b>2023</b>	<b>32,9</b>	<b>9,7</b>	<b>26,2</b>	<b>31</b>	<b>0,2</b>
<b>Femmine</b>					
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	..
2022	21,8	7,4	30,2	40,6	..
<b>2023</b>	<b>24,0</b>	<b>7,5</b>	<b>29,4</b>	<b>38,8</b>	<b>0,2</b>

**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, 2005-2023*

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
	<b>Totale</b>				
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	..
2022	26,3	8,3	28,2	37,2	..
<b>2023</b>	<b>28,3</b>	<b>8,6</b>	<b>27,9</b>	<b>35,0</b>	<b>0,2</b>

- = 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 2025.

**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 classe di età - Anni 2001-2003, 2005-2023

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
<b>Maschi</b>					
3-5	19,6	3,5	24,5	52,4	-
6-10	68,5	4,3	9,6	14,5	3,1
11-14	68,9	5,9	11,5	11,9	1,7
15-17	63,5	8,0	14,6	13,9	-
18-19	53,6	13,6	14,2	18,5	-
20-24	50,6	10,4	16,4	22,5	-
25-34	43,2	12,5	19,4	24,9	-
35-44	33,2	13,2	25,6	27,9	0,0
45-54	27,2	10,8	30,5	31,5	-
55-59	24,4	11,4	30,5	33,8	-
60-64	23,9	10,3	34,4	31,4	-
65-74	18,8	8,7	36,7	35,8	-
75+	9,6	4,4	31,4	54,7	-
<b>Totale</b>	<b>32,9</b>	<b>9,7</b>	<b>26,2</b>	<b>31,0</b>	<b>0,2</b>
<b>Femmine</b>					
3-5	27,0	2,6	21,9	48,5	-
6-10	59,5	4,4	10,5	20,9	4,8
11-14	54,6	6,4	17,3	21,4	0,3
15-17	43,9	10,4	24,9	20,9	-
18-19	34,6	8,8	27,2	29,3	-
20-24	39,0	12,1	25,8	23,0	-
25-34	30,0	10,5	30,6	28,8	-
35-44	23,0	10,0	32,0	35,0	-
45-54	23,4	10,0	34,6	32,1	-
55-59	21,7	8,1	35,6	34,5	-
60-64	17,8	7,9	36,2	38,1	-
65-74	14,3	5,2	35,8	44,5	0,0
75+	4,9	1,7	20,6	72,8	-
<b>Totale</b>	<b>24,0</b>	<b>7,5</b>	<b>29,4</b>	<b>38,8</b>	<b>0,2</b>
<b>Totale</b>					
3-5	23,0	3,1	23,3	50,6	-
6-10	64,0	4,3	10,0	17,7	3,9
11-14	62,2	6,1	14,2	16,4	1,1
15-17	54,4	9,1	19,3	17,1	-
18-19	43,9	11,2	20,9	24,0	-
20-24	45,0	11,3	21,0	22,8	-
25-34	36,8	11,6	24,9	26,8	-
35-44	28,1	11,6	28,8	31,4	0,0
45-54	25,2	10,4	32,6	31,8	-
55-59	23,0	9,7	33,1	34,2	-
60-64	20,8	9,1	35,3	34,8	-
65-74	16,5	6,9	36,3	40,3	0,0
75+	6,8	2,8	25,0	65,5	-
<b>Totale</b>	<b>28,3</b>	<b>8,6</b>	<b>27,9</b>	<b>35,0</b>	<b>0,2</b>

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

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

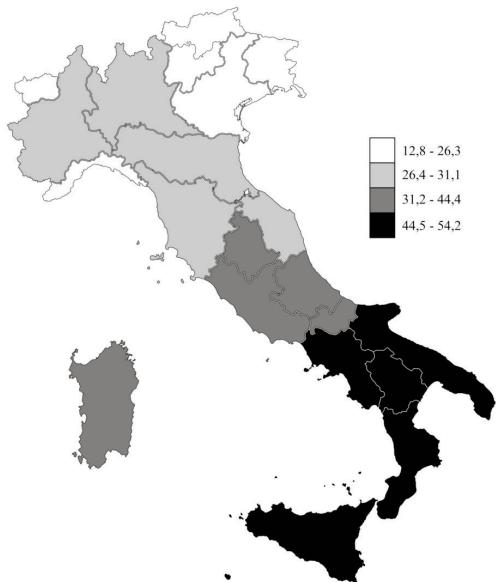
**Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2023**

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	27,9	10,1	31,5	30,2	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,4	11,7	27,7	26,2	-
Liguria	27,6	8,1	33,2	31,1	-
Lombardia	32,8	10,4	30,1	26,3	0,4
Bolzano-Bozen	46,4	13,6	27,2	12,8	-
Trento	33,0	14,7	36,0	16,1	0,2
Veneto	32,9	12,3	30,6	24,0	0,2
Friuli Venezia Giulia	30,0	10,4	35,5	24,0	0,1
Emilia-Romagna	33,0	11,4	28,6	26,8	0,2
Toscana	31,7	7,8	29,7	30,5	0,2
Umbria	24,1	9,3	33,4	32,6	0,5
Marche	30,8	9,3	29,4	30,5	0,1
Lazio	31,0	8,2	28,0	32,4	0,4
Abruzzo	29,9	7,8	29,9	32,3	0,1
Molise	23,5	7,0	29,2	40,2	0,1
Campania	19,0	5,4	22,4	53,1	0,2
Puglia	23,1	5,3	21,8	49,7	0,1
Basilicata	19,9	6,2	19,7	54,2	-
Calabria	19,2	4,8	27,3	48,5	0,1
Sicilia	20,8	5,2	21,1	52,7	0,1
Sardegna	29,7	6,4	27,8	35,9	0,2
<b>Italia</b>	<b>28,3</b>	<b>8,6</b>	<b>27,9</b>	<b>35,0</b>	<b>0,2</b>

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

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

#### Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2023



#### Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i livelli di sedentarietà restino ancora alti, più di una persona su tre non pratica né sport né attività fisica nel tempo libero, si registra un incremento nella quota di popolazione fisicamente attiva. Negli ultimi anni, sia a livello nazionale che internazionale, è cresciuta l'attenzione verso strategie efficaci per promuovere stili di vita più sani e ridurre i fattori di rischio legati all'inattività. I dati del 2023, pur eviden-

ziando molte criticità, mostrano comunque segnali positivi di cambiamento, con un numero crescente di individui che sceglie di integrare il movimento nella propria quotidianità. Resta tuttavia un significativo divario di genere, con le donne meno attive rispetto agli uomini, che richiede interventi mirati e inclusivi. Per la promozione dell'attività fisico-sportiva, di fondamentale importanza sono gli interventi che mirano alla promozione dell'attività fisica per i diversi target

di popolazione. La strategia europea “Guadagnare salute” (5), ad esempio, sostenuta anche dal PNP, 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, la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro inter-istituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Il *Global action plan on physical activity 2018-2030* ha, inoltre, definito quattro obiettivi strategici e venti azioni politiche per ottenere una riduzione relativa del 15% nella prevalenza globale dell’inattività fisica tra gli adulti e gli adolescenti entro il 2030 (6, 9).

Per quanto riguarda le raccomandazioni WHO che stabiliscono le Linee Guida sulle quantità di attività fisico sportiva da praticare per avere effetti positivi sulla salute, a novembre 2020, l’OMS ha pubblicato 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 (7). 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 (8).

#### 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](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity), 26 June 2024.
- (3) 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.
- (4) Istat. Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà - Anno 2023. Statistica report 17 dicembre 2024. Disponibile sul sito: [www.istat.it/comunicato-stampa/fumo-alcol-eccesso-di-peso-e-sedentarieta-anno-2023](http://www.istat.it/comunicato-stampa/fumo-alcol-eccesso-di-peso-e-sedentarieta-anno-2023).
- (5) 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.
- (6) World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
- (7) World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (8) World Health Organization (WHO). “WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour”. Geneva: World Health Organization; 2020.
- (9) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. *Can J Public Health* 2007; 98: S109-S121.

## Consumi alimentari in ottica nutrizionale in Italia: Quarta Indagine sui Consumi Alimentari Italiani 2017-2020

Gruppo di ricerca “Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale”

In Italia, le indagini nazionali volte alla rilevazione dei consumi alimentari individuali sono condotte dal Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione (e dalle Istituzioni che hanno preceduto questo Centro di ricerca), da oltre 40 anni: Indagine Nazionale Nutrizione 1980-1984 (1), Indagine Nazionale Nutrizione - Consumi Alimentari 1994-1996 (2), Indagine Nazionale sulla Ricerca degli Alimenti e Nutrizione - Studio sui Consumi Alimentari Italiani 2005-2006 (3), Quarta Indagine sui Consumi Alimentari Italiani 2017-2020 (4) con un intervallo temporale, tra una e l'altra, di circa 10 anni e seguendo metodologie diverse legate all'evoluzione della ricerca nel campo specifico e, più recentemente, delle tecnologie disponibili (5). Esse si differenziano, inoltre, per la dimensione e l'unità campionaria rilevata; nelle prime tre, questa era costituita dalla famiglia, mentre nell'ultima indagine è rappresentata dal singolo individuo. L'ultima indagine “Studio sui Consumi Alimentari in Italia (IV SCAI)” (4) è stata realizzata secondo le metodiche armonizzate raccomandate dall'Autorità europea per la Sicurezza Alimentare (European Food Safety Authority), volte a rendere possibile il confronto dei consumi alimentari tra i diversi Paesi europei (6) e su ancora più larga scala a livello mondiale (7). In tutti gli studi la quantità consumata, in grammi giornalieri, è espressa in termini di alimenti crudi e al netto degli scarti di piatto (1-4; 6)

### Le caratteristiche del modello di dieta in Italia

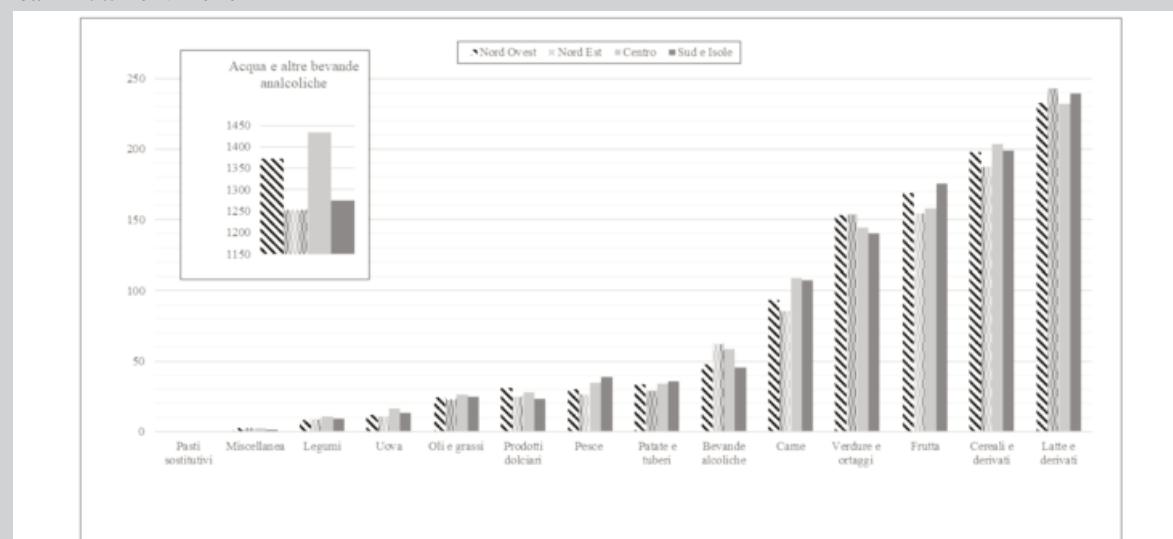
I consumi alimentari italiani presentano costantemente una caratterizzazione territoriale, almeno a livello delle ripartizioni geografiche principali, soprattutto per alcuni gruppi alimentari (Grafico 1). Le quantità medie consumate sono maggiormente contenute in campi di variazione sotto il 10% della media generale per “Verdure e ortaggi”, “Cereali e derivati” e “Latte e derivati”; si differenziano tra l'11-20% per “Frutta”, “Acqua e bevande analcoliche”, “Oli e grassi” e “Integratori e medicine fonti di nutrienti”; tra il 21-30% per “Legumi”, “Prodotti dolciari”, “Patate e tuberi” e “Carne”; tra il 31-40% per “Uova”, “Pesce” e “Bevande alcoliche”. “Miscellanea” e “Pasti sostitutivi” presentano maggiore variabilità, ma a fronte di valori molto piccoli.

Naturalmente, restano tutt'ora valide le differenze tra classi di età (e genere) che rispondono ad una diversità intrinseca dei fabbisogni.

Nel Grafico 2 vediamo i consumi in grammi giornalieri con l'indicazione della significatività per classi di età (3-9, 10-17, 18-64 e 65-74 anni) e genere (F e M) laddove interessanti. La frequenza di consumo riguarda diverse categorie di prodotti. Tutte le specifiche dettagliate sono riportate nella pubblicazione del Gruppo di ricerca Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale (7).

Infine, il Grafico 3 evidenzia l'apporto energetico giornaliero da nutrienti (media generale 1.933 kcal/die). La composizione appare simile sia per classi di età che per genere. L'introito di alcool appare solo dall'età adolescenziale.

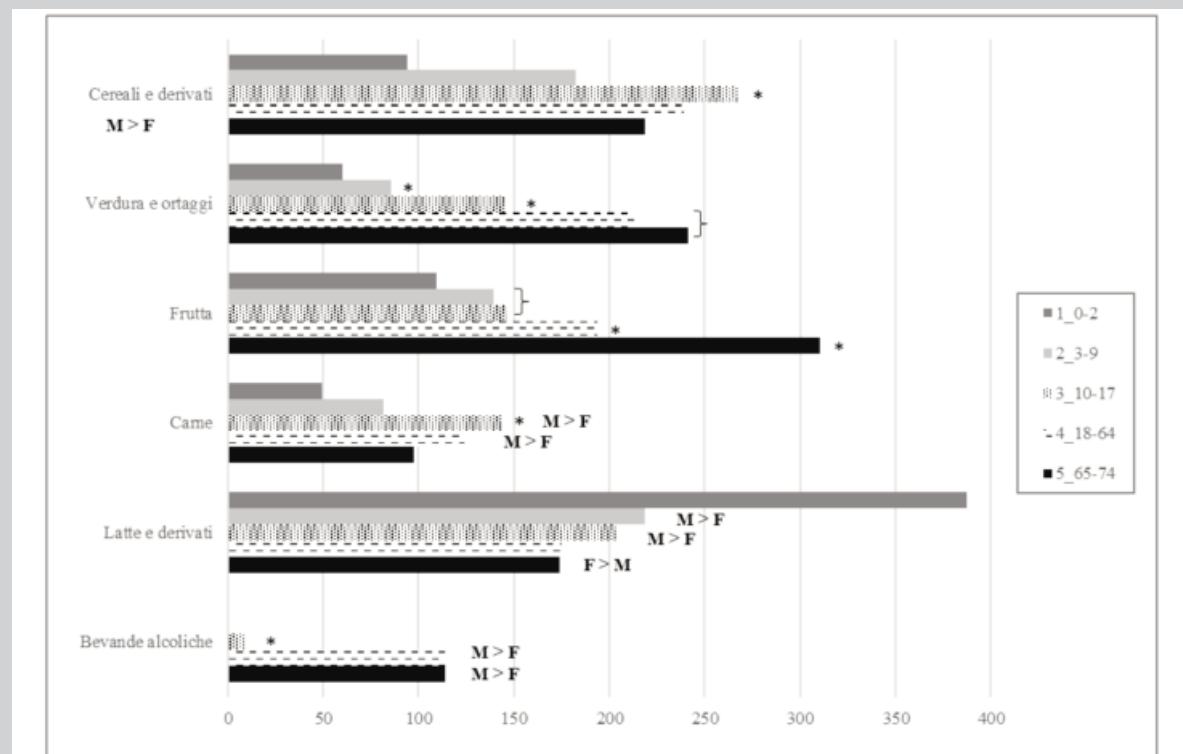
**Grafico 1 - Consumo (valori in grammi/die) medio giornaliero di gruppi alimentari per persona per macroarea - Anni 2017-2020**



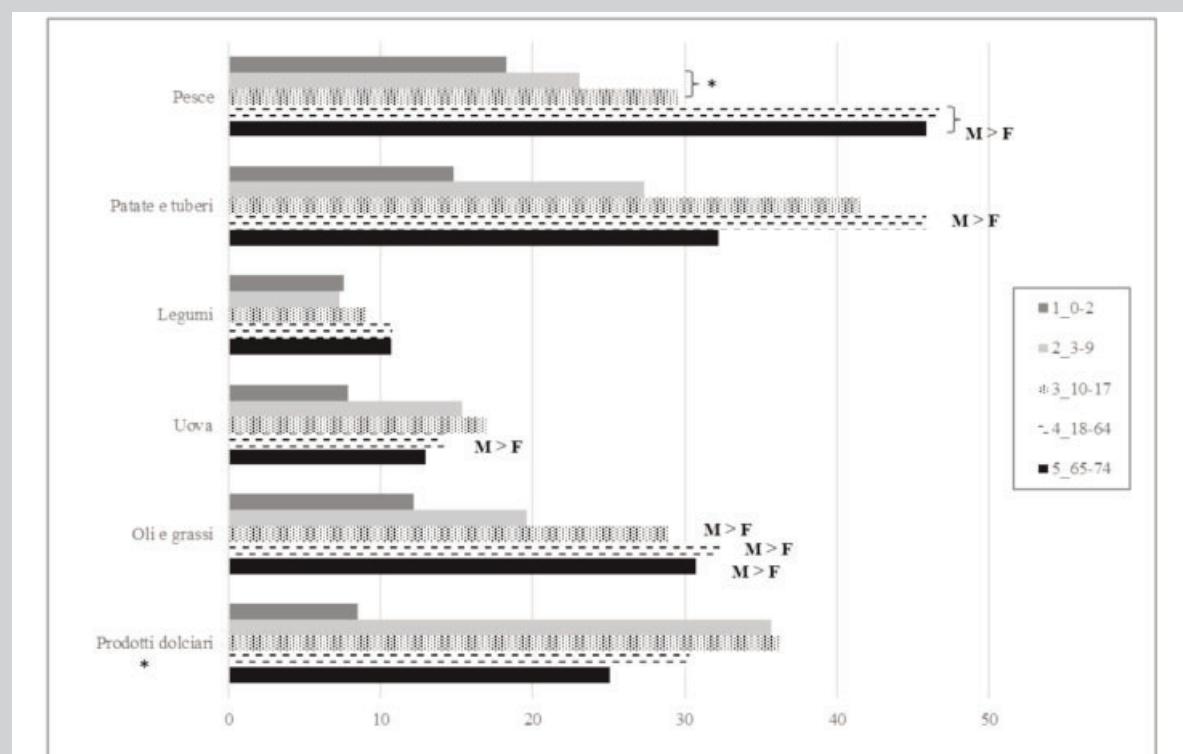
Fonte dei dati: Studio IV SCAI (8). Anno 2025.

**Grafico 2 - Consumo (valori in grammi/die) medio giornaliero di gruppi alimentari per persona per classe di età - Anni 2017-2020**

**Gruppi alimentari con assunzione fino a 400 g /die**



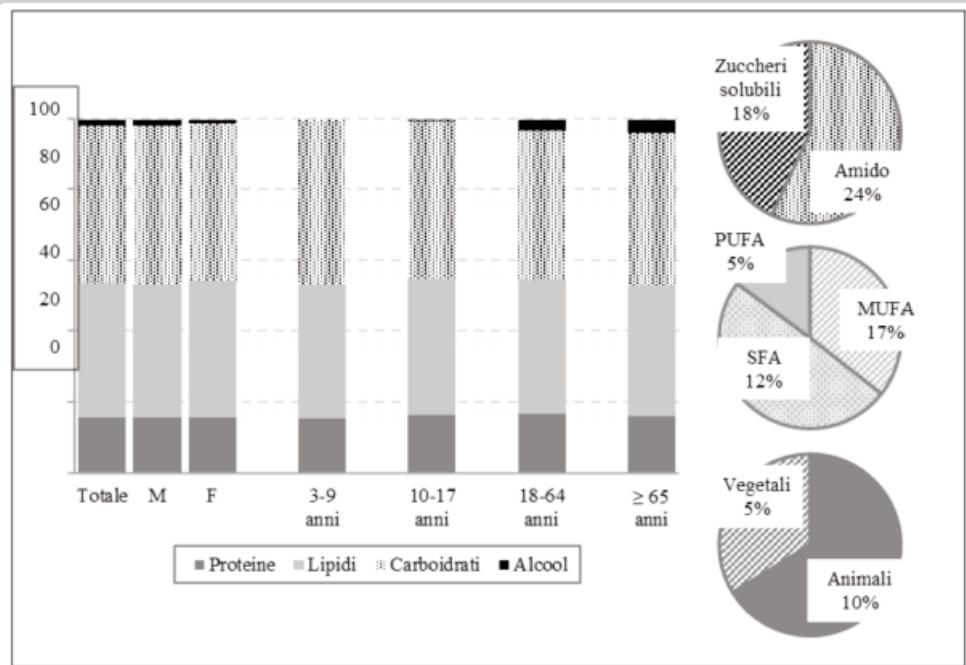
**Gruppi alimentari con assunzione fino a 50 g /die**



\*Indica significatività per la classe (o le classi di età); M>F o F>M indicano significatività per la differenza tra i generi.

**Fonte dei dati:** Studio IV SCAI (8). Anno 2025.

**Grafico 3 - Composizione della razione energetica (valori per 100) media giornaliera per classe di età - Anni 2017-2020**



**Fonte dei dati:** Studio IV SCAI (8). Anno 2025.

### I cambiamenti osservati nel tempo

Dagli anni Ottanta agli anni Novanta si osserva un aumento dei cibi già pronti, molto probabilmente collegato all'introduzione dell'orario continuato che costringe a un consumo fuori casa, specialmente nelle grandi città. Si è osservato anche un fenomeno di sostituzione dei cibi all'interno di un gruppo per fare posto agli alimenti con meno valore energetico (ad esempio, scende il latte intero per fare posto al latte parzialmente scremato, cresce il consumo di yogurt, dei formaggi *light* etc.). Il consumo di prodotti della pesca è cresciuto nel tempo, mentre si è ridotto il consumo di carni.

La tendenza che si osserva nei diversi studi vede la riduzione dell'assunzione al livello energetico che è coerente con la diminuzione costante del fabbisogno, data la prevalenza di attività sedentarie che corrella anche con i livelli di sovrappeso e obesità, in particolare tra i bambini (9), anche se il lavoro costante nelle scuole italiane sembra aver prodotto qualche miglioramento nella percentuale di sovrappeso (10).

### Criticità

Questo, in parte, potrebbe essere dovuto all'inevitabile autoselezione del campione perché la metodologia è piuttosto complessa e l'adesione richiede una motivazione più elevata, che è uno dei motivi per i quali la ricerca lavora sulla facilitazione della raccolta dei dati alimentari. Infatti, si è passati da una raccolta di dati a livello familiare a una raccolta di dati a livello individuale con la riduzione del periodo di osservazione (da una settimana, a 3 giorni e, infine, a 2 giorni) e l'adozione di strumenti per la raccolta dei dati controllata, ma più leggera (ad esempio, nelle indagini la bilancia è stata abbandonata e sostituita da supporti visivi per la stima della quantità (al netto degli scarti) e la forma cartacea della registrazione è stata sostituita da intervista per il ricordo delle 24 ore (24h *recall*) (6)). È stato mantenuto il diario cartaceo per 2 giorni di rilevazione effettuata dai genitori, integrata dalle figure di riferimento quando mangiano fuori casa (ad esempio, insegnanti a scuola) con i bambini di età 0-14 anni (6). La raccolta dei dati richiede uno specifico *training* per l'acquisizione delle metodiche di rilevazione e il mantenimento di un elevato grado di accuratezza del dato al fine di ridurre al minimo il grado di incertezza (11-12). L'auto-registrazione al computer (13) o attraverso il telefono cellulare (5) potrebbe essere una soluzione, se adeguatamente gestita, ma solo da una certa età in avanti.

**Gruppo di ricerca** "Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale": Giovina Catasta, Francisco Javier Comendador, Laura D'Addezio, Cinzia Le Donne, Marika Ferrari, Deborah Martone, Lorenza Mistura, Raffaella Piccinelli, Stefania Sette. Responsabile dello studio: Aida Turrini.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Saba, A., Turrini, A., Mistura, G., Cialfa, E., & Vichi, M. (1990). Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-84: alcuni principali risultati. *Rivista della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione*, 19(4): 53-65.
- (2) Turrini, A., Saba, A., Perrone, D., Cialfa, E., & D'Amicis, A. (2001). Food Consumption Patterns in Italy: the INN-CA Study 1994-96. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(7): 571-588.
- (3) Leclercq, C., Arcella, D., Piccinelli, R., Sette, S., Le Donne, C., Turrini, A. on behalf of the INRAN SCAI 2005-06 study group (2009): The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06. Main results in terms of food consumption. *Public Health Nutrition*, 12(12): 2504-2532.
- (4) Mistura, L., Le Donne, C., D'Addazio, L., Ferrari, M., Comendador, F. J., Piccinelli, R., Martone D, Sette S, Catasta G, Turrini A, IV SCAI field work team. (2025). The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: 103863.
- (5) Mistura L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addazio L, Martone D, and Turrini A (2021): "An Italian Case Study for Assessing Nutrient Intake through Nutrition-Related Mobile Apps" *Nutrients* 13, no. 9: 3073. <https://doi.org/10.3390/nu13093073>.
- (6) EFSA, European Food Safety Authority (2014). Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, (12): 3944.
- (7) FAO/WHO (2025). Global Individual Food Consumption Data Tool. Disponibile sul sito: [www.fao.org/gift-individual-food-consumption/en](http://www.fao.org/gift-individual-food-consumption/en).
- (8) Gruppo di ricerca "Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale" (2023). Studio sui Consumi Alimentari in Italia - IV SCAI: estratto dei risultati. Roma: CREA-Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione. Disponibile sul sito: [www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/iv-scai-studio-sui-consumi-alimentari-in-italia](http://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/iv-scai-studio-sui-consumi-alimentari-in-italia).
- (9) Bevilacqua, N., Branca, F., Cairella, G., Censi, L., D'Addesa, D., D'Amicis, A., Leclercq, C., Rossi, L., Saba, A., Sette, S., Tabacchi, G., Turrini, A. (2003). *MANUALE DI SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE*. Roma: INRAN.
- (10) ISS, Istituto Superiore di Sanità (2024). Indagine nazionale 2023: il convegno del 10 maggio 2024. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-convegno-10-maggio-2024](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-convegno-10-maggio-2024).
- (11) Turrini A, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addazio L, Ferrari M, Le Donne C, Martone D, Mistura L, Pettinelli A, Piccinelli R, Saba A, Sette S, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A on behalf of the Training Course Team, A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption, *Frontiers in Public Health*, 9, 2021, 56 DOI=10.3389/fpubh.2021.590315, ISSN=2296-2565 Corrigendum: A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption. Disponibile sul sito: [www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full](http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full).
- (12) Le Donne C, Piccinelli R, Sette S, Martone D, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addazio L, Ferrari M, Mistura L, Pettinelli A, Saba A, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A and Turrini A (2022): Dietary assessment training: The Italian IV SCAI study on 10–74 year-old individuals' food consumption. *Front. Nutr.* 9:954939. doi: 10.3389/fnut.2022.954939. Disponibile sul sito: [www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.954939/full](http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.954939/full).
- (13) Subar, A.F., Kirkpatrick, S.I., Mittl, B., Zimmerman, T.P., Thompson, F.E., Bingley, C., Willis, G., Islam, N.G., Baranowski, T., McNutt, S., Potischman, N. (2012). The Automated Self-Administered 24-hour dietary recall (ASA24): a resource for researchers, clinicians, and educators from the National Cancer Institute. *J Acad Nutr Diet* 112 (8): 1.134-1.137. doi: 10.1016/j.jand.2012.04.016. Epub 2012 Jun 15. PMID: 22704899; PMCID: PMC3721511.