

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che ogni anno le malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*-NCD) uccidono 41 milioni di persone, pari al 71% di tutti i decessi a livello globale. Nella fascia di età 30-69 anni muoiono ogni anno 15 milioni di persone per una malattia non trasmissibile e l'85% di questi decessi si verifica in Paesi a basso e medio reddito. A rendere il *burden* delle NCDs ancor più gravoso, concorrono le disuguaglianze e la povertà, che pregiudicano l'accesso adeguato e dignitoso ad un sistema di cura, influendo sulla produttività della forza lavoro e minacciando la prosperità economica e lo sviluppo sostenibile. Le NCDs creano enormi disparità di opportunità di salute specie per le popolazioni con basso reddito in quanto, in tutte le realtà sociali, le popolazioni più povere e più vulnerabili risultano quelle più a rischio e con minore probabilità di avere accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. È stato calcolato che le NCDs colpiscono in modo sproporzionato le persone nei Paesi a basso e medio reddito in cui si verificano 31,4 milioni dei decessi globali per NCDs, pari a più di tre quarti del totale. La povertà è strettamente legata alle NCDs. Le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate, infatti, si ammalano e muoiono prima delle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché sono maggiormente a rischio di essere esposte a prodotti nocivi, come il tabacco o pratiche alimentari non salutari, e hanno un accesso limitato ai servizi sanitari.

Nonostante i notevoli progressi fatti tra il 2000-2010 nella prevenzione e nel trattamento delle NCDs, la velocità di riduzione del rischio di morire per una grave NCDs tra la popolazione di età 30-70 anni ha cominciato a rallentare già a partire dal 2010. Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte dei decessi annui per NCDs (17,9 milioni), seguite da tumori (9,3 milioni), malattie respiratorie (4,1 milioni) e diabete (1,5 milioni). Questi 4 gruppi di malattie rappresentano oltre l'80% di tutte le morti premature di NCDs.

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

Il tabacco, anche a causa degli effetti dell'esposizione al fumo passivo, causa 7,2 milioni di decessi ogni anno e si prevede che il suo impatto aumenterà notevolmente nei prossimi anni. Inoltre, 4,1 milioni di decessi annuali sono stati attribuiti all'assunzione eccessiva di sale, concausa dell'ipertensione. Più della metà dei 3,3 milioni di decessi annuali attribuibili all'uso di alcol è riferibile a NCDs, incluso il cancro. Infine, 1,6 milioni di decessi all'anno possono essere attribuiti a una insufficiente attività fisica.

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

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

I dati a disposizione relativi al 2020 suggeriscono un peggioramento di molti dei fattori di rischio per la salute nell'anno della diffusione della pandemia; si stima, ad esempio, un aumento dei comportamenti a rischio nel consumo di alcol, un'abitudine a consumare più cibo e ad avere abitudini sedentarie con una conseguente tendenza anche all'aumento della prevalenza dell'eccesso di peso.

Tali evidenze sono ancora più preoccupanti vista l'associazione negativa tra i principali fattori di rischio per la salute e il COVID-19. Le persone affette da NCDs, infatti, hanno un rischio maggiore di ammalarsi gravemente di COVID-19 e maggiori probabilità di morire in seguito all'infezione. I fattori di rischio per le NCDs possono rendere le persone più vulnerabili ad ammalarsi gravemente di COVID-19. Per esempio, i fumatori possono

avere una ridotta capacità polmonare che aumenterebbe notevolmente il rischio di malattie gravi.

Il Dipartimento per le NCDs dell'OMS ha condotto nel maggio 2020 un'indagine (della durata di 3 settimane) per la valutazione rapida della fornitura di servizi per le NCDs durante la pandemia. L'indagine (a cui hanno risposto 163 Paesi su 194) ha confermato che i servizi di prevenzione e trattamento per le NCDs sono stati gravemente interrotti dall'inizio della pandemia e che, quindi, il COVID-19 sta avendo un impatto significativamente negativo sui servizi sanitari per le NCDs.

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

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

In Italia, l'importanza di un monitoraggio epidemiologico costante nei confronti delle NCDs e dei fattori di rischio per la salute, è stata formalizzata dal quadro normativo dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (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).

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

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

Ove possibile, inoltre, il Capitolo offre delle analisi o riflessioni relative agli ultimi 2 anni che ci consentono di mettere in evidenza come la pandemia di COVID-19, attualmente ancora in corso, stia avendo delle forti ripercussioni sugli stili di vita della popolazione.

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al fumo di tabacco continua a rappresentare una delle principali cause di morte evitabili. La stima dei danni dell'abitudine al fumo è di 8 milioni di morti l'anno. "Più di 100 ragioni per smettere di fumare" è il nuovo e attrattivo *slogan* della "Giornata mondiale senza tabacco 2021" promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tra le ragioni per promuovere l'abbandono di questa abitudine vi è quella per cui i fumatori hanno maggiori probabilità di sviluppare malattie gravi legate al

Corona Virus Disease-19 (COVID-19) rispetto ai non fumatori. Nella lunga lista di rischi e motivi che dovrebbero spingere a smettere di fumare sono anche elencati tutti gli effetti nocivi che il fumo determina su tutti gli organi del nostro corpo, ad esempio un aumentato rischio di malattie cronico-degenerative del sistema nervoso, mestruazioni dolorose e sintomi di menopausa più dolorosi nonché menopausa precoce, infiammazioni più frequenti del tratto gastrointestinale e molti altri effetti (1).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

Numeratore Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo

x 100

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

Validità e limiti. Riguardo all'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2020, 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

I dati più recenti a disposizione indicano che in Italia, nel 2020, tra le persone di età 14 anni ed oltre, i fumatori sono circa 9 milioni e 700 mila, pari al 18,6% della popolazione in questa fascia di età. Un dato in diminuzione nell'ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001) ma sostanzialmente stabile negli ultimi anni; infatti, nel 2019 i fumatori erano il 18,4% e nel 2018 il 19,0%. Si conferma il differenziale tra uomini e donne rispetto all'abitudine al fumo: sono fumatori il 22,2% degli uomini (5 milioni e 650 mila) rispetto al 15,2% delle donne (4 milioni e 150 mila), sebbene la forbice si sia ridotta negli anni: nel 2001 era di 14,1 punti percentuali mentre nel 2020 è di 7,0 punti percentuali (Grafico 1). Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: il 17,4% delle donne vs il 29,7% degli uomini.

Costruendo una ipotetica graduatoria in ordine decrescente rispetto alla percentuale di fumatori delle regioni e PA nel 2020, il Lazio non è più la regione che mostra la prevalenza più elevata di fumatori ma alla 10^a posizione poco sopra la media nazionale con una diminuzione significativa di 4,0 punti percentuali. La regione con la più alta prevalenza di fumatori (20,1%) è l'Emilia-Romagna seguita da Umbria, Toscana e Sicilia tutte con il 19,9% di fumatori di età 14 anni ed oltre. La Lombardia, al 5° posto, mostra un incremento significativo di 2,4 punti percentuali rispetto al 2019 e arriva al 19,6% di fumatori. Nel 2020, anche il Friuli Venezia Giulia registra una diminuzione significativa rispetto al 2019 di 2,4 punti percentuali ed è la regione con la percentuale più bassa di fumatori (14,7%). Seguono i residenti in Valle d'Aosta (16,0%) e a stretto giro i residenti in Veneto (16,1%) e Puglia (16,3%). Si confermano nel 2020 per i Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana¹, percentuali di fumatori elevate (19,5%), mentre nei centri più piccoli con meno di 2.000 abitanti questa quota scende al 16,6%. Una distanza più decisa si registrava nelle abitudini al fumo nel 2003 tra Comuni di grandi e piccole dimensioni (26,0% vs 21,4%).

La prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre si mantiene stabile; infatti, nel 2020 presenta un valore pari al 23,3%, in linea con quanto rilevato negli ultimi anni (23,0% nel 2019, 23,4% nel 2018, 22,7% nel 2017).

La prevalenza maggiore di ex-fumatori nel 2020 si registra in Friuli Venezia Giulia, capofila tra le regioni con il 28,3% della popolazione di età 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, le regioni del Nord-Ovest, Nord-Est e Centro sono quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori (24,8%), mentre le regioni del Sud si confermano quelle in cui la prevalenza è più bassa (19,8%).

Tomuni centro dell'area metropolitana sono: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania, Cagliari.

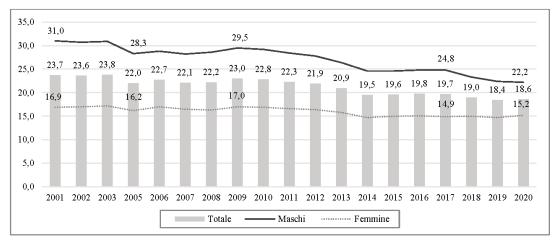
A differenza di quanto evidenziato per il 2019 la percentuale più elevata di ex-fumatori si evidenzia nei piccoli Comuni con meno di 2.000 abitanti (25,5%) (Tabella 1).

Tra i fumatori, le fasce di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio sono, per gli uomini, quella dei giovani adulti di età compresa tra i 20-44 anni: nella fascia di età 20-24 anni sono il 27,4%, nella fascia di età 25-29 anni il 29,9% e nella fascia di età 30-34 anni il 28,1%. Pur mantenendo tassi più bassi di abitudine al fumo, anche le donne giovani presentano valori al di sopra della media nazionale: nella classe di età 20-24 anni fuma il 17,9% e l'incidenza delle fumatrici raggiunge il valore più elevato nella classe di età 55-59 anni (21,0%).

Nel 2020 rimane stabile il numero medio di sigarette fumate (10,9 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 5 anni si osserva una sostanziale stabilità. I più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (12,0 sigarette *vs* 9,5 sigarette fumate in media).

I fumatori di età compresa tra i 55-64 anni rappresentano i fumatori più "forti" (rispettivamente, 14,3 sigarette in media per coloro che sono nella classe di età 55-59 anni e 14,1 nella classe di età 60-64 anni); le fumatrici che mostrano i valori più elevati in termini di numero di sigarette fumate in media appartengono alla fascia di età 55-74 anni: 10,6 sigarette (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per genere - Anni 2001-2020



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.







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 2020

Regioni/Macroaree/Densità abitativa	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	19,3	24,4	55,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,0	24,2	58,9
Lombardia	19,6	24,8	54,5
Bolzano-Bozen	18,4	23,0	56,1
Trento	18,2	22,3	58,8
Veneto	16,1	23,2	59,5
Friuli Venezia Giulia	14,7	28,3	55,3
Liguria	18,1	26,3	54,8
Emilia-Romagna	20,1	25,0	54,0
Toscana	19,9	26,0	53,3
Umbria	19,9	24,8	53,8
Marche	17,9	22,5	57,8
Lazio	18,7	24,7	54,9
Abruzzo	17,8	22,0	57,0
Molise	18,3	20,7	59,9
Campania	18,9	20,2	59,0
Puglia	16,3	18,9	62,0
Basilicata	18,8	22,8	57,7
Calabria	16,7	17,7	64,4
Sicilia	19,9	20,8	57,0
Sardegna	18,9	27,3	50,8
talia	18,6	23,3	56,5
Nord-Ovest	19,3	24,8	54,7
Nord-Est	17,7	24,4	56,7
Centro	19,0	24,8	54,7
Sud	17,7	19,8	60,4
Isole	19,7	22,5	55,4
Comune centro dell'area metropolitana	19,5	23,3	56,0
Periferia dell'area metropolitana	19,5	23,5	55,2
Fino a 2.000 abitanti	16,6	25,5	56,4
Da 2.001 a 10.000 abitanti	19,5	23,0	56,0
Da 10.001 a 50.000 abitanti	17,6	22,4	58,2
>50.000 abitanti	18,2	24,3	56,1

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 2021.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2020

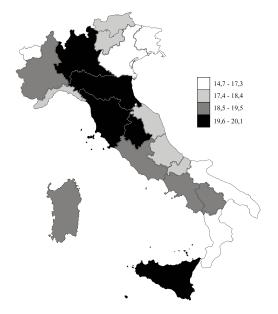




Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2020

		Maschi			Femmine			Totale	
Classi di età	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	7,0	2,5	10,0	5,5	3,4	6,0	6,3	2,9	8,2
18-19	22,8	6,6	8,0	15,9	6,6	6,3	19,5	6,6	7,3
20-24	27,4	10,9	9,6	17,9	10,0	7,2	22,9	10,5	8,7
25-34	29,9	17,4	10,4	18,3	16,6	8,6	24,2	17,0	9,7
35-44	28,1	25,7	11,5	18,2	20,8	9,4	23,1	23,2	10,6
45-54	26,5	28,9	12,8	18,9	16,6	10,0	22,7	22,7	11,6
55-59	25,4	34,2	14,3	21,0	20,1	10,6	23,2	27,1	12,6
60-64	22,3	39,3	14,1	18,6	24,2	10,6	20,3	31,4	12,4
65-74	15,5	46,8	13,2	13,4	21,9	10,6	14,4	33,6	11,9
75+	7,6	47,4	11,9	4,6	14,8	8,3	5,8	28,0	10,1
Totale	22,2	29,7	12,0	15,2	17,4	9,5	18,6	23,3	10,9

^{*}Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità continuano a incentivare le azioni, da parte dei Governi nazionali, proposte dal Monitoring, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise (2), un metodo pratico che si compone di sei azioni volte alla riduzione del consumo di tabacco. Necessarie appaiono le azioni di monitoraggio messe in atto dall'Istituto Superiore di Sanità (3), dall'Istat (4) e dal Ministero della Salute (5), nonché le attività di supporto alle persone che vogliono smettere di fumare. Politiche di informazione sui danni del fumo, delle strategie per smettere di fumare anche attraverso l'innalzamento delle imposte sul tabacco. Anche l'individuazione dei target più fragili della popolazione rispetto al consumo di tabacco, come i giovani, è fondamentale nelle strategie di contrasto al consumo di tabacco (6).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/spotlight/more-than-100-reasons-to-quit-tobacco.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/mpower.
- (3) Disponibile sul sito:
- www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.
 (4) Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
- (5) Ministero della Salute, maggio 2020, prevenzione e controllo del tabagismo.
- (6) GYTS. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/okkio-allasalute/hbscgyts/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Facts heet%20(Ages%2013-15).pdf.

-

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Sigaretta elettronica

Significato. La sigaretta elettronica (*e-cig*) rappresenta un fenomeno che coinvolge una porzione limitata della popolazione che cresce molto lentamente nel tempo. Si presenta, tuttavia, come coadiuvante all'abbandono dell'uso della sigaretta tradizionale, ma si è evidenziato che il 75,3% degli utilizzatori è composto da fumatori, che consumano entrambi i prodotti (sigaretta tradizionale ed *e-cig*) (1).

Alcuni dati durante il periodo pandemico evidenziano che una persona su tre di età compresa tra i 14-17 anni ha già avuto un contatto con il fumo di tabacco e quasi il 42% con la sigaretta elettronica. Lo studio rileva che il 2,1% di chi non ha mai usato le *e-cig* è diventato fumatore di sigarette tradizionali, dieci volte di più (19,6%) di chi da utilizzatore di *e-cig* è diventato anche fumatore (2).

Prevalenza di persone per abitudine all'uso della sigaretta elettronica

Numeratore	Persone di età 18 anni ed oltre per abitudine all'uso della sigaretta elettronica
	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre

Validità e limiti. Riguardo all'abitudine all'uso della sigaretta elettronica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana".

Per l'indagine relativa al 2020, è stata adottata come nel 2019 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 può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2020, il 2,5% della popolazione di età 18 anni ed oltre dichiara di utilizzare la sigaretta elettronica. Così come accade per il fumo tradizionale di sigarette, anche in questo caso gli uomini mostrano una propensione maggiore: risultano fumatori di *e-cig* il 3,1% degli uomini *vs* l'1,9% delle donne. Quest'abitudine è cresciuta nel tempo anche se non in modo rilevante: nel 2014, infatti, avevano questa abitudine il 2,1% degli uomini *vs* l'1,1% delle donne. L'analisi territoriale mostra Abruzzo (3,1%), Lombardia (3,0%) e Umbria (2,8%) come le regioni con le più elevate percentuali di utilizzatori di *e-cig*. Appaiono non affezionati all'uso di questo dispositivo gli abitanti della PA di Bolzano (1,0%), Valle d'Aosta (1,2%) e PA di

Trento (1,7%). Se si guardano le ripartizioni geografiche, l'uso della sigaretta elettronica risulta più diffuso nel Nord e nel Centro che si assestano intorno alla media nazionale. Inoltre, la sigaretta elettronica è più frequentemente adottata nei centri abitati più grandi: la usa, infatti, il 3,4% dei residenti nei Comuni che costituiscono il centro di un'area metropolitana¹. I giovani rappresentano i maggiori utilizzatori della sigaretta elettronica; infatti, gli individui di età compresa tra i 18-24 anni mostrano le percentuali maggiori di utilizzatori: il 6,0% dei ragazzi e il 3,2% delle ragazze. Queste percentuali decrescono fino a raggiungere il minimo tra le persone di età >65 anni. Infine, rimane particolarmente informativa l'Indagine Global Youth Tobacco Survey, Indagine globale sul tabacco e i giovani, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta, che coinvolge dal 2010 gli studenti del III anno della scuola secondaria di primo grado e del I e II anno della scuola secondaria di secondo grado (13, 14 e 15 anni). Tale indagine, fornisce i dati sulla prevalenza del fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco ed esplora cinque determinanti dell'abitudine al fumo. I risultati più rilevanti evidenziano che più di uno studente su cinque di età compresa tra i 13-15 anni fuma tabacco, il fumo di sigaretta è più diffuso tra le ragazze (23,6%) vs i ragazzi (16,2%), mentre per quanto riguarda la sigaretta elettronica sono i ragazzi ad usarla abitualmente di più (21,9%) rispetto alle ragazze (12,8%).

Tomuni centro dell'area metropolitana sono: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania, Cagliari.

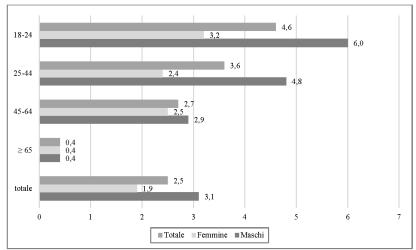


Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per macroarea e densità abitativa - Anno 2020

Macroaree/Densità abitativa	Fumatori sigaretta elettronica	
Nord	2,6	
Centro	2,5	
Sud ed Isole	2,3	
Italia	2,5	
Comune centro dell'area metropolitana	3,4	
Periferia dell'area metropolitana	2,2	
Fino a 2.000 abitanti	2,7	
Da 2.001 a 10.000 abitanti	2,2	
Da 10.001 a 50.000 abitanti	2,1	
>50.000 abitanti	2,7	

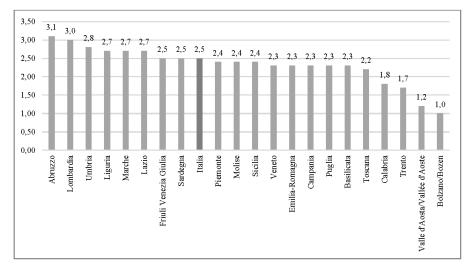
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per genere e classe di età - Anno 2020



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.



Raccomandazioni di Osservasalute

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

Si rinnova, quindi, la necessità di regolamentare l'uso delle sigarette elettroniche inibendone la vendita ai ragazzi e bambini, limitandone la pubblicità e sponsorizzazione, regolando le caratteristiche dei prodotti e inibendone l'uso in spazi chiusi (5).

- Riferimenti bibliografici (1) Ministero della Salute, maggio 2020, prevenzione e controllo del tabagismo.
- (2) ISS, CS N°31/2021 Fumo: durante la pandemia 1,2 milioni di fumatori in più, contributo negativo delle e-cig e dei prodotti a tabacco riscaldato.
- (3) WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization, 2019.
- (4) Disponibile sul sito:

https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/scientific com mittees/scheer/docs/scheer_o_017.pdf.

(5) Disponibile sul sito:

www.tabaccoendgame.it/news/oms-sulle-sigarette-elettroniche-2-quali-rischi-per-la-salute-domande-e-risposte.



Consumo di alcol

Significato. L'alcol è una sostanza psicoattiva che può causare oltre 200 condizioni patologiche (1) tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi perinatali e numerosi tipi di cancro (2), come confermato dall'International Agency for Research on Cancer (3). Inoltre, la pandemia di Corona Virus Disease-19 (COVID-19) ha rimarcato come un consumo eccessivo di alcol in un contesto aggravato dalle restrizioni e dall'isolamento sociale possa far aumentare il rischio di violenza auto ed etero diretta (4, 5). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che nel 2016 l'alcol ha causato circa 3 milioni di morti (5,3% di tutti i decessi) in tutto il mondo e 132,6 milioni di anni di vita con disabilità (Disability Adjusted Life Year-DALY), cioè il 5,1% di tutti i DALY in quell'anno (1).

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in accordo con l'OMS, la Società Italiana di Alcologia e il Ministero della Salute, ha costruito un indicatore di sintesi per identificare i consumi di alcol a rischio nella popolazione e nei suoi *target* più sensibili, con l'intento di fornire ai

decisori politici uno strumento utile a stabilire quali sono gli interventi di Sanità Pubblica utili a prevenire le patologie alcol-correlate (6, 7).

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

Prevalenza di consumatori giovani a rischio

Numeratore	Ragazzi/e di età 11-17 anni che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche Ragazzi/e di età 11-17 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 11-17 anni	X 100
Prevalenza di con	nsumatori (uomini) adulti a rischio	
Numeratore	Uomini di età 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 2 UA Uomini di età 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	– x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18-64 anni	- X 100
Prevalenza di con	nsumatori (donne) adulti a rischio	
Numeratore	Donne di età 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 UA Donne di età 18-64 anni che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	- x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18-64 anni	X 100

Tuna 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 cochtail alcolico da 40 ml a 36°

x 100



FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Prevalenza di consumatori (uomini) anziani a rischio

Numeratore Uomini di età 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno

Uomini di età 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche

diverse, in un'unica occasione

Denominatore Popolazione maschile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 65 anni ed oltre

Prevalenza di consumatori (donne) anziani a rischio

Numeratore Donne di età 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 1 UA al giorno

Donne di età 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche

diverse, in un'unica occasione

_____ x 100

Denominatore Popolazione femminile dell'Indagine Multiscopo Istat di età 65 anni ed oltre

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

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

- prevalenza di consumatori giovani a rischio (11-17 anni): totale 18,5%;
- prevalenza di consumatori adulti a rischio (18-64 anni): uomini 19,9%, donne 9,2%;
- prevalenza di consumatori anziani a rischio (65 anni ed oltre): uomini 33,5%, donne 7,3%.

Descrizione dei risultati

Non consumatori (Tabella 1). Nel 2020, il 33,0% degli italiani di età ≥11 anni non ha consumato bevande alcoliche e la prevalenza è rimasta pressoché invariata rispetto al 2019; a livello regionale si registrano degli aumenti statisticamente significativi rispetto al precedente anno in Piemonte (11,4%) e in Veneto (10,7%) a fronte di una diminuzione in Calabria (-11,3%); le variazioni osservate a livello regionale risultano significative anche nel caso della prevalenza di astemi nella vita.

Consumatori a rischio (Cartogrammi, Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2020, è pari al 22,9% per gli uomini e al 9,4% per le donne. Per gli uomini si registra, rispetto al 2019, un aumento a livello nazionale del 6,5% e a livello regionale del 27,0% in Molise, del 19,3% nella PA di Bolzano, del 17,9% in Veneto e del 15,0% in Lombardia. Per le donne si registra un incremento complessivo delle consumatrici a rischio di età ≥11 anni del 5,6% e a livello regionale soprattutto in Emilia-Romagna dove la prevalenza è passata dal 10,7% nel 2019 al 14,1% nel 2020. La prevalenza dei consumatori a rischio è più elevata tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le realtà territoriali.

Sia per gli uomini che per le donne, si conferma che la prevalenza dei consumatori a rischio è stata più elevata, come per l'anno 2019, in Valle d'Aosta (M = 32,0%, F = 12,5%) e in Emilia-Romagna (M = 26,8%; F = 14,1%); per gli uomini si registrano valori superiori alla media nazionale anche nella PA di Bolzano (35,3%), Molise (M = 32,9%), PA di Trento (31,8%), Friuli Venezia Giulia (30,3%), Sardegna (29,3%), Veneto (28,3%) e Basilicata (26,7%), mentre per le donne in Liguria (11,7%). Valori inferiori si registrano per entrambi i generi in Campania (M = 16,0%; F = 6,6%) e Sicilia (M = 13,8%; F = 4,9%), oltre a Lazio (19,0%) per gli uomini e Abruzzo (6,2%) e Calabria (7,5%) per le sole donne.

Giovani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori a rischio tra i ragazzi di età 11-17 anni nel 2020 è stata del 18,5% e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2019. A livello regionale (Intervallo di Confidenza al 90%) si rileva una riduzione dei consumatori a rischio in Molise (-49,0%) e un incremento del 67,4% in Calabria.

Adulti (Tabella 2). Nel 2020 il 19,9% degli uomini e il 9,2% delle donne hanno consumato bevande alcoliche in modalità a rischio per la loro salute e, rispetto

all'anno precedente, la prevalenza è aumentata, rispettivamente, del 12,4% e del 12,2%. A livello territoriale, per il genere maschile, si rileva un incremento dei consumatori a rischio rispetto al 2019 in Molise (+49,8%), Campania (+33,3%), PA di Trento (+25,6%), Veneto (+24,4%), Friuli Venezia Giulia (23,7%) e Lombardia (+22,4%). Le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne sia a livello nazionale sia in tutte le realtà territoriali considerate. Le regioni che presentano una prevalenza di consumatori a rischio elevata sono, per entrambi i generi, la Valle d'Aosta (M = 28.4%; F = 15.0%), il Friuli Venezia Giulia (M = 29.8%; F = 12.6%) e l'Emilia-Romagna (M = 22.8%; F = 12.9%), a cui si aggiungono, per i soli uomini, le PA di Bolzano (36,0%) e Trento (32,9%), il Molise (31,9%), la Sardegna (29,9%) e il Veneto (25,0%).

Per il sesto anno consecutivo in Sicilia (M = 11,0%; F = 4,5%) e in Campania (M = 14,0%; F = 5,5%) si rilevano i valori più bassi per entrambi i generi, a cui si aggiunge per i soli uomini anche quest'anno il Lazio

(15,2%), oltre a Calabria (5,8%) e Abruzzo (6,1%) per le sole donne.

Anziani (Tabella 2). La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2020, è stata del 33,5% tra gli uomini e del 7,3% tra le donne; per queste ultime si registra complessivamente una diminuzione del 15,1% rispetto all'anno precedente, significativa a livello territoriale nella PA di Bolzano dove la prevalenza è passata dal 10,0% al 2,9%. I valori più alti di prevalenza di consumatori a rischio si registrano tra gli anziani di genere maschile in Basilicata (44,1%), nella Valle d'Aosta (43,4%) e in Veneto (43,0%) oltre alla Liguria (M = 40.1%; F = 13.2%) e all'Emilia-Romagna (M = 39,3%; F = 13,8%) per entrambi i generi. I valori più bassi si registrano, sia per gli uomini che per le donne, in Sicilia (M = 19,5%; F = 2,2%) e in Campania (M = 23,5%; F = 4,7%) oltre alla PA di Bolzano (2,9%), Abruzzo (4,1%) e Sardegna (4,1%) per le sole donne.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di astinenti, astemi, non consumatori e consumatori di alcol per regione - Anni 2019-2020*

		2	2019		2020				
Regioni	Astinenti	Astemi	Non consumator	. Consumatori i	Astinenti	Astemi	Non consumatori	Consumatori	
Piemonte	4,1	25,7	29,8	69,7	4,2	28,9	33,1	66,1	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aost	e 3,7	22,7	26,4	72,9	2,7	26,9	29,6	70,1	
Lombardia	3,7	27,7	31,5	68,1	4,4	28,5	32,9	66,7	
Bolzano-Bozen	5,1	23,8	28,9	69,9	4,7	23,7	28,4	71,0	
Trento	4,4	25,5	29,9	69,5	4,6	26,3	30,9	68,3	
Veneto	3,4	24,6	28,0	71,2	4,2	26,9	31,1	68,7	
Friuli Venezia Giulia	4,5	24,0	28,5	70,6	4,9	24,4	29,3	69,4	
Liguria	4,5	26,1	30,7	68,7	3,7	24,4	28,1	71,6	
Emilia-Romagna	3,7	26,2	29,9	69,8	3,0	25,0	28,0	71,9	
Toscana	3,2	26,4	29,7	70,0	3,6	26,8	30,4	69,4	
Umbria	4,5	26,9	31,4	68,4	3,6	26,6	30,2	69,3	
Marche	4,2	28,6	32,9	66,4	3,7	27,3	31,0	68,7	
Lazio	4,3	28,2	32,5	66,6	4,1	27,8	31,9	67,1	
Abruzzo	3,3	29,9	33,2	65,8	3,3	32,6	35,9	62,1	
Molise	4,3	28,2	32,5	66,5	3,4	29,4	32,8	66,9	
Campania	6,6	33,4	40,1	59,5	4,2	35,2	39,4	59,9	
Puglia	3,9	30,5	34,4	65,0	4,2	28,3	32,5	66,1	
Basilicata	2,6	29,7	32,3	66,8	3,5	30,1	33,6	66,1	
Calabria	3,8	30,7	34,5	64,6	4,1	26,5	30,6	69,1	
Sicilia	3,4	33,5	36,9	62,3	3,4	34,8	38,2	60,3	
Sardegna	4,5	31,7	36,3	63,2	4,0	32,9	36,9	61,8	
Italia	4,1	28,5	32,6	66,8	4,0	29,0	33,0	66,4	

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

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

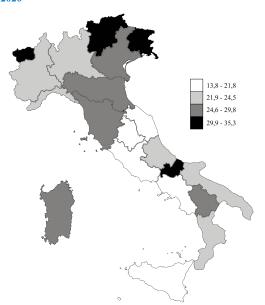


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol per classe di età, genere e regione - Anno 2020

Dogioni	11-17 anni	18-64	4 anni	≥65	anni	≥11	anni
Regioni	Totale	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	16,8	21,7	10,5	31,6	8,6	23,9	10,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,7	28,4	15,0	43,4	8,4	32,0	12,5
Lombardia	16,6	22,4	10,5	35,1	6,8	24,5	10,2
Bolzano-Bozen	19,0	36,0	12,0	41,3	2,9	35,3	10,4
Trento	17,2	32,9	10,6	32,1	5,3	31,8	9,5
Veneto	13,3	25,0	10,8	43,0	10,0	28,3	10,7
Friuli Venezia Giulia	17,4	29,8	12,6	36,6	6,4	30,3	11,3
Liguria	15,9	15,8	10,1	40,1	13,2	22,3	11,7
Emilia-Romagna	24,9	22,8	12,9	39,3	13,8	26,8	14,1
Toscana	19,2	20,1	10,2	38,8	8,6	25,0	10,1
Umbria	19,3	17,4	9,9	34,3	7,3	21,4	10,2
Marche	12,5	18,2	11,1	32,4	4,3	21,3	9,1
Lazio	17,1	15,2	8,2	33,0	5,2	19,0	8,3
Abruzzo	18,6	22,5	6,1	30,8	4,1	24,5	6,2
Molise	17,5	31,9	11,1	38,8	7,6	32,9	10,5
Campania	17,5	14,0	5,5	23,5	4,7	16,0	6,6
Puglia	23,0	16,8	10,1	34,9	9,7	22,1	10,4
Basilicata	19,8	21,5	9,0	44,1	6,8	26,7	9,2
Calabria	30,8	21,9	5,8	29,5	5,2	24,3	7,5
Sicilia	20,2	11,0	4,5	19,5	2,2	13,8	4,9
Sardegna	17,0	29,9	9,8	29,6	4,1	29,3	8,3
Italia	18,5	19,9	9,2	33,5	7,3	22,9	9,4

Fonte dei dati: Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

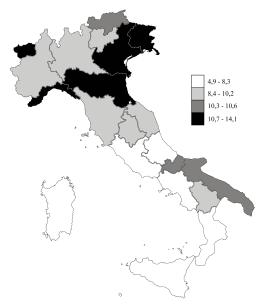
Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Maschi. Anno 2020



Raccomandazioni di Osservasalute

Nel corso dell'anno in cui è iniziata la pandemia si è assistito a una complessiva diminuzione degli astemi e dei non consumatori di bevande alcoliche, ma è proprio tra coloro che già ne consumavano che si è registra un aumento dei comportamenti a rischio per la salute (4, 5, 8, 9). In un momento storico in cui il sistema sanitario si è trovato a dover gestire l'emer-

Prevalenza (valori per 100) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11 anni ed oltre per regione. Femmine. Anno 2020



genza sanitaria della difficile gestione dei casi COVID-19, i pazienti più fragili e bisognosi come, ad esempio, le persone con problemi di dipendenza da alcol, hanno sperimentato un'interruzione nella continuità delle cure, a causa di chiusure di servizi di trattamento specializzato durante il *lockdown* (10).

La pandemia, che nel corso del 2020 ha coinvolto l'Italia insieme a tutti i Paesi del mondo, ha sottoli-

neato la necessità di intervenire con politiche di prevenzione specifiche per target di popolazione già precedentemente identificati come soggetti fragili dagli organi di Sanità Pubblica. Appare, quindi, quanto mai fondamentale incentivare gli unici interventi di provata efficacia definiti dalla Nazioni Unite e dall'OMS come "best-buys" per la promozione di politiche nazionali sull'alcol. Tali interventi, secondo l'OMS, devono mantenersi indipendenti e distanti dalle logiche economiche di convenienza e dalle interferenze dei conflitti d'interesse del settore della produzione (che è stato dimostrato dall'OMS ostacolare il raggiungimento degli obiettivi di salute sostenibile dell'Agenda 2030). Per fornire sostegno agli Stati membri nella riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol entro il 2025, l'OMS ha promosso l'iniziativa SAFER il cui acronimo evidenzia i cinque interventi più efficienti in termini di costi per ridurre i danni alcol-correlati: Strengthen restrictions on alcohol availability (rafforzare le restrizioni sulla disponibilità di alcol), Advance and enforce drink driving countermeasures (consolidare le misure di prevenzione su alcol e guida), Facilitate access to screening, brief interventions, and treatment (facilitare l'accesso a programmi di screening, intervento breve e trattamento sul consumo dannoso di alcol), Enforce bans and comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion (applicare e far rispettare i divieti e le restrizioni su pubblicità, sponsorizzazioni e la promozione delle bevande alcoliche), Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies (aumentare i prezzi degli alcolici attraverso accise, tasse e politiche dei prezzi).

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

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

Ringraziamenti

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

Riferimenti bibliografici

(1) World Health Organization Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Disponibile sul sito:

www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019.

(2) International Agency for Research on Cancer (IARC), (2015), IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Disponibile sul sito: http://monographs,iarc,fr/ENG/Classification/latest_classif,php.

(3) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, Washington DC: AICR, 2007. (1) World Health Organization Global status report on alcohol and health - 2018. Disponibile sul sito: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.

(4) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult

(4) Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. JAMA Netw Open. 2020; 3 (9):e2022942. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.

(5) Ferrante G, Camussi E, Piccinelli C, et al. L'isolamento sociale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto sugli stili di vita dei cittadini? Epidemiol Prev. 2020; 44 (56): 353-362. doi: 10.19191/EP20.5-6.S2.137.

(6) Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2016, Roma: Ministero della Salute; 2020.

(7) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A,Vichi M, Scipione R, Palma G e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/7).

(8) Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. DOI. Disponibile sul sito:

https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X.

(9) Finlay I., Gilmore I. Covid-19 and alcohol - a dangerous cocktail. BMJ 2020; 369 doi. Disponibile sul sito: https://doi.org/10.1136/bmj.m1987.

(10) Blithikioti, C., Nuño, L., Paniello, B., Gual, A., & Miquel L. Impact of COVID-19 lockdown on individuals under treatment for substance use disorders: Risk factors for adverse mental health outcomes. J Psychiatr Res. 2021; 139: 47-53. doi: 10.1016/J.JPSYCHIRES.







Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2020 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dalle persone di età 3 anni ed oltre. La classe di frequenza di assunzione degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale quotidiano, settimanale o più rarefatto e della porzione ritenuta auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2).

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

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

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

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

Numeratore	Persone 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	Persone di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta	
	x	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	Persone 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 ≥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 formag	ggi 1	2	4	3	0

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

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

A. TURRINI, E. BOLOGNA



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

Descrizione dei risultati

La distribuzione territoriale dei consumatori di età >14 anni in base allo IAMD (Grafico 1) vede un'adesione alta nelle regioni del Centro (Lazio 26,0%, Toscana 25,3%, Umbria 24,5% e Marche 22,7%) insieme a 2 regioni del Settentrione, la Liguria (22,2%) e l'Emilia-Romagna (20,9%), seguite da alcune regioni del Mezzogiorno (Basilicata 21,6%, Sardegna 20,6% e Sicilia 20,1%), e da Molise e Puglia a livello della media Italia (19,5%). Se, però, consideriamo i valori complessivi di aderenza medio-alta, alle regioni suddette si aggiungono Campania e Abruzzo, delineando un quadro Centro-Sud ed Isole di aderenza medio-alta. Un maggiore dettaglio dei consumi di alimenti per tipologia che caratterizzano le diverse regioni è riportato nelle tabelle. Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2020, tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda la metà della popolazione (49,5%), e di ortaggi, che risulta pari al 46,3% (Tabella 1). Nel complesso, l'81,3% della popolazione di età 3 anni ed oltre assume almeno una porzione di VOF al giorno, con un lieve aumento pari a 1,0 punto percentuale rispetto al 2019; su tale aumento ha pesato prevalentemente la crescita dell'abitudine al consumo di ortaggi che nell'arco dell'ultimo anno è cresciuta di circa 3 punti percentuali e una variazione percentuale del +7,2%.

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

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente si osserva come, in tutte le regioni, il consumo sia diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attesti principalmente tra le 2-4 porzioni. In Campania e Puglia, circa un quinto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo delle 5 porzioni giornaliere. L'abitudine alle 5 porzioni di VOF è più diffusa nella PA di Trento, dove riguarda il 10,0% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita dal Piemonte (8,5%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Meridione (Calabria, Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia e Abruzzo). Analizzando i profili percentuali, il consumo di frutta e il consumo di verdura o ortaggi hanno tendenzialmente un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indicatore di preferenze diversificate da regione a regione denotando tradizioni gastronomiche differenziate (Tabella 1).

Nell'analisi territoriale della frequenza di consumo di

alcune tipologie di alimenti, si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni, a seconda del tipo di alimento considerato (Tabella 2) risulta essenzialmente coerente con la distribuzione per livelli dell'IAMD. 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-Sud ed Isole per alimenti consumati quotidianamente come "pane, pasta, riso" e "latte". Si aggiungono regioni del Nord, in particolare, Emilia-Romagna per "pane, pasta e riso", PA Bolzano e Liguria per "latte". Si discostano, mostrando valori più bassi al Centro-Sud ed Isole, in particolare Puglia e Sardegna per "pane, pasta, riso" e Marche, Abruzzo, Campania, Calabria e Sardegna per "latte".

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

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

"Carni bianche" e "carni bovine" presentano una mappatura più variegata. Le "carni bianche" hanno un consumo maggiore in 4 regioni del Nord-Ovest (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria), Emilia-Romagna nel Nord-Est, 3 regioni del Centro (Toscana, Umbria e Marche) e, nel Meridione, in Molise. Le "carni bovine" hanno percentuali più elevate in alcune regioni in tutte le ripartizioni geografiche (Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Marche, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia), eccetto che nel Nord-Est in cui le regioni sono tutte al di sotto della media nazionale.

Analizzando, infine, il consumo almeno settimanale di dolci e *snack* salati, si osserva una maggiore frequenza dei primi nella maggior parte delle regioni del Nord e del Centro (eccezioni con valori al di sotto della media nazionale nella PA di Trento, Umbria e Lazio), mentre i secondi hanno consumi superiori alla media italiana in alcune regioni del Sud (Molise, Campania, Puglia e Calabria) e del Nord (Lombardia e Veneto).

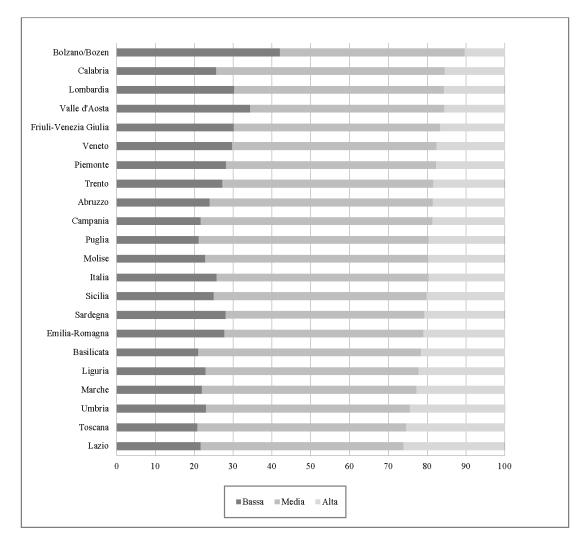
L'uso dell'olio d'oliva presenta elevatissime percen-



tuali in tutte le regioni e PA (la percentuale meno elevata è nella PA di Bolzano per l'uso a cotto, 88,7% e per l'uso a crudo 93,2%). Nel Meridione e al Centro è maggiormente diffusa l'abitudine ad usare l'olio d'oliva ed altri oli vegetali sia come condimento a crudo che nella preparazione di cibi cotti.

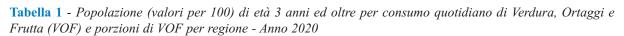
Infine, si evidenziano differenze regionali nel consumo di sale iodato, con un suo uso più esteso in quasi tutte le regioni del Nord (eccetto la Liguria, che si affaccia sul mare) e in alcune del Centro (Toscana e Umbria), ma anche in Molise, Basilicata e Puglia.

Grafico 1 - Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea per regione - Anno 2020 (7)



Fonte dei dati: Elaborazione metodologia Benedetti et al. (6) su dati frequenze di consumo di alimenti nella popolazione di età 14 anni ed oltre. Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021 (1).





n t t	1 7 1 4	0 / **	75	TION!	Porzioni di VOF**		
Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	1	2-4	5+
Piemonte	56,0	51,5	75,5	82,5	12,7	78,8	8,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,5	49,1	69,1	79,2	18,3	74,0	7,6
Lombardia	50,9	46,8	74,8	81,8	16,6	76,9	6,5
Bolzano-Bozen	50,6	46,7	67,1	76,5	18,2	74,6	7,2
Trento	60,8	56,1	72,5	81,9	12,2	77,8	10,0
Veneto	57,8	53,5	70,6	80,5	14,1	78,6	7,3
Friuli Venezia Giulia	60,2	50,3	70,5	80,3	13,1	79,2	7,7
Liguria	49,6	47,3	79,4	83,2	14,3	79,6	6,0
Emilia-Romagna	57,0	53,4	75,2	82,9	14,0	80,2	5,8
Toscana	51,8	51,3	76,8	82,4	15,8	77,1	7,1
Umbria	56,2	51,7	74,9	82,6	14,2	80,3	5,5
Marche	53,1	47,5	73,5	80,8	14,8	77,8	7,4
Lazio	54,5	47,9	74,0	81,5	16,2	77,4	6,4
Abruzzo	40,8	43,8	74,5	78,3	14,1	81,9	4,0
Molise	45,5	43,9	75,9	80,4	16,0	78,5	5,5
Campania	44,3	39,8	72,1	77,0	20,0	77,2	2,8
Puglia	38,7	36,5	78,5	81,9	21,5	74,8	3,7
Basilicata	38,0	43,6	80,9	84,0	16,6	79,7	3,7
Calabria	33,8	31,4	70,7	74,3	17,5	80,5	2,0
Sicilia	42,3	40,5	81,9	85,5	16,1	80,0	3,9
Sardegna	46,9	46,5	77,9	82,2	13,2	79,7	7,0
Italia	49,9	46,3	75,1	81,3	16,1	78,1	5,8

^{*}Almeno 1 porzione al giorno.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.



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

Tabella 2 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2020

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte*	Formaggi	Latte* Formaggi*Salumi** Carni bianche*	. Carni bianche** b	Carni bovine**	Carni ovine**°	Carni di maiale**	Uova**	Legumi in scatola**	Pesce**	Snack**	Dolci**	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento Attenzione a crudo al con olio consumo di oliva di sale o grassi e/o di vegetali cibi salati	Attenzione al consumo di sale e/o di	Utilizzo di sale arricchito di iodio
Piemonte	70,4	43,9	27,4	57,5	81,1	61,4	18,3	38,0	71,6	44,9	54,4	26,9	52,7	95,3	0,86	75,2	50,3
Valle d'Aosta	73,1	42,8	32,6	6,65	81,8	6,89	22,4	38,6	74,9	44,2	57,2	25,5	51,9	91,9	5,76	7,77	69,3
Lombardia	72,3	45,6	23,8	61,0	81,7	57,2	17,8	38,9	62,2	45,6	57,7	35,1	56,3	93,0	9,76	74,8	52,4
Bolzano-Bozen	64,6	5I,I	38,7	57,2	56,0	42,1	8,7	31,8	74,7	32,1	32,2	24,3	50,7	88,7	93,2	63,5	70,3
Trento	74,8	46,6	32,2	58,7	73,0	47,8	14,7	43,1	1,99	46,0	50,0	25,8	49,5	6'16	97,3	76,1	61,2
Veneto	70,7	44,7	24,7	54,8	79,4	59,1	16,4	43,9	65,3	42,4	56,3	32,7	55,0	0,96	7,76	74,7	56,9
Friuli Venezia Giulia	9,99	46,9	28,2	54,8	9,77	54,2	12,2	40,4	6,59	41,2	49,6	26,4	54,9	95,6	5'96	73,9	52,9
Liguria	73,6	50,0	23,1	58,2	80,8	60,3	18,2	33,6	72,2	45,5	57,3	22,5	53,0	2,96	97,3	76,5	44,0
Emilia-Romagna	8,62	45,8	21,1	64,0	80,0	8,95	19,2	46,4	66,4	49,3	57,5	28,1	54,9	96,2	98,2	72,1	56,6
Toscana	80,0	53,6	21,7	8,65	84,4	64,7	17,8	47,2	65,4	53,7	63,4	26,4	52,3	9,76	9,86	71,3	51,5
Umbria	81,1	50,2	21,3	6,49	83,6	58,8	27,5	50,3	70,3	57,9	61,0	25,4	47,6	0,86	98,4	71,9	56,5
Marche	80,3	43,9	13,4	62,2	83,8	62,5	22,1	46,4	68,2	48,1	65,1	22,8	52,9	9,96	9,76	74,8	49,1
Lazio	76,5	8,95	14,0	51,4	79,3	63,9	24,4	42,0	8,07	54,7	61,6	25,0	46,4	97,4	9,76	74,2	42,8
Abruzzo	80,7	44,9	17,5	59,4	76,7	55,3	31,3	45,0	9,69	60,3	57,0	29,0	53,8	9,96	97,1	75,5	42,1
Molise	83,1	50,4	21,9	8,79	81,6	8,95	30,7	47,8	74,1	73,5	29,7	34,2	50,7	97,0	98,4	77,5	50,3
Campania	77,8	45,7	10,2	56,5	78,3	8,99	34,9	55,2	70,4	76,7	72,5	32,4	41,1	97,1	97,2	0,79	42,5
Puglia	75,6	53,9	16,0	62,7	75,7	60,1	30,5	42,4	0,89	63,2	62,6	30,1	47,6	96,2	97,4	72,9	50,2
Basilicata	83,2	51,6	17,8	65,1	78,3	57,7	36,3	53,0	73,6	74,9	61,6	28,1	40,4	9,86	99,2	73,4	58,9
Calabria	82,7	45,0	18,4	66,2	78,4	64,2	37,1	50,1	74,7	8,99	8,89	35,0	49,3	98,1	8,86	8,69	45,1
Sicilia	84,6	49,5	20,0	58,7	79,1	67,4	31,7	46,2	73,0	51,3	64,6	28,6	43,2	97,2	9,76	66,2	39,2
Sardegna	70,4	44,3	26,8	54,5	74,8	8,95	30,3	48,1	67,0	43,5	52,4	25,8	49,2	97,1	97,2	72,2	37,1
Italia	76,1	48,1	20,4	59,1	9,62	6,09	23,6	44,2	68,2	53,0	9,09	29,5	50,4	6'56	2,76	72,4	49,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021 (1).

^{*}Almeno 1 porzione al giorno. **Almeno qualche porzione alla settimana. °Dato rilevato per la prima volta nel 2018.

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, Verdura, Ortaggi e Frutta spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta oggetto di sorveglianza (6) perché costituisce un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) confermato anche nella più recente revisione delle Linee Guida per una sana alimentazione, sottolineando che "dobbiamo considerare le 5 porzioni al giorno come un obiettivo di minima: anche in questo caso, almeno, 5 porzioni, ma se sono di più è meglio" (2). Nel 2020, il consumo quotidiano di VOF, pur in lieve crescita rispetto all'anno precedente, continua a riguardare otto persone su dieci rimanendo, quindi, al di sotto del target complessivo della popolazione totale: le raccomandazioni indicate negli anni passati (9) restano perciò valide. Inoltre, tra i consumatori giornalieri di frutta e verdura solo il 5,8% raggiunge le 5 porzioni al giorno (5+ VOF).

Anche alla luce dei risultati dell'analisi di sintesi sull'aderenza alla dieta mediterranea, restano di attualità, dunque, i programmi come "Frutta e verdura nelle scuole" (10) e "Latte nelle scuole" (11), promosso in Italia dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, in linea con il corrispondente programma europeo (12).

Più in generale, è importante promuovere l'adozione di modelli di dieta salutari e sostenibili di cui il consumo di VOF sia parte integrante (13), con l'ausilio dei produttori (14) e dei ristoratori (15); continuare il monitoraggio dei consumi alimentari e delle variabili dello stile di vita, tra cui centrale è l'attività fisica, per verificare se le politiche di sensibilizzazione verso una alimentazione equilibrata e corretta riescano a produrre cambiamenti desiderabili, come l'aumento del consumo di VOF, raggiungendo almeno le 5 porzioni giornaliere.

Nel nostro Paese il numero di porzioni di VOF è rilevato, ad esempio, anche nel programma "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (16). Tuttavia, esiste una necessità di stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (17). La complessità di questi studi è determinata dalla metodologia di misurazione che varia in relazione al periodo (alimentazione attuale/alimentazione abituale) e, nel primo caso, all'uso di un modello di rilevazione aperto (diario o intervista) che richieda la codifica degli alimenti a un livello dettagliato (18). La questione è da lungo tempo dibattuta e, grazie al Programma EU-MENU, attivato dall'European Food Safety Authority, gli Stati membri dell'Unione Europea stanno realizzando le indagini alimentari individuali che rilevano le abitudini a tavola seguendo una metodologia armonizzata (19) a comporre una banca dati europea dei consumi alimentari individuali (20). In Italia, è stata appena conclusa dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA) la raccolta dei dati del quarto studio su scala nazionale nell'ambito del Programma EU-MENU. La formazione dei rilevatori è realizzata dalla collaborazione tra il CREA, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (21).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidia-- 2020. Istat. Disponibile sul sito: http://dati.istat.it.
- (2) CREA Alimenti e Nutrizione. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2018. Roma. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/lineeguida-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-
- (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.epiprev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_285_art1.pdf. (5) European Community Health Indicators Monitoring.
- Disponibile sul sito:
- https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list en.
- (6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.
- (7) Benedetti I., Biggeri L., Laureti T., Secondi L (2016): Exploring the Italians' Food Habits and Tendency towards a Sustainable Diet: The Mediterranean Eating Pattern. Agriculture and Agricultural Science Procedia, Volume 8 pages 433-440. Disponibile sul sito:
- www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221078431630
- (8) Alberti-Fidanza A, Fidanza F. (2004): Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. Public Health Nutr. 2004 Oct;7(7):937-41. doi: 10.1079/phn2004557. 15482621.
- (9) Turrini A, Bologna E. 2019. Consumo di alimenti per tipologia. In "Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione" capitolo del "Rapporto Osservasalute 2018", 41-46. Disponibile sul sito: www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/06/ro-2019-fattori
- (10) Programma "Frutta e verdura nelle scuole" Disponibile
- sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it. (11) Programma "Latte nelle scuole" Disponibile sul sito: www.lattenellescuole.it/P42A78C14S11/Latte-nelle-scuole-a-s--2020-2021.htm.
- (12) Piano d'Azione 2015-2020 del European Food and Nutrition Action Plan. Disponibile sul sito:
- www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0008/253727/64d
- data/assets/pdf_Inte/0006/25372/7040
 14e FoodNutAP_140426.pdf.
 (13) Donini LM, Dernini S, Lairon D, Serra-Majem L,
 Amiot M-J, del Balzo V, Giusti A-M, Burlingame B,
 Belahsen R, Maiani G, Polito A, Turrini A, Intorre F, Trichopoulou A, Berry EM (2016): A consensus proposal for nutritional indicators to assess the sustainability of a







healthy diet: the Mediterranean diet as a case study. Frontiers, 29 August 2016. Disponibile sul sito:

http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2016.00037 http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnut.2016.00037/full.

(14) Guadagnare salute. Stili di vita. Protocolli d'intesa. I protocolli d'intesa con le Associazione della panificazione. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1400&area=stiliVita&menu=protocoll.

(15) SINU. Meno Sale Più Salute. Disponibile sul sito: https://sinu.it/meno-sale-piu-salute.

(16) Istituto Superiore di Sanità. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza PASSI. Disponibile sul sito:

www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.

(17) Turrini A (a cura di). 2013. Indagini armonizzate sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana. Monografia del progetto "PALINGENIO Indagini armonizzate permanenti sul comportamento alimentare e lo stile di vita della popolazione italiana" ISBN 978-88-97081-40-1. Disponibile su richiesta.

(18) EFSA - European Food Safety Authority (2015). The food classification and description system FoodEx 2 (revision 2), EFSA supporting publication 2015: EN-804. 90 pp. European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy. Disponibile sul sito:

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

(19) 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.

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

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

(21) Corsi di Formazione a Distanza (FAD) conclusi e in corso. Disponibili sul sito: www.eduiss.it.

Sovrappeso e obesità

Significato. Nel mondo l'obesità rappresenta la seconda causa evitabile di tumore dopo il fumo. Dal 1975 la quota di persone obese nel mondo è triplicata (1). Si stima, infatti, che almeno 2,8 milioni di persone muoiano ogni anno a causa del sovrappeso e dell'obesità (2). In Italia, si calcola che vi siano 2,7 anni di vita persi in media a causa di sovrappeso e obesità e che essi determinino il 9% della spesa sanitaria totale. Si valuta che partecipino al mondo del lavoro quasi 600 mila lavoratori in meno l'anno a causa del sovrap-

peso e che ciò provochi una diminuzione del 2,8% del Prodotto Interno Lordo (3).

Nell'Edizione 2021 della Giornata mondiale contro l'obesità (4 marzo) si è evidenziato come l'eccesso di peso sia un fattore predisponente lo sviluppo di complicanze da *Corona Virus Disease*-19 (COVID-19) (come, ad esempio, la necessità di ricovero, di Terapia Intensiva e di ventilazione meccanica). Anche l'obesità si presenta come una condizione che aumenta la probabilità di morte per COVID-19 (4).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Validità e limiti. L'Indice di Massa Corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). La Classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (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 40 e più (4).

Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥25 e "obesità" un IMC ≥30 (5). Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di problemi di salute

Riguardo alla prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica "Aspetti della vita quotidiana", relativa al 2020, condotta con tecnica mista di rilevazione, Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing.

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

Continua a essere stabile la quota delle persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso. Anche nel 2020, si conferma che il 36,1% della popolazione adulta è in eccesso di peso, mentre più di una persona su dieci è obesa (11,5%); complessivamente, il 47,6% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale (Tabella 1). Questi valori non presentano variazioni significative negli ultimi anni, a conferma che le variazioni di questo fenomeno siano apprezzabili in intervalli temporali più ampi. Infatti, se si procede ad un'analisi delle serie storiche dal 2001-2020 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 leggermente senza tornare ai livelli del 2001. Rispetto all'obesità l'andamento nel ventennio in esame è in crescita 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) (Grafico 1), si osserva che, dal 2001, i maggiori incrementi si sono osservati nelle regioni del Nord-Ovest: l'incidenza di maggiorenni in sovrappeso è cresciuta dal 2001 del 12,1% mentre quella delle persone obese si è quasi raddoppiata.

Nel 2020 le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli (si evidenzia una differenza di 10,0 punti percentuali tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,7 punti percentuali in riferimento all'incidenza di obesità).

La prevalenza più alta di persone, di età 18 anni ed oltre, obese è elevata in Basilicata 14,9%, Campania 14,3% e Abruzzo 13,9%; le regioni con la prevalenza

E. DEL BUFALO







minore di persone obese sono PA di Bolzano (8,2%), PA di Trento (8,9%) e Liguria (9,5%). Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti: Campania (42,0%), Sicilia (39,8%) e Molise (39,4%). Nella parte bassa della graduatoria vi sono PA di Trento (32,0%), Valle d'Aosta (32,5%) e Toscana (32,6%). Al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa). Anche nel 2020, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 15,9% della fascia di età 18-24 anni al 46,3% nella fascia di età 65-74 anni che si conferma più critica rispetto alla condizione di eccesso di peso. Anche l'obesità è una condizione del 3,7% dei giovani di età 18-24 anni per

arrivare a coinvolgere il 16,0% 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 43,9% degli uomini vs il 28,8% delle donne ed obeso il 12,3% degli uomini vs il 10,8% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra i 65-74 anni. La fascia di età 35-44 anni è quella in cui si registra la più elevata differenza tra uomini e donne in sovrappeso, mentre la fascia di età 45-54 anni è quella in cui si registra la più elevata differenza tra uomini e donne obese; in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione - Anno 2020

Regioni	Sovrappeso	Obesità	
Piemonte	33,8	10,6	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,5	11,8	
Lombardia	34,3	10,6	
Bolzano-Bozen	33,5	8,2	
Trento	32,0	8,9	
Veneto	34,8	11,3	
Friuli Venezia Giulia	35,1	11,7	
Liguria	35,7	9,5	
Emilia-Romagna	36,2	12,4	
Toscana	32,6	10,7	
Umbria	35,0	11,3	
Marche	35,7	10,3	
Lazio	34,2	10,8	
Abruzzo	35,9	13,9	
Molise	39,4	12,5	
Campania	42,0	14,3	
Puglia	38,2	12,3	
Basilicata	38,5	14,9	
Calabria	38,5	11,8	
Sicilia	39,8	12,3	
Sardegna	35,3	10,2	
Italia	36,1	11,5	

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.





Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2020

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2020

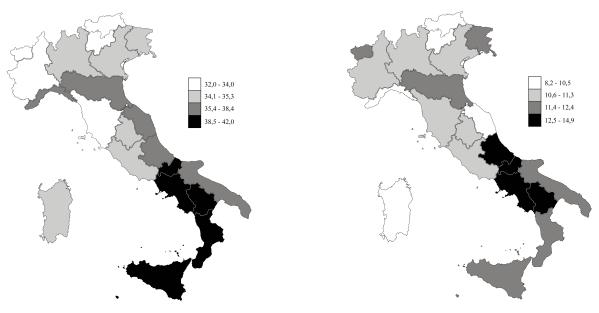
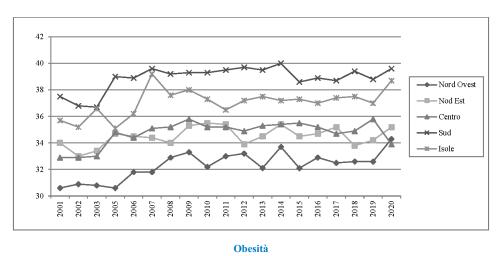
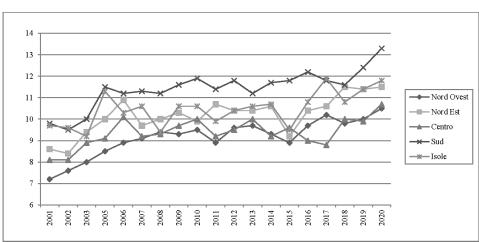


Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2020

Sovrappeso





Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.



Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2020

CL 11 A		Sovrappeso		Obesità			
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
18-24	20,4	13,6	15,9	2,7	3,2	3,7	
25-34	32,8	18,1	24,4	7,4	6,4	5,3	
35-44	43,6	23,6	32,1	9,4	7,6	7,9	
45-54	47,5	27,7	36,4	15,0	9,6	11,3	
55-64	50,9	34,8	41,4	15,8	12,7	13,9	
65-74	51,8	37,2	46,3	16,9	16,1	16,0	
75+	48,7	36,0	43,8	14,1	15,1	13,1	
Totale	43,9	28,8	35,4	12,3	10,8	10,5	

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Obesità e sovrappeso sono condizioni prevenibili (1). Il Global Obesity Observatory ha teorizzato la necessità di diffondere un'informazione appropriata rispetto all'eccesso di peso. Sono state elaborate delle "roots" necessarie per un corretto approccio alla prevenzione e cura: capire i motivi biologici legati all'insorgere del sovrappeso; pubblicizzare il ruolo negativo del cibo elaborato che ormai è diffuso in tutto il mondo; valutare la presenza di rischi di tipo genetico legati all'insorgenza della condizione di eccesso di peso; sostenere l'importanza del supporto di specialisti di Medicina dell'Obesità; considerare i cambiamenti del peso legati al ciclo di vita; analizzare il ruolo delle politiche di marketing tese alla vendita e consumo di cibi poveri di nutrienti e ricchi di grassi; mettere in evidenza come la presenza di malattie mentali e il consumo di farmaci possano indurre aumento di peso; sottolineare che la mancanza di sonno o la presenza di sonno irregolare inducono ad alti livelli di stress e a condizioni di sovrappeso; sottolineare quanto la discriminazione legata alla presenza di obesità o sovrappeso può determinare gravi conseguenze sociali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/facts-inpictures/detail/6-facts-on-obesity.
- (3) Disponibile sul sito: www.oecd.org/italy/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-ITALY-In-Italian.pdf.
- (4) Disponibile sul sito: www.worldobesity.org/what-we-
- do/our-policy-priorities/the-roots-of-obesity.
 (5) Disponibile sul sito: www.worldobesity.org/what-wedo/our-policy-priorities/the-roots-of-obesity.



Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno che sta caratterizzando non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, nel 2020, 39 milioni di bambini di età <5 anni sono in condizione di sovrappeso o obesità. A questi si aggiungono, inoltre, i 340 milioni di bambini e adolescenti di età 5-19 anni nella stessa condizione (1). La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Inoltre, recenti evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale ed adolescenziale una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3). È stato calcolato che, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso mantengono questa condizione da adulti (4).

In Italia, a partire dal 2010, l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) dei minori di età 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari.

A partire dal 2019 sono stati resi disponibili anche i dati relativi ai bambini di età 3-5 anni.

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

Numeratore Minori di età 3-17 anni in eccesso di peso

x 100

Denominatore Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 3-17 anni

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

Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è stato calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri, strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale.

La possibilità di avere tramite l'indagine 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 auto dichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (5) in quanto rappresentano valori di riferimento ampiamente utilizzati negli ultimi anni in numerosi studi nazionali ed internazionali. Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC ≥25 per il sovrappeso e ≥30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso¹. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad

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.

avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

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 (2019-2020). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi, 3-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati (media 2019-2020) mostrano che, in Italia, sono circa 2 milioni e 200 mila i bambini e gli adolescenti di età 3-17 anni in eccesso di peso (pari al 26,3%). Dopo una diminuzione osservata a partire dal biennio 2012-2013 e fino al 2017-2018, nel triennio successivo si è registrata, invece, una tendenza in aumento del fenomeno (6).

Emergono forti differenze di genere che si mantengono nel tempo: il fenomeno è più diffuso tra i maschi (29,2% vs il 23,2% femmine). Tali differenze non sussistono tra i bambini di età 3-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età (Tabella 1).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di età 3-10 anni, dove raggiunge il 33,6%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di età 14-17 anni (15,8%).

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord-Centro vs Mezzogiorno, con i valori più elevati registrati al Sud e nelle Isole (35,3%) e i valori più bassi registrati al Centro e nel Nord del Paese (rispettivamente, 22,4% e 22,8%) (dati non presenti in tabella). Le regioni che mostrano prevalenze particolarmente elevate sono Campania (39,1%), Puglia (33,8%), Basilicata (33,6%), Molise (31,9%) e Abruzzo e Calabria (pari merito 30,1%) (Tabella 2).

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

Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere, anche loro, in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di età 3-17 anni in sovrappeso o obesi è pari al 36,3% rispetto alla percentuale del 31,2% (solo madre in eccesso di peso) e del 25,9% (solo padre in eccesso di peso). Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 19,1% (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: se al Centro e al Nord del Paese la distanza tra coloro che sono in eccesso di peso e che vivono in famiglie con scarse/insufficienti risorse economiche rispetto a coloro che vivono in famiglie con buone/ottime risorse economiche è pari a circa 4 punti percentuali si annulla del tutto tra chi vive nelle regioni del Sud e nelle Isole.

Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2019-2020

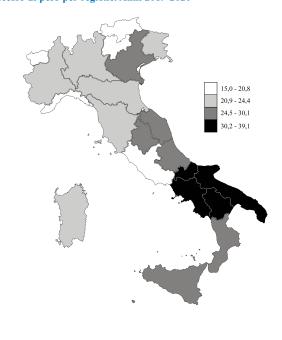
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5 anni	33,3	33,0	33,2
6-10 anni	35,4	32,2	33,9
11-13 anni	28,7	18,2	23,5
14-17 anni	20,2	11,3	15,8
Totale	29,2	23,2	26,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2019-2020

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	23,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,8
Lombardia	21,9
Bolzano-Bozen	15,0
Trento	18,5
Veneto	26,0
Friuli Venezia Giulia	21,0
Liguria	18,6
Emilia-Romagna	24,4
Toscana	23,5
Umbria	26,4
Marche	24,7
Lazio	20,5
Abruzzo	30,1
Molise	31,9
Campania	39,1
Puglia	33,8
Basilicata	33,6
Calabria	30,1
Sicilia	29,4
Sardegna	22,1
Italia	25,6

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2019-2020



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per genere e alcune caratteristiche dei genitori/famiglia - Anni 2019-2020

Caratteristiche genitori/famiglia	Maschi	Femmine	Totale
Titolo di studio della madre*			
Dottorato di ricerca e Laurea	23,8	18,4	21,2
Diploma scuola superiore	27,5	23,1	25,4
Scuola dell'obbligo	35,0	27,0	31,1
Titolo di studio del padre*			
Dottorato di ricerca e Laurea	21,7	19,0	20,3
Diploma scuola superiore	28,1	22,6	25,4
Scuola dell'obbligo	33,7	26,9	30,5
Risorse economiche della famiglia			
Risorse economiche Ottime-adeguate	28,3	22,5	25,5
Risorse economiche scarse o insufficienti	30,8	24,8	27,8
Eccesso di peso dei genitori*			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	21,8	16,2	19,1
Solo la madre in eccesso di peso	34,6	27,6	31,2
Solo il padre in eccesso di peso	28,1	23,6	25,9
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	39,8	32,4	36,3
Totale	29,2	23,2	26,3

^{*}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 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

La possibilità di avere periodicamente informazioni sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi permette di monitorare la diffusione del fenomeno nei gruppi in cui è maggiormente presente (tra i maschi, tra chi risiede nel Mezzogiorno e tra chi vive in famiglie in







cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso e con un livello socio-economico non elevato).

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

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

Riferimenti bibliografici

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

- American Journal of clinical Nutrition 39, pp 129-135. 1984.
- (5) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (6) Bologna E., Iannucci L., "Stili di vita di bambini e ragazzi" Anni 2017-2018 Istat- Statistica report (29 ottobre 2019).

 (7) Shields M. Overweight and obesity among children and
- (7) Shields M. Overweight and obesity among children and youth. Health Rep. (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 2006; 17 (3): 27-42.
- (8) Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma 10-12 settembre 2002). Istat.
- (9) Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity; 2006. 1: 11 /25.
- (10) Cole T. J., Bellizzi M.C, Flegal K.M., Dietz W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1 240
- (11) Cacciari E., Milani S., Balsamo A. and SIEDP Directive Council 2002-03. Italian cross sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J Endocrinol Invest 29; 581-93, 2006.
- (12) Iannucci L., Pugliese A., Qualiano V., Bologna E. Fattori di rischio per la salute tra i bambini e adolescenti: eccesso di peso e sedentarietà in "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini Istat sulla salute" (a cura di) Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. Rapporti ISTI-SAN 16|26. Anno 2016.

Sovrappeso e obesità nei bambini (OKkio alla SALUTE)

Significato. Sebbene la prevalenza complessiva di eccesso ponderale in età pediatrica si sia stabilizzata in diversi Paesi ad economia avanzata (1), la lotta all'obesità, attraverso la promozione dei corretti stili di vita e la comprensione dei determinanti di tale fenomeno, rimane un obiettivo prioritario di Sanità Pubblica. Diversi studi riportano che lo stato ponderale dei bambini possa essere influenzato da diversi fattori, tra cui le caratteristiche alla nascita (2, 3) e nei primi mesi di vita (4-6).

Il Sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla

SALUTE (7), attivo nel nostro Paese dal 2008 e coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, è in grado di fornire trend temporali sulla prevalenza dello stato ponderale dei bambini di età 8-9 anni in tutte le regioni, raccogliendo anche importanti informazioni sui fattori di rischio inclusi quelli dei primi mesi di vita del bambino (peso alla nascita e allattamento), nonché le caratteristiche alla nascita (età gestazionale e tipo di parto).

Prevalenza di bambini in sovrappeso

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

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

Validità e limiti. Al fine di avere delle misure oggettive e uniformi di peso e statura su tutto il territorio nazionale, il Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE prevede che i bambini vengano misurati direttamente a scuola da personale formato, con procedure e strumentazioni comuni.

L'Indice di Massa Corporea è utilizzato come indicatore indiretto dello stato di adiposità, mentre per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità e obesità grave dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al. (8).

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

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

Descrizione dei risultati

Dai dati 2019 di OKkio alla SALUTE su 45.735 bambini misurati si evince che quelli in sovrappeso sono (utilizzando i valori soglia dell'IOTF) il 20,4% (Intervalli di Confidenza-IC 95%: 19,9-20,9%) e gli obesi sono il 9,4% (IC 95%: 9,0-9,7%), compresi i bambini gravemente obesi che rappresentano il 2,4% (IC 95%: 2,3-2,6%). Nel corso degli anni il sovrappeso è diminuito, passando dal 23,2% nel 2008-2009 al 20,4% nel 2019. La prevalenza dell'obesità, in generale, è diminuita negli anni (dal 12,0% nel 2008-2009 al 9,4% nel 2019), anche se nell'ultima raccolta dati si è assistito ad una fase di plateau (Grafico 1).

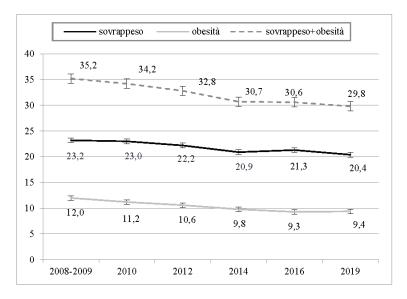
In tutte le raccolte dati, si evidenzia una forte variabilità regionale con un gradiente in crescita della prevalenza del fenomeno dal Nord al Sud ed Isole. Nel 2019, la percentuale di bambini in eccesso ponderale (somma di sovrappeso e obesità) è risultata massima in Campania (44,2%) e minima in Valle d'Aosta (14,0%) (Tabella 1) (9).

Per quanto riguarda le caratteristiche alla nascita e nei primi mesi di vita, la prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi è maggiore tra i nati con Taglio Cesareo, tra coloro che avevano un peso alla nascita >4.000 g e tra i bambini tra i bambini che non sono mai stati allattati al seno o solo per meno di 1 mese (Grafico 2). Sebbene le rispondenti siano madri di bambini di età 8-9 anni e, quindi, le risposte a queste domande potrebbero essere affette da recall bias, i risultati sono in linea con quanto evidenziato in altri studi e Paesi e sottolineano l'importanza delle prime fasi della vita sullo sviluppo dell'obesità infantile.

P. NARDONE, A. SPINELLI, M. BUONCRISTIANO, M.A. SALVATORE, S. CIARDULLO, M. BUCCIARELLI, S. ANDREOZZI, D. GALEONE, Gruppo "OKkio alla SALUTE" 2019



Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso, obesi e in eccesso ponderale - Anni 2008/2009-2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2021.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso, obesi e in eccesso ponderale per regione - Anno 2019

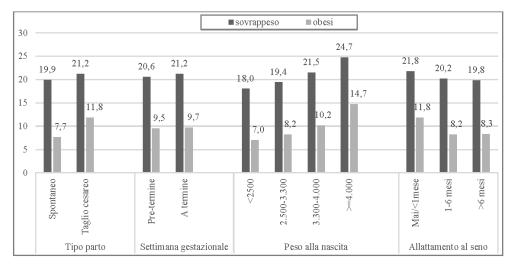
Regioni	Sovrappeso	Obesità	Eccesso ponderale	
Piemonte	18,5	7,0	25,5	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,3	2,7	14,0	
Lombardia	17,6	4,7	22,3	
Bolzano-Bozen	12,9	3,2	16,1	
Trento	16,9	4,0	20,9	
Veneto	19,0	6,3	25,3	
Friuli Venezia Giulia	19,1	6,6	25,7	
Liguria	18,1	7,9	26,0	
Emilia-Romagna	19,2	7,2	26,4	
Toscana	19,2	6,6	25,8	
Umbria	23,2	7,2	30,4	
Marche	21,3	8,9	30,2	
Lazio	21,7	9,1	30,8	
Abruzzo	23,4	11,6	35,0	
Molise	21,1	13,3	34,4	
Campania	25,4	18,8	44,2	
Puglia	21,6	15,1	36,7	
Basilicata	24,3	11,6	35,9	
Calabria	26,4	15,7	42,1	
Sicilia	22,6	14,0	36,6	
Sardegna	18,2	6,4	24,6	
Italia	20,4	9,4	29,8	

Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2021.





Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 8-9 anni in sovrappeso e obesi per caratteristiche alla nascita e nei primi mesi di vita - Anno 2019



Fonte dei dati: ISS. "OKkio alla SALUTE". Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

È necessario continuare a monitorare l'eccesso ponderale dei bambini, grazie alla sorveglianza in essere, così come proseguire a studiarne i principali determinanti rappresenta una valida strategia di prevenzione per sviluppare e adattare azioni mirate ai diversi portatori di interesse.

Riferimenti bibliografici

- (1) NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2017; 390 (10113): 2.627-2.642.
- (2) Blustein J, Attina T, Liu M, et al. Association of caesarean delivery with child adiposity from age 6 weeks to 15 years. Int J Obes 2013; 37 (7): 900-6.
- (3) Qiao Y, Ma J, Wang Y, et al. Birth weight and childhood obesity: a 12-country study. Int J Obes Supplements

2015;5(Suppl. 2): S74-9.

- (4) Yan J, Liu L, Zhu Y, et al. The association between breastfeeding and childhood obesity: a metaanalysis. BMC Public Health 2014; 14: 1.267.
- (5) Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, et al. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI 2015/2017. Obes Facts 2019; 12: 226-243.
- (6) Weng SF, Redsell SA, Swift JA, et al. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. Arch Dis Child 2012; 97 (12): 1.019-26.
- (7) Pagina di epicentro dedicata alla sorveglianza OKkio alla Salute. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/okkio-allasalute/dati2016.
- (8) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (9) Pagina di epicentro dedicata alla sorveglianza OKkio alla Salute 2019. Disponibile sul sito:
- www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati.

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 attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1).

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

I dati evidenziano, inoltre, che nella maggior parte dei Paesi le donne sono meno attive degli uomini e che ci sono significative differenze nei livelli di attività fisica tra i diversi Paesi e tra le regioni di uno stesso Paese. Queste differenze possono essere spiegate dalle disuguaglianze nell'accesso alle opportunità di essere fisicamente attivi e non fanno altro che amplificare ulteriormente le disuguaglianze nello stato di salute. Attualmente, non ci sono stime globali dei comportamenti sedentari, ma di certo l'innovazione tecnologica e lo spostamento verso attività lavorative e ricreative sempre più sedentarie hanno contribuito alla riduzione dell'attività fisica praticata (3).

Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta. È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (4). A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore Persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica

x 10

Denominatore Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre

Validità e limiti. Per quanto riguarda l'attività fisica, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Aspetti della vita quotidiana", condotta tra aprile e settembre 2020¹ su un campione di 18.529 famiglie, per un totale di 42.831 individui.

Si considera come attività sportiva quella svolta nel tempo libero con carattere di continuità o saltuarietà dalla popolazione di età 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica. L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di età 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi di età <14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2020, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 36,6% della popolazione, pari a circa 21 milioni 396 mila persone. Tra questi, il 27,1% si dedica allo sport in modo continuativo, mentre il 9,5% in modo saltuario. Coloro che pur non praticando uno sport svolgono un'attività fisica sono il 28,1% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 20 milioni 580 mila, pari al 35,2%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 27,1% del 2020). Tuttavia, nel 2020, rispetto agli ultimi anni precedenti, non si osserva uno spiccato aumento nella quota dei continuativi, molto probabilmente anche a causa della diffusione della pandemia di Corona Virus Disease-19 (COVID-19) e alle restri-

La situazione pandemica legata alla diffusione del COVID-19 ha allungato i tempi della rilevazione che si è protratta per un numero di mesi superiori a quanto avviene normalmente

zioni nella pratica che sono conseguite a causa della chiusura per la maggior parte del 2020 di palestre, centri sportivi e luoghi dove svolgere attività fisicosportiva. Cresce significativamente nel 2020, invece, la quota delle persone che praticano sport in modo saltuario (+1,1 punti percentuali) e si riduce il numero di chi svolge un'attività fisica (-1,3 punti percentuali). Infine, si osserva una sostanziale stabilità della popolazione sedentaria (Tabella 1, Tabella 3).

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 36,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono Campania (22,7%), Sicilia (23,2%), Calabria (23,8%) e Basilicata (24,0%), mentre le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano (60,5%), la PA di Trento (51,5%) e la Valle d'Aosta (49,7%) rappresentano le zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport.

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud ed Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale 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 Sicilia si osserva la quota più elevata di sedentari con 56,8%, seguita da Campania (55,5%), Calabria (50,8%) e Basilicata (49,3%), dove più della metà delle persone di età 3 anni ed oltre è sedentaria. L'analisi territoriale mette in luce, inoltre, una maggiore tendenza alla pratica sportiva nei Comuni in centro e nelle periferie delle aree metropolitane (rispettivamente, 40,4% e 37,9%) e nei medi e grandi Comuni superiori ai 2.000 abitanti (dati non presenti in tabella). Quote meno elevate, invece, si registrano nei piccoli Comuni fino a 2.000 abitanti (33,9%). L'analisi temporale mostra una elevata stabilità nei comportamenti sportivi che caratterizzano le diverse regioni e, a distanza di un decennio, le mappe che li rappresentano risultano sostanzialmente sovrapponibili.

Lo sport è un'attività del tempo libero fortemente legata all'età: la passione per lo sport è un tratto distintivo dei più giovani e raggiunge le quote più elevate tra il genere maschile di età 11-14 anni (76,2%, di cui 67,7% in modo continuativo e 8,5% in modo saltuario) (Tabella 3). A partire dai 15 anni l'interesse per la pratica sportiva inizia a diminuire anche se la quota di praticanti rimane comunque elevata fino ai 24 anni. Dai 25 anni in poi le quote diminuiscono progressivamente fino a raggiungere il 7,0% tra gli ultra 75enni per entrambi i generi. Tra il 2019-2020 si registra, tuttavia, un forte decremento della pratica sportiva di tipo continuativo tra i bambini di età 3-10 anni con un picco di riduzione pari a -9,0 punti percentuali tra i maschi di età 3-5 anni. La pratica sportiva in questa fascia di età è, generalmente, svolta in contesti strutturati come palestre e centri sportivi e la chiusura che li ha riguardati nel 2020 non ha certamente agevolato lo svolgimento delle attività sportive dei più piccoli.

L'analisi di genere mostra forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia di età in cui la quota di praticanti è più elevata tra le bambine che tra i coetanei maschi (30,5% delle femmine *vs* il 27,6% dei maschi). In tutte le altre fasce di età i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini, anche se nel tempo si registra un incremento favorevole per le donne con conseguenza di una riduzione del *gap* di genere. (Tabella 1, Tabella 3).



Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2020

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Maschi		
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
2017	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
2018	30,0	11,3	26,9	31,6	0,2
2019	31,2	9,8	27,5	31,5	0,0
2020	32,3	10,4	26,4	30,8	0,1
			Femmine		
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006 2007	16,8 16,7	8,1 7,4	28,4 31,0	45,9 44,2	0,8 0,6
2007	17,6	7,4	29,2	44,2	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
			Totale		
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015 2016	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3
2017	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4
2018 2019	25,7	9,6	28,5	35,9 35,6	0,3
2019 2020	26,6 27,1	8,4 9,5	29,4 28,1	35,6 35,2	0,0 0,1

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.



Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2020

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	27,9	10,3	30,0	31,8	n.d.
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,1	15,6	25,2	25,1	n.d.
Lombardia	33,4	10,3	30,8	25,5	0,1
Bolzano-Bozen	44,7	15,8	25,0	14,5	0,1
Trento	34,0	17,5	31,2	17,3	n.d.
Veneto	31,4	12,3	34,7	21,5	0,0
Friuli Venezia Giulia	32,2	10,6	32,0	25,1	n.d.
Liguria	28,2	10,5	35,4	25,8	0,1
Emilia-Romagna	30,3	12,4	30,4	26,9	0,0
Toscana	29,6	9,6	31,2	29,6	n.d.
Umbria	24,9	9,0	30,3	35,8	n.d.
Marche	27,6	9,2	31,8	31,4	0,1
Lazio	30,2	10,2	25,4	34,3	n.d.
Abruzzo	25,9	7,8	29,6	36,6	0,1
Molise	23,0	8,6	25,2	43,0	0,2
Campania	17,1	5,6	21,5	55,5	0,2
Puglia	22,4	9,5	23,8	44,3	0,1
Basilicata	17,7	6,3	26,7	49,3	n.d.
Calabria	17,8	6,0	25,3	50,8	0,1
Sicilia	17,4	5,8	19,8	56,8	0,2
Sardegna	27,5	9,3	30,8	32,3	0,1
Italia	27,1	9,5	28,1	35,2	0,1

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2021.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2020



-

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere e classe di età - Anno 2020

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
			Maschi		
3-5	22,2	5,4	27,1	45,3	-
6-10	61,6	6,2	14,4	17,8	-
11-14	67,7	8,5	12,5	11,3	-
5-17	60,2	8,8	16,7	14,3	-
8-19	53,5	13,5	14,6	18,2	0,2
0-24	48,3	13,8	17,5	20,4	-
5-34	43,0	13,6	20,1	23,3	_
35-44	32,6	12,6	25,6	29,2	_
15-54	28,2	13,4	27,5	30,9	_
55-59	21,9	10,5	32,7	34,8	0,1
60-64	23,5	11,6	35,2	29,5	0,2
65-74	19,0	7,0	38,5	35,4	0,1
75+	7,1	3,9	30,1	58,7	0,2
Totale	32,3	10,4	26,4	30,8	0,1
	Femmine				
3-5	27,2	3,3	23,4	46,1	-
5-10	54,1	7,4	17,5	20,9	-
1-14	53,2	8,1	19,9	18,7	0,1
5-17	40,1	13,4	24,4	22,1	-
8-19	36,4	12,2	28,7	22,7	-
20-24	37,7	14,8	24,5	22,9	-
25-34	28,7	14,0	29,3	28,0	-
35-44	23,2	12,3	33,1	31,4	-
15-54	21,6	10,5	33,9	34,0	-
55-59	17,9	8,1	36,4	37,6	-
60-64	14,4	7,9	37,4	40,0	0,2
55-74	10,6	4,5	36,2	48,4	0,3
75+	2,9	1,3	18,9	76,5	0,3
Totale	22,1	8,7	29,7	39,4	0,1
			Totale		
3-5	24,5	4,4	25,3	45,7	-
5-10	58,0	6,8	15,9	19,3	-
1-14	60,6	8,3	16,2	14,9	-
5-17	50,1	11,1	20,6	18,2	-
8-19	45,3	12,9	21,4	20,4	0,1
20-24	43,3	14,3	20,8	21,6	-
25-34	35,9	13,8	24,6	25,6	-
5-44	27,9	12,4	29,4	30,3	-
15-54	24,9	11,9	30,7	32,5	-
55-59	19,9	9,3	34,6	36,2	-
50-64	18,7	9,7	36,4	35,0	0,2
55-74	14,6	5,7	37,3	42,3	0,2
75+	4,6	2,4	23,4	69,3	0,3
Fotale	27,1	9,5	28,1	35,2	0,3 0,1
Totale	2/,1	7,5	20,1	33,4	0,1

^{- =} il fenomeno non esiste, oppure 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 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante negli ultimi anni, tanto a livello internazionale che nazionale, sia aumentata l'attenzione per le strategie mirate a modificare lo stile di vita e in grado di controllare la sedentarietà insieme ai fattori di rischio per la salute, i risultati del 2020 mettono in evidenza elevati livelli di sedentarietà a cui ha contribuito la pandemia di COVID-19 e le restrizioni nella

pratica che sono conseguite a causa della chiusura di palestre, centri sportivi e luoghi dove svolgere attività fisico-sportiva. Dall'analisi descritta emerge che circa quattro persone su dieci sono sedentarie e che la sedentarietà cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevata tra le donne: questi sono aspetti fondamentali da considerare nella scelta degli interventi di promozione dell'attività fisica. La strategia europea

"Guadagnare salute" (5), ad esempio, sostenuta anche dal Piano Nazionale di Prevenzione, è stata avviata in Italia da più di un decennio, per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e dell'obesità e la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro interistituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Il *Global Action Plan on Physical Activity* 2018-2030 ha, inoltre, definito 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).

Riguardo alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che stabiliscono le Linee Guida sulle quantità di attività fisico sportiva da praticare per avere effetti positivi sulla salute, a novembre 2020 sono state pubblicate le nuove raccomandazioni globali che hanno sostituito le Linee Guida del 2010 e che si basano sui più recenti progressi negli studi sui comportanti attivi/sedentari in associazione alle loro ricadute sulla salute (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, 26 novembre 2020.
- (3) Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health. 2018; 6 (10): e1077-e86.
- (4) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. The Lancet 2011; 378: 1.244-1.253.
- (5) 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.

Screening mammografico su iniziativa spontanea

Significato. Il tumore della mammella rappresenta in Italia, come in molti Paesi occidentali, la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di incidenza che di mortalità, ma la prognosi è buona e il tumore della mammella è anche la patologia neoplastica a più alta prevalenza fra le donne. In Italia, per il 2020, sono state stimate circa 55.000 nuove diagnosi di carcinomi della mammella femminile, con un rischio di insorgenza della malattia che aumenta con l'aumentare dell'età, in particolare dopo i 50 anni. Nel 2015 ci sono state 12.312 donne decedute per tumore della mammella, ma si stima che fra il 2015-2021 ci sia una riduzione della mortalità del 6,8% e la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi si stima oggi essere pari all'88%. Nel 2020, la stima di casi prevalenti in Italia è pari a 834.154 donne ovvero il 43% di tutte le donne con una diagnosi di tumore (1).

Una quota rilevante di donne viene diagnosticata in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening mammografico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza. Il Ministero della Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecu-

zione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni. Dove questa offerta è attiva molte donne vi partecipano; tuttavia, una quota consistente di donne si sottopone a mammografia, a scopo preventivo, ma su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati. Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico dentro i programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

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

Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2017-2020, stimati su un campione complessivo di 23.089 donne di età 50-69 anni.

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

Numeratore

Donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea

x 100

Denominatore Donne di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia

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

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

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale, i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Va ricordato che, in Italia, i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che riesce, pertanto, a fornire anche una stima della quota di donne che si sottopone a screening spontaneamente.

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

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

V. MINARDI, B. CONTOLI, M. MASOCCO





dall'offerta dei programmi organizzati. È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening mammografico fuori dai programmi organizzati possa disincentivare in parte l'adesione a quest'ultimi che, invece, garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico di qualità.

Descrizione dei risultati

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL: a livello nazionale, nel periodo 2017-2020 il 54% della popolazione *target* femminile aderisce ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 20% si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea (fuori dai programmi di screening organizzati).

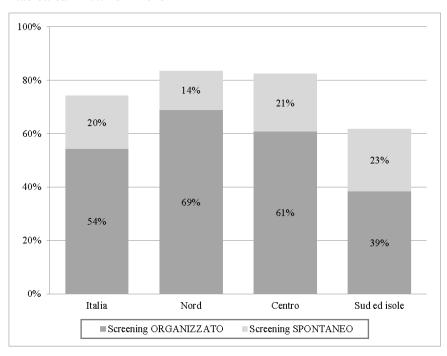
Le differenze territoriali della copertura totale dello screening mammografico sono essenzialmente determinate dalle differenze nelle coperture dello screening organizzato più elevate al Nord (69%), meno al Centro (61%) e ancor più bassa al Sud ed Isole (39%); di contro, la geografia dello screening mammografico spontaneo è più bassa al Nord (14%) e maggiore al

Centro (21%) e al Sud ed Isole (23%), senza tuttavia riuscire a compensare le differenze geografiche nella copertura dello screening organizzato (Grafico 1).

Nel periodo 2008-2020 è aumentata significativamente la copertura totale dello screening mammografico in tutto il Paese, sostenuta principalmente dall'aumento dell'offerta dei programmi organizzati; tuttavia, mentre nelle regioni del Meridione, dove l'offerta di programmi organizzati è ancora bassa, continua ad aumentare anche la copertura dello screening spontaneo, nelle regioni del Nord, che hanno raggiunto una buona copertura dello screening organizzato, si riduce significativamente la quota di donne che si sottopone a mammografia su iniziativa spontanea; questo trend in riduzione si inizia ad intravedere anche nelle regioni del Centro.

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le donne di età 50-59 anni (23% vs 16% fra le donne di età 50-69 anni), tra le più istruite (29% fra le laureate vs 11% meno istruite) e tra quelle che riferiscono di non aver difficoltà economiche (21% vs 14% di chi riferisce di avere molte difficoltà).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di screening organizzati, per macroarea - Anni 2017-2020



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2021.



Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2017-2020

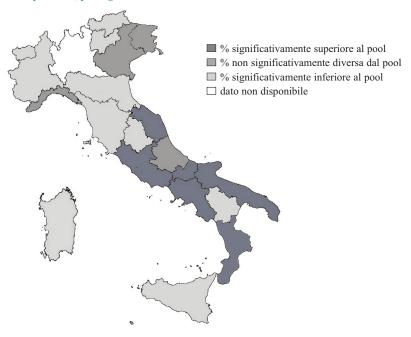
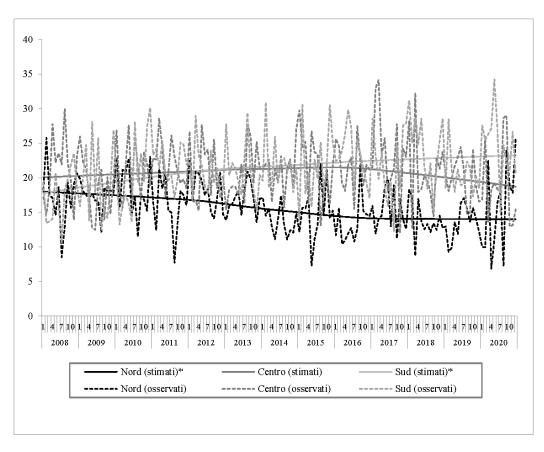


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2020



*p <0,05.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2021.



Nel 2017-2020, più di otto donne su dieci, di età 50-69 anni, dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della mammella fra lettera di invito delle ASL

e consiglio del medico.

Promuovere lo screening mammografico con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati, sia su iniziativa spontanea. Infatti, il 33% delle donne, di età 50-69 anni, si sottopone a screening mammografico nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo stata raggiunta da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale al 64% fra le donne che hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a mammografia preventiva, al 78% fra le donne che hanno ricevuto la

lettera di invito da parte delle ASL e raggiunge l'85% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

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

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2021. A cura di: AIOM, Registri Tumori Italiani, SIAPEC - IAP, Fondazione AIOM, PASSI e PASSI d'Argento, Osservatorio Nazionale Screening. Ultimo accesso 21 dicembre 2021. Disponibile sul sito:

 $www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_Numeri~Cancro_web.pdf.$

Screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea

Significato. Il tumore della cervice uterina è curabile se riconosciuto precocemente ed adeguatamente trattato. Grazie alla vaccinazione e alle campagne di screening, i tassi di incidenza del tumore della cervice uterina e la mortalità ad esso correlata risultano in calo. Resta, tuttavia, uno dei tumori più comuni e una delle cause di morte correlata a tumore più frequente al mondo, tra i tumori che colpiscono le donne.

In Italia, si stimano 2.365 nuovi casi di tumore della cervice uterina (pari all'1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne) ed esso rappresenta la 5ª neoplasia più frequente fra le donne prima dei 50 anni (4%) (1). La sopravvivenza netta è pari al 68% a 5 anni dalla diagnosi e si stima siano più di 51.000 le donne in Italia che nel 2020 vivono dopo una diagnosi di tumore della cervice uterina (2). La mortalità per carcinoma del collo dell'utero si è notevolmente ridotta negli ultimi decenni, grazie alla diffusione del test di Papanicolaou (Pap test) e, più recentemente, anche del test per l'*Human Papilloma Virus* (HPV test).

L'infezione da HPV è l'infezione sessualmente trasmessa più diffusa in entrambi i generi.

L'International Agency for Research on Cancer già nel 1995 ha inserito l'HPV tra gli agenti cancerogeni per l'uomo (3), potendo determinare tumori in più distretti, ma principalmente in quello della cervice uterina. Si stima, infatti, che l'HPV sia responsabile di quasi il 100% dei tumori della cervice uterina, dell'88% dei tumori anali, del 70% dei tumori vaginali, del 50% dei tumori del pene e del 43% dei tumori valvari

Sebbene la maggior parte delle infezioni da HPV decorra in maniera transitoria e asintomatica (il 60-90% delle infezioni, sia da genotipi oncogeni che non oncogeni, si risolve spontaneamente nell'arco di

1-2 anni dal contagio) la persistenza dell'infezione può determinare l'insorgenza di lesioni benigne e maligne della cute e delle mucose. L'infezione mostra un picco principale nelle giovani donne, intorno ai 25 anni di età, ed un secondo picco intorno ai 45 anni (determinato sia da slatentizzazione di infezioni persistenti di lunga durata sia da infezioni di nuova acquisizione) (3). L'infezione da HPV, sessualmente trasmessa, rappresenta la causa necessaria per sviluppare la malattia. Cofattori immunosoppressivi (concomitante infezione Herpes simplex o Human Immunodeficiency Virus, fumo e assunzione di estroprogestinici) facilitano la persistenza dell'infezione e l'insorgenza del carcinoma. (1).

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

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura dello screening per il tumore della cervice uterina, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa spontanea, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2017-2020, stimati su un campione complessivo di 44.491 donne di età 25-64 anni.

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

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

x 100

Denominatore Donne di età 25-64 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening del tumore della cervice uterina

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

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

V. MINARDI, B. CONTOLI, M. MASOCCO



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

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

Nelle realtà, dove l'estensione e la copertura dei programmi di screening organizzati raggiunga efficacemente la totalità della popolazione femminile *target* di età 25-64 anni, l'iniziativa spontanea dovrebbe non essere presente. In molte realtà, invece, lo screening per il tumore della cervice uterina spontaneo sopperisce la mancanza di offerta attiva di programmi di screening organizzati da parte delle ASL ed è, dunque, auspicabile sia presente e raggiunga la maggior parte della popolazione femminile *target*, che non venga raggiunta dall'offerta dei programmi organizzati.

È, tuttavia, possibile che promuovere l'offerta di screening per il tumore della cervice uterina fuori dai programmi organizzati possa disincentivare in parte l'adesione a quest'ultimi che, invece, garantiscono un percorso diagnostico-terapeutica di qualità.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2017-2020 il 49% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore

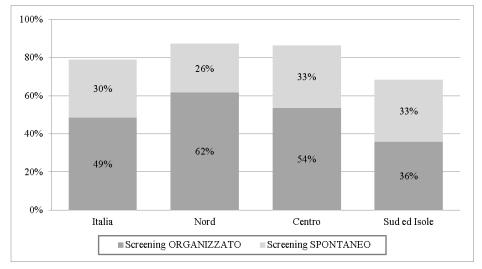
della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 30%, si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Nord e nel Centro la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (62% vs 26% nel Nord e 54% vs 33% nel Centro); nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (36%) e non molto diversa dalla quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (33%) (Grafico 1).

Dal 2008 al 2020, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile nelle regioni Meridionali e diminuisce, significativamente, nelle regioni del Nord e del Centro.

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

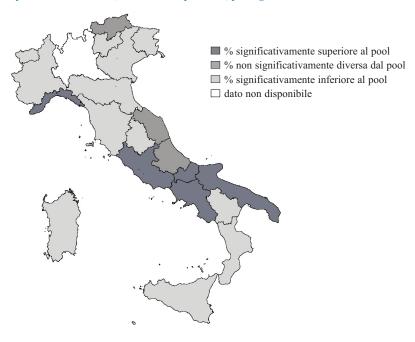
Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2017-2020



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2021.



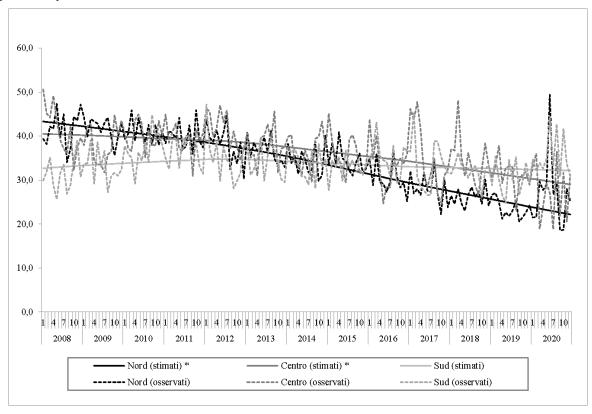
Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anni 2017-2020



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

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE

Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore della cervice uterina a scopo preventivo nei 3 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2008-2020



*p < 0.05.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) su i dati osservati mensili. Anno 2021.





Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2017-2020, quasi nove donne su dieci, di età 25-64 anni, dichiarano di essere state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore della cervice uterina fra lettera di invito delle ASL e consiglio del medico.

Promuovere lo screening cervicale con iniziative specifiche ne favorisce l'adesione, sia nell'ambito di programmi organizzati, sia su iniziativa spontanea.

Infatti, il 42% delle donne di età 25-64 anni si sottopone a screening cervicale nei tempi e modi raccomandati, pur non essendo state raggiunte da alcuna iniziativa di promozione, ma questa quota sale all'81% fra le donne che hanno ricevuto la lettera di invito da parte delle ASL o il consiglio da parte di un medico di sottoporsi a screening cervicale, e sale al 90% fra le donne che sono state raggiunte da entrambe le iniziative.

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

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2020. Intermedia Editore. A cura di:AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, PASSI e PASSI d'Argento, SIAPEC - IAP. Ultimo accesso: 26 gennaio 2021. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operato-

ri web.pdf.
(2) I numeri del cancro in Italia, 2021. A cura di:AIOM, Registri Tumori Italiani, SIAPEC - IAP, Fondazione AIOM, PASSI e PASSI d'Argento, Osservatorio Nazionale Screening. Ultimo accesso: 12 dicembre 2021. Disponibile sul sito:

www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_Numeri Cancro_web.pdf.

(3) ARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human Papillomaviruses, vol. 64. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1995. Disponibile sul sito:

http://monographs.iarc.fr/ ENG/Monographs/vol64/index. php.



Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto è uno dei tumori a maggiore incidenza nella popolazione italiana, secondo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne. La diagnosi precoce dei tumori del colon-retto insieme al progresso dei trattamenti hanno prodotto un significativo miglioramento nelle percentuali di guarigione e nella sopravvivenza in questa patologia neoplastica.

Nel 2020, sono state stimate circa 43.700 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (23.400 uomini e 20.300 donne) e nel 2021 si stimano 21.700 decessi (11.500 uomini e 10.200 donne) per questa neoplasia; ma il tasso di mortalità si è ridotto del 13,6% solo negli ultimi 6 anni (dal 2015) e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è andata aumentando nel tempo passando dal 52% negli anni Novanta al 65-66% per le diagnosi fino al 2014. Oggi si stima ci siano 513.500 persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del colon retto (uomini = 280.300; donne = 233.200) (1).

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

seguente riduzione della mortalità.

Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione in età 50-69 anni, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale. Tutte le regioni (con l'eccezione del Piemonte) offrono alle persone di età 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni (con colonscopia come test di secondo livello, nei casi positivi al SOF) invece alcune (fra cui il Lazio e l'Umbria) estendono l'invito fino ai 74 anni. Il Piemonte offre la retto-sigmoidoscopia a 58 anni una volta nella vita e in caso di mancata risposta offre il SOF biennale fino all'età di 69 anni.

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI), rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, dentro i programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione.

Nel presente Capitolo vengono presentati i dati PASSI riferiti al quadriennio 2017-2020, stimati su un campione complessivo di 40.826 persone di età 50-69 anni. I dati delle ASL piemontesi sono esclusi dalle analisi perché non direttamente confrontabili con il resto delle ASL.

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

Numeratore Persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del

colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati

o su iniziativa spontanea

— x 100

Denominatore

Persone di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening per il tumore del colon-retto

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

In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni, seguendo l'indicazione del *Behavioural Risk Factor*

Surveillance System. Sono state escluse le persone che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".

Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si calcola questo indicatore cumulativo, possono sovrastimare la copertura; pertanto, mancando studi effettuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nell'interpretazione di questo dato. L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

V. MINARDI, B. CONTOLI, M. MASOCCO



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

Descrizione dei risultati

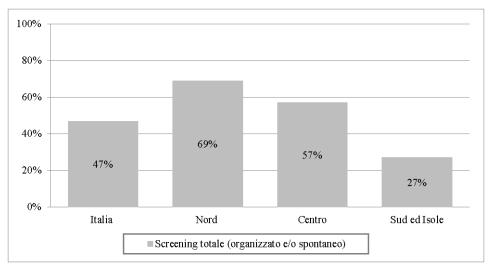
La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2017-2020, il 47% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorettali.

Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (69%), ma è significativamente più basso fra i residenti del

Centro (57%) e del Sud ed Isole (27%) (Grafico 1). Ampia la variabilità fra regioni: il dato più elevato di copertura si registra in Veneto con il 75%, quello più basso in Puglia con l'11% (dati standardizzati per genere ed età).

Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato. Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra la popolazione di età 60-69 anni (52% vs 43% fra i 50-59 anni), nelle persone più istruite (50% fra i laureati vs 38% in persone senza titolo di studio o con licenza elementare) e tra le persone senza difficoltà economiche (55% vs 32% fra chi riferisce di avere molte difficoltà economiche), tra gli italiani rispetto agli stranieri (47% vs 41%, rispettivamente).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2017-2020



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

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2021.

Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per regione. Anni 2017-2020

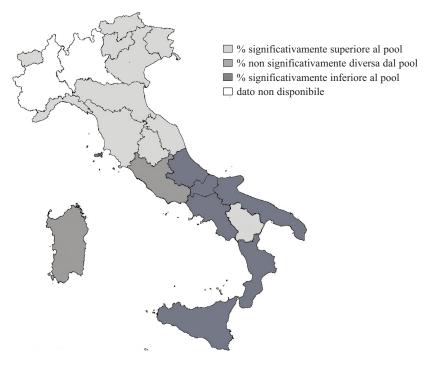
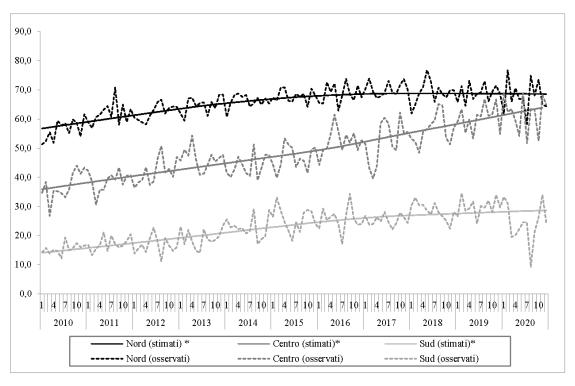


Grafico 2 - Quota media mensile (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anni 2010-2020



*p <0,05.

Fonte dei dati: PASSI. Tendenze nel tempo delle coperture stimate da modelli di serie storiche (Locally Weighted Scannerplot Smoothing) sui dati osservati mensili. Anno 2021.



Raccomandazioni di Osservasalute

Nel quadriennio 2017-2020, quasi sette persone su dieci di età 50-69 anni sono state raggiunte da almeno un intervento di promozione dello screening per il tumore del colon-retto fra la lettera di invito della ASL, il consiglio medico o una campagna informativa.

L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti, ma la lettera di invito della ASL e il consiglio medico sono i più efficaci, e in particolar modo se combinati: fra chi non è stato raggiunto da alcun intervento di promozione, solo il 3% si sottopone alla ricerca del SOF, mentre fra coloro che hanno ricevuto la lettera di invito da parte della ASL più della metà (55%) si sottopone alla ricerca del SOF e questa quota sale al 70% fra chi ha ricevuto, oltre alla lettera, anche il consiglio del proprio

medico o di un operatore sanitario.

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

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

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2021. A cura di: AIOM, Registri Tumori Italiani, SIAPEC - IAP, Fondazione AIOM, PASSI e PASSI d'Argento, Osservatorio Nazionale Screening. Ultimo accesso 21 dicembre 2021. Disponibile sul sito:

www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_Numeri Cancro_web.pdf.





Abitudini alimentari durante la fase I e II della pandemia di COVID-19

Dott.ssa Alessandra Tinto

Il primo lockdown di marzo 2020, stabilito dal Governo italiano come misura per arginare la diffusione del Corona Virus Disease-19 (COVID-19), ha determinato cambiamenti rilevanti nelle attività quotidiane delle persone e nei tempi ad esse dedicati. In alcuni casi, con il procedere del tempo e con la diffusione della vaccinazione e, quindi, lo sviluppo di forme diverse di contenimento del contagio, le abitudini sono tornate più simili al periodo pre-pandemico, sebbene anche nella fase II dell'emergenza sanitaria sono stati registrati cambiamenti rispetto al passato. Le due indagini condotte dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) nel mese di aprile 2020 e nel periodo dicembre 2020-gennaio 2021 consentono di analizzare come il diffondersi della pandemia abbia cambiato le abitudini della popolazione nelle due diverse fasi. Una batteria di quesiti, in particolare, aveva l'obiettivo di rilevare se e come si siano modificate le abitudini alimentari. Ad aprile 2020, nel periodo del primo lockdown, il 38,5% delle persone ha riferito di aver modificato le proprie abitudini alimentari in termini di quantità (ha mangiato di più o di meno) e/o di qualità (ha mangiato cibi più o meno salutari). La quota supera la metà tra i giovani (55,8%) ed è più elevata nel Mezzogiorno (41,1%) e nelle famiglie in cui vive almeno un minore (43,1%). Nella fase II (dicembre 2020-gennaio 2021) la percentuale di quanti riferiscono di aver cambiato abitudini rispetto a prima della pandemia scende al 21,5%. Le differenze per età sono molto più contenute, e con le riaperture di alcune Università e la riduzione nella quota di *smart working*, cambia anche il profilo per età, con un maggiore "riavvicinamento alla normalità" tra i più giovani (Grafico 1).

Tra i cambiamenti di abitudine, il più frequente è l'aumento nelle quantità di cibo. Infatti, un quarto della popolazione di età 18 anni ed oltre riferisce di aver mangiato di più durante il primo *lockdown* (25,0%), con quote particolarmente elevate tra i più giovani (39,5% tra i ragazzi di età 18-24 anni). Nella fase II la percentuale di quanti dicono di mangiare di più rispetto al periodo precedente la pandemia si dimezza (12,5%) e le differenze per età si attutiscono, ma rimane più elevata la percentuale di giovani di età 18-24 anni che riferisce di mangiare più di prima (18,5%) (Grafico 1).

Anche per quanto riguarda il tempo dedicato ai pasti, il primo *lockdown* ha determinato importanti variazioni, con oltre il 30% delle persone di età 18 anni ed oltre che ha riferito di aver modificato il tempo ad essi dedicato. Anche in questo caso la percentuale è più che dimezzata nel periodo dicembre 2020-gennaio 2021; in particolare, la quota di chi dedica più tempo ai pasti rispetto al periodo pre-pandemico, passa dal 27,0% della fase I al 10,3% della fase II (Grafico 2), con riduzioni in tutte le fasce di età, ma specialmente tra i giovani e gli adulti di età 18-44 anni che erano stati ad aprile 2020 le fasce di età che più avevano incrementato il tempo dedicato ai pasti (Grafico 3).

Coerentemente con queste variazioni, anche il tempo dedicato al cucinare è aumentato nel primo *lockdown* per poi diminuire nella fase II, pur rimanendo maggiore rispetto al periodo pre-pandemico.

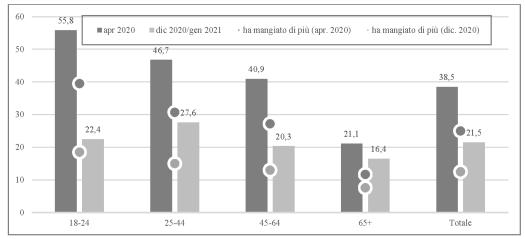
Ad aprile 2020, il 63,6% delle persone ha riferito di aver cucinato il giorno precedente l'intervista (82,8% tra le donne e 42,9% tra gli uomini) e la percentuale scende solo leggermente a dicembre 2020-gennaio 2021 (60,5%, 80,3% tra le donne e 39,1% tra gli uomini).

Tra coloro che hanno cucinato il giorno precedente, nel primo *lockdown* il 32,0% riferisce di aver dedicato più tempo alla preparazione dei pasti rispetto a una giornata simile prima che iniziasse l'epidemia, ma la percentuale scende al 12,9% a dicembre 2020 (Grafico 4).



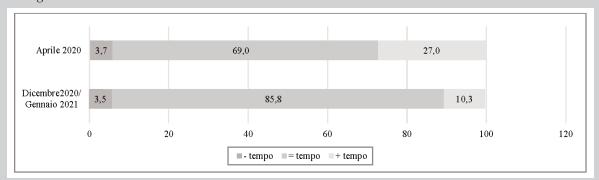


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre che hanno cambiato abitudini alimentari rispetto a una giornata simile, prima che iniziasse la pandemia di COVID-19, per classe di età - Aprile 2020, dicembre 2020-gennaio 2021



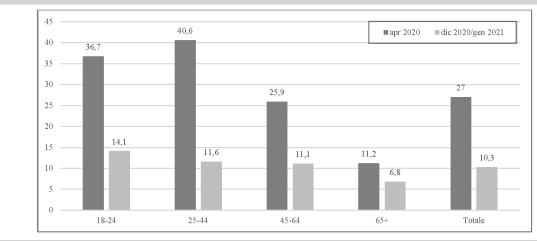
Fonte dei dati: Istat, Il diario degli italiani al tempo del COVID-19. Anno 2021.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre per variazione nel tempo dedicato ai pasti rispetto a una giornata simile prima che iniziasse la pandemia di COVID-19 - Aprile 2020, dicembre 2020-gennaio 2021



Fonte dei dati: Istat, Il diario degli italiani al tempo del COVID-19. Anno 2021.

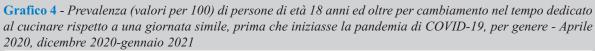
Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre che hanno dedicato più tempo ai pasti rispetto a una giornata simile, prima che iniziasse la pandemia di COVID-19, per classe di età - Aprile 2020, dicembre 2020-gennaio 2021

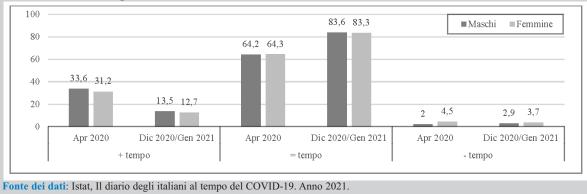


Fonte dei dati: Istat, Il diario degli italiani al tempo del COVID-19. Anno 2021.

-

FUMO, ALCOL, ALIMENTAZIONE, ECCESSO PONDERALE E PREVENZIONE







72





Dott.ssa Emanuela Bologna

In un giorno medio della fase I dell'emergenza da *Corona Virus Disease*-19 (COVID-19) (aprile 2020) il 22,7% della popolazione adulta di età 18 anni ed oltre (pari a circa 11 milioni e 400 mila individui) ha praticato attività fisica o sportiva organizzandosi prevalentemente presso la propria abitazione, sfruttando anche gli eventuali spazi aperti disponibili come balconi, giardini condominiali e giardini privati (94,0%). Solo il 7,3% dei praticanti riferisce di aver svolto l'attività fisica all'aperto in uno spazio non pertinente l'abitazione. Le persone che vivono in abitazioni dotate di un terrazzo/balcone, di un giardino privato o spazio condominiale esterno (giardino o terrazzo) hanno praticato maggiormente l'attività fisico-sportiva nel giorno medio di riferimento rispetto a chi, invece, vive in abitazioni senza alcun spazio esterno (23,4% *vs* 11,0%). Diversamente da quanto osservato generalmente, non si osservano significative differenze di genere e la quota di donne che dichiarano di aver praticato attività fisico-sportiva è sovrapponibile a quella degli uomini (23,5% *vs* 21,9%, rispettivamente).

Quote più alte di praticanti si sono osservate nelle regioni del Nord (27,6%) e del Centro (21,4%). Meno elevata, invece, la quota di praticanti nelle regioni del Mezzogiorno (16,4%), confermando la tendenza territoriale già presente prima della diffusione della pandemia. Si conferma, inoltre, la maggiore propensione a svolgere l'attività fisica tra i più giovani (31,7%) e tra le persone con più alto titolo di studio rispetto a chi ha frequentato solo la scuola dell'obbligo (35,0% vs 15,7%, rispettivamente). Diversamente da quanto osservato nella fase I della pandemia, a dicembre 2020, durante la fase II dell'emergenza sanitaria da COVID-19, si è fortemente ridotta la quota di persone di età 18 anni ed oltre che hanno praticato attività fisico-sportiva in un giorno medio attestandosi al 14,3% (-8,4 punti percentuali rispetto ad aprile 2020). Su tale evidenze ha molto probabilmente inciso il fatto che nella fase II della pandemia c'è stata una ripresa delle attività lavorative fuori casa e un ritorno a ritmi di vita più simili al periodo pre-pandemico che hanno ridotto la possibilità di svolgere attività sportiva all'interno delle mura domestiche. Nello stesso tempo, la chiusura pressoché totale di palestre e centri sportivi e la possibilità di poter svolgere l'attività fisica e sportiva quasi esclusivamente all'aperto, ha aumentano la pratica in spazi aperti non pertinenti all'abitazione che è cresciuta dal 7,3% (aprile 2020) al 49,1%, mentre la pratica di attività in casa, pur restando alta, si è ridimensionata, passando dal 94,0% al 59,7%.

L'analisi di genere mostra che, tra la fase I e II della pandemia, la quota di donne praticanti si è dimezzata (dal 21,9% all'11,2%), mentre meno elevata è stata la riduzione tra gli uomini (dal 23,5% al 17,7%).

Dal punto di vista territoriale, la diminuzione della pratica fisico-sportiva ha riguardato principalmente le macroaree del Nord e del Centro, che hanno pressoché dimezzato le quote di praticanti allineandosi al dato del Mezzogiorno che, in proporzione, ha perso meno praticanti mantenendosi ai livelli registrati nella fase I della pandemia.

Si conferma anche nella fase II della pandemia un forte differenziale per titolo di studio connesso alla pratica fisico-sportiva, con un rapporto di circa una persona su tre tra titoli di studio bassi e titolo di studio alti, rispettivamente







Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre che hanno praticato attività fisica o sportiva il giorno precedente l'intervista per alcune variabili - Aprile 2020, dicembre 2020-gennaio 2021

Variabili	Fase I (aprile 2020)	Fase II (dicembre 2020/gennaio 2021)	
Genere			
Maschi	23,5	17,7	
Femmine	21,9	11,2	
Classe di età			
18-34	31,7	28,7	
35-54	23,7	14,4	
55-64	19,6	11,0	
65+	16,1	5,1	
Titolo di studio			
Scuola dell'Obbligo	15,7	7,2	
Scuola Media-Superiore	26,2	19,7	
Laurea/Post-Laurea	35,0	22,3	
Ripartizione territoriale			
Nord	27,6	14,2	
Centro	21,4	13,2	
Mezzogiorno	16,4	15,1	
Totale	22,7	14,3	

Fonte dei dati: Istat, Indagine Diario della giornata e attività ai tempi del COVID-19. Anno 2021.





Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping"

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

Le dipendenze da sostanze e da comportamenti rappresentano un grave problema di salute pubblica. Il Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping", dell'Istituto Superiore di Sanità, in carico al Centro Nazionale Dipendenze e Doping, rappresenta un contatto diretto tra le Istituzioni e il cittadino al fine di promuoverne l'adozione di comportamenti salutari.

Il Servizio conta un'esperienza pluriennale iniziata nel 2000 con l'attivazione del Telefono Verde Fumo (TVF) - 800 554088 e del Telefono Verde Alcol - 800 632000 e, successivamente, con l'attivazione delle altre linee tematiche: il Telefono Verde Droga - 800 186070, il Telefono Verde Anti-Doping - 800 896970 fino al Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo - 800 558822, attivato nel 2017.

Psicologi ed esperti, attraverso l'utilizzo delle tecniche di base del *counselling*, operano trasversalmente su tutte le tematiche, sostenendo e motivando l'utenza nell'adozione di scelte di salute e facilitando l'attivazione di risorse personali, familiari e territoriali. Il Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" nella sua attività di censimento e aggiornamento dei servizi di cura e sostegno sul territorio ha costruito nel tempo un *network* che ne promuove la conoscenza e la fruibilità da parte dei cittadini che si rivolgono al TVF e al Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo.

Il TVF, oltre ad orientare verso i Centri Antifumo (CAF) del territorio nazionale, ha diversificato nel tempo la sua offerta al fine di sostenere in modo sempre più personalizzato sia gli utenti che vogliono smettere di fumare sia gli ex-fumatori nei momenti a rischio di ricaduta. L'équipe del TVF nel corso della telefonata raccoglie gli elementi utili per valutare quali proposte di intervento rispondono meglio ai bisogni del singolo utente: l'offerta di materiali di self-help prodotti dal Servizio (disponibili gratuitamente on line ed in modalità cartacea), l'orientamento verso i CAF e il supporto alla cessazione attraverso percorsi di counselling telefonico. La proposta di percorsi di counselling telefonico, in linea con l'evidenza scientifica sull'efficacia del counselling per la disassuefazione dal fumo, evidenziata dalle Cochrane Review (1, 2), enfatizza le capacità del mezzo telefonico di superare eventuali ostacoli temporali e logistici nell'accesso ai CAF.

I percorsi di *counselling* reattivo sono stati avviati nel gennaio 2019 e prevedono che l'utente-fumatore contatti il TVF, nella data prefissata con il consulente, per fruire di sessioni di *counselling* telefonico (da 5 a 8) che si articolano nell'arco di un mese e mezzo. L'approccio di riferimento è quello cognitivo comportamentale, attraverso il quale si aiuta l'utente a riflettere sulle proprie caratteristiche di fumatore e ad acquisire e pianificare strategie per far fronte al desiderio di fumare e di evitare le ricadute. Il fine è quello di accrescere la fiducia del fumatore nelle proprie capacità e raggiungere l'astinenza consolidando il cambiamento. Durante il percorso l'utente è sostenuto nelle diverse fasi della cessazione: preparazione, scalaggio, astinenza, mantenimento.

Il percorso di *counselling* reattivo è rivolto a fumatori che al momento della telefonata risultano motivati al cambiamento, dichiarano di aver già effettuato precedenti tentativi di cessazione, fumano non più di 20 sigarette al giorno (un consumo maggiore potrebbe richiedere un supporto farmacologico) e riportano difficoltà a raggiungere un CAF. Nel 2020, il TVF ha gestito 9.195 telefonate di cui 5.539 rispondenti alle finalità del Servizio. Sono pervenuti contatti da tutte le regioni, con una maggiore frequenza per Lombardia (15,0%), Lazio (12,4%), Campania (11,1%) e Sicilia (9,6%) (Grafico 1) e la fonte principale di conoscenza del TVF è il pacchetto di sigarette. Il Servizio si caratterizza per raccogliere prevalentemente un'utenza di fumatori (92,5%), prevalentemente uomini (uomini 68,0% *vs* donne 32,0%) che chiedono aiuto per smettere di fumare (87,7%). Telefonano persone di ogni età con una rappresentatività maggiore per la classe di età 46-55 anni in entrambi i generi (uomini 15,6% *vs* donne 18,5%). Non mancano le telefonate di familiari (4,0%) che hanno chiesto suggerimenti per sostenere i propri cari nello smettere di fumare (5,9%) e di professionisti del mondo della salute e della scuola (3,3%).

Grazie ad un intervento di *counselling* personalizzato gli operatori del Servizio nel 2020 hanno offerto principalmente orientamento presso i CAF (69%) e interventi di *counselling* personalizzato (35%); hanno proposto ai fumatori che desideravano abbandonare la sigaretta in autonomia materiali di *self-help* (30%) e percorsi telefonici per smettere di fumare (7%) (Grafico 2).

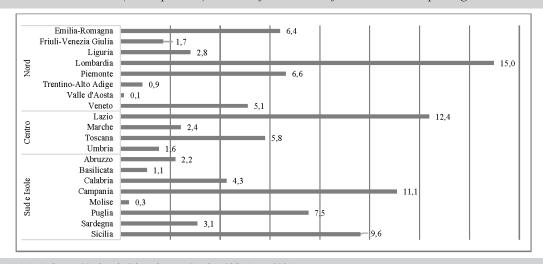
I percorsi di *counselling* telefonico reattivo sono stati proposti a 337 fumatori, di cui il 57% uomini e il 43% donne appartenenti prevalentemente alle classi di età 36-45 (20%) e 46-55 anni (19%); quasi la metà fuma tra le 11-20 sig/die (48%). I fumatori a cui è stato proposto il percorso vivono in maggioranza in Sicilia (16%), Lombardia (15%) e Lazio (10%).

Dei fumatori che hanno sperimentato il percorso di counselling reattivo il 10% ha raggiunto la fase del mante-

nimento concludendo così il percorso, il 2% ha interrotto il percorso dopo aver raggiunto la fase dell'astinenza; il 9% è arrivato a sperimentare la fase dello scalaggio del numero di sigarette fumate.

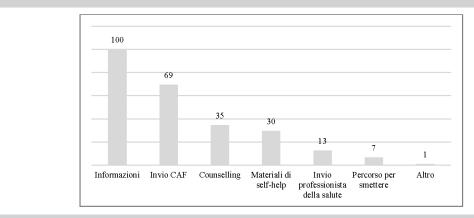
Non bisogna dimenticare che il 2020 è stato segnato dall'eccezionalità del periodo pandemico da *Corona Virus Disease*-19 (COVID-19) che se da una parte può aver motivato molti fumatori a chiedere aiuto per smettere di fumare dall'altra ha provocato disorientamento e disagio emotivo, impattando sul benessere psicofisico di parte della popolazione. In questo contesto, particolarmente rilevante è stato l'impegno del Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" che ha assicurato la piena operatività anche durante i periodi di massima restrizione. Tutti i Telefoni del Servizio "Telefoni Verde Dipendenze e Doping" hanno carattere nazionale, sono anonimi e gratuiti e sono attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00. Sono raggiungibili anche attraverso gli indirizzi *e-mail* dedicati (*telefono.dipendenze@iss.it e tvdiplis@iss.it* rivolto alle persone sorde) e pubblicano le loro iniziative attraverso il sito web dell'Istituto Superiore di Sanità e i canali *social Facebook*, *Instagram*, *Twitter e YouTube* del Centro Nazionale Dipendenze e Doping.

Grafico 1 - Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde Fumo per regione - Anno 2020



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2021.

Grafico 2 - Distribuzione (valori per 100) delle telefonate al Telefono Verde Fumo per tipologia di richiesta - Anno 2020



Fonte dei dati: Centro Nazionale Dipendenze e Doping-ISS. Anno 2021.

Riferimenti bibliografici

- (1) Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. (2013) Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8.
- (2) Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. (2019) Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5.