



CENTRO NAZIONALE  
PREVENZIONE DELLE MALATTIE  
E PROMOZIONE DELLA SALUTE

# *Le Sorveglianze di popolazione come strumenti per la promozione della salute*

**Giovanni Capelli**

*Direttore CNaPPS – ISS*



19 dicembre 2023



[www.iss.it/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute](http://www.iss.it/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute)



CENTRO NAZIONALE  
PREVENZIONE DELLE MALATTIE  
E PROMOZIONE DELLA SALUTE

## The Untilled Fields of Public Health

Author(s): C.-E. A. Winslow

Source: *Science*, New Series, Vol. 51, No. 1306 (Jan. 9, 1920), pp. 23-33



Prof. C.-E. A. Winslow

**Public health** is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through **organized community efforts** for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the **social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health.**



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

## Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

### Vision e principi

- Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un **approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato** per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. L'approccio *One Health* consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni (*spillover*) dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.
- L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di **empowerment** e **capacity building** raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.
- Nella salute pubblica è **necessario porre l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali** e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia **per garantire interventi di prevenzione** (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e **affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.**



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

## Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

### Vision e principi

- Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse, secondo il principio della “Salute in tutte le Politiche” (*Health in all Policies*). L’intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Anche l’esperienza COVID-19 ha evidenziato l’importanza della collaborazione intersettoriale per affrontare le complesse conseguenze dell’epidemia (ad es. impatto economico, sociale e psicologico della crisi e del *lockdown*) e della cooperazione in ambito scientifico per le valutazioni epidemiologiche, la ricerca di farmaci efficaci e la messa a punto di un vaccino.
- Il PNP 2020-2025 intende consolidare l’attenzione alla **centralità della persona**, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l’*Health Literacy* (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment*) e di interagire con il sistema sanitario (*engagement*) attraverso relazioni basate sulla fiducia. Affermare la centralità della persona e delle comunità nell’ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria significa riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici.
- In tale contesto la **promozione della salute** è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell’obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

## Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

### Vision e principi

- Il PNP 2020-2025 rafforza l'approccio *life course* nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera. L'approccio *life course* consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l'accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari, mettendo in atto l'azione preventiva già a partire dai primi 1.000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino.
- Il PNP 2020-2025 mira a migliorare l'approccio per *setting*, favorendo una maggiore interazione tra tutti i *setting* (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari) e individuando l'Ente locale (Comune) quale "super-setting" in cui gli altri convergono. Il *setting* è il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.
- Il PNP 2020-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'*Evidence-Based-Prevention (EBP)* attraverso le relative reti di strutture e professionisti a supporto). Esso investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.





*Ministero della Salute*

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

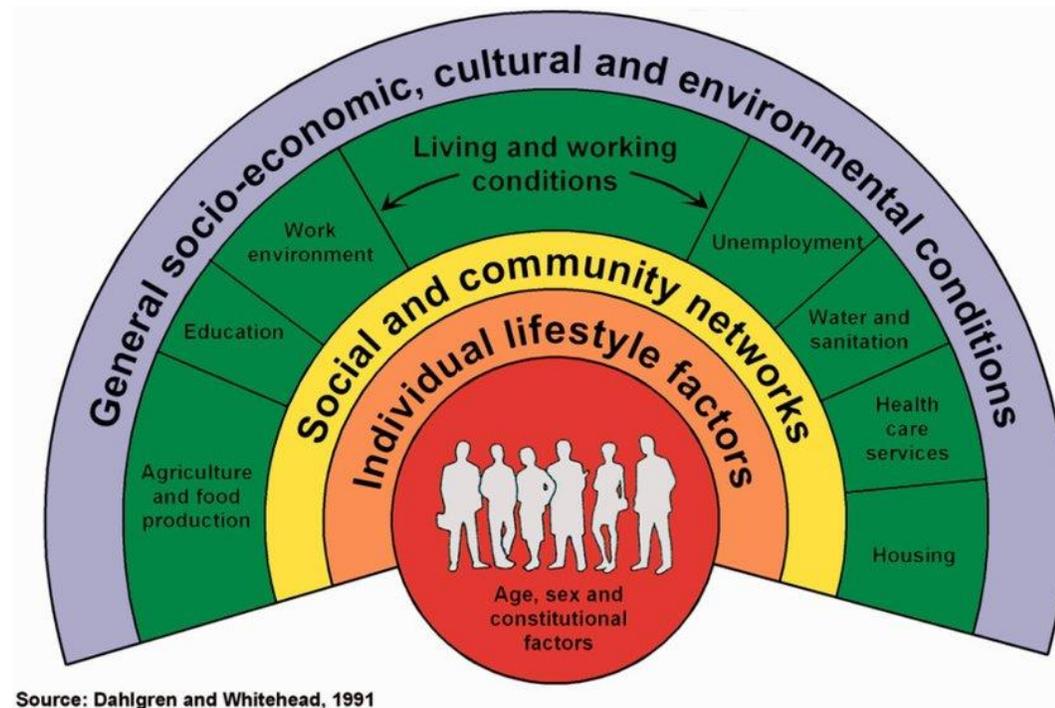
## Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

### Vision e principi

- Per un'efficace azione di contrasto alle malattie vanno potenziati, integrati e resi pienamente operativi i **sistemi di sorveglianza e i registri** già indicati nel DPCM 3 marzo 2017 (“Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie”) e va potenziata la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo e di monitorare in tutte le aree del Paese l'attività delle strutture territoriali con valutazioni di performance e di esito.
- Il PNP 2020-2025 richiede, quindi, l'adozione di **sistemi di pianificazione e monitoraggio**, integrati con le linee di azione delle cure primarie e sociosanitarie, declinati su scala regionale e locale, **ancorati al sistema di misurazione quali-quantitativa del raggiungimento degli obiettivi** delle Direzioni aziendali, con esplicita identificazione delle relative responsabilità.
- Un aspetto cruciale è la **disponibilità di dati aggiornati, con un dettaglio locale**, sulla distribuzione per variabili sociodemografiche e socioeconomiche per costruire politiche e programmi di prevenzione intersettoriali e integrati, per orientarli anche in termini di scelte allocative delle risorse, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità. Il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e operativo a partire dal 1 gennaio 2020) prevede la possibilità di monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i dati del Nuovo sistema informativo sanitario e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.



1983



# FONTI INFORMATIVE E DATI PER DOCUMENTARE GLI STILI DI VITA IN RELAZIONE ALLE DISUGUAGLIANZE

Valentina Minardi, Benedetta Contoli  
*Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## Sorveglianza in sanità pubblica

Con il termine “sorveglianza” si intende una raccolta continua e sistematica di dati finalizzata a progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica. Punto cruciale di un sistema di sorveglianza è la raccolta delle informazioni volte alla loro diffusione, non solo ai decisori, ma anche a tutta la cittadinanza.

Storicamente i sistemi di sorveglianza nascono per il monitoraggio delle malattie infettive, ma con l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche e il contenimento di quelle infettive, nasce l'esigenza di monitorare i fattori di rischio delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT). I sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio per le MCNT affiancano i sistemi che misurano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie e si caratterizzano come sistemi che ascoltano i bisogni di salute direttamente dagli assistiti. Inoltre, il valore della sorveglianza continua è quella di descrivere i fenomeni in un arco temporale cogliendo quindi le modifiche dei fattori di rischio o delle azioni preventive (Salmaso, 2010).

Environmental Justice  
nei siti industriali contaminati: documentare  
le disuguaglianze e definire gli interventi

a cura di R. Pasetto, A. Fabri



# I sistemi di sorveglianza

Nascono per **orientare, monitorare e valutare nel tempo gli interventi di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili**, verso gli obiettivi di salute fissati nei **Piani Nazionali di Prevenzione (PNP)** e la declinazione nei piani regionali (PRP)

# Sorveglianze «Life course» del CNaPPS



## Sorveglianze di popolazione

### Bambini 0-2 anni

La sorveglianza 0-2 anni indaga i determinanti di salute nella prima infanzia

### Bambini 6-10 anni

OKkio alla Salute si occupa di promozione della salute e crescita sana tra i bambini

### Ragazzi 11-15 anni

HBSC fotografa lo stato di salute dei giovani e il loro contesto sociale

### Ragazzi 13-15 anni

La Global Youth Tobacco Survey (Gyts) indaga l'uso del tabacco fra i giovani

### Donne

Sorveglianza ostetrica (ITOSS)

### Donne

Sorveglianza mortalità perinatale (SPITOSS)

### Donne

Sorveglianze dell'ivg

### Adulti 18-69 anni

La sorveglianza PASSI monitora lo stato di salute della popolazione adulta in Italia

### Anziani 65+ anni

La sorveglianza Passi d'Argento monitora lo stato di salute della popolazione anziana in Italia

Sistema di sorveglianza	Popolazione in studio	Periodicità della raccolta	Intervallo di tempo	Link per approfondimenti
 Zero Due	Mamme con bambini di 0-2 anni	Ogni 4 anni	2018-2019 2022	<a href="https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/">https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/</a>
 Okkio alla SALUTE	Bambini/e di 8/9 anni frequentanti la scuola primaria	2008-2010 ogni due anni Dal 2019: ogni tre anni <i>Nota: la rilevazione 2022 è slittata a causa dell'emergenza da COVID-19</i>	2008-2023	<a href="https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/">https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/</a>
 hbsc HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN ITALIA/ITALY	Ragazzi/e di 11, 13 15 anni Dal 2023 anche ragazzi/e di 17 anni	Ogni 4 anni	2010-2023	<a href="https://www.epicentro.iss.it/hbsc/">https://www.epicentro.iss.it/hbsc/</a>
 PASSI Programma Nazionale Sorveglianza per la Salute in Italia	Persone 18-69 anni residenti in Italia	In continuo	2008 ad oggi	<a href="https://www.epicentro.iss.it/passi/">https://www.epicentro.iss.it/passi/</a>
 PASSI d'Argento	Persone 65+ anni residenti in Italia	In continuo	2016 ad oggi	<a href="https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/">https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/</a>

# I sistemi di sorveglianza: Zero – Due



## Copertura territoriale sorveglianza

Anno 2018-2019

Anno 2022

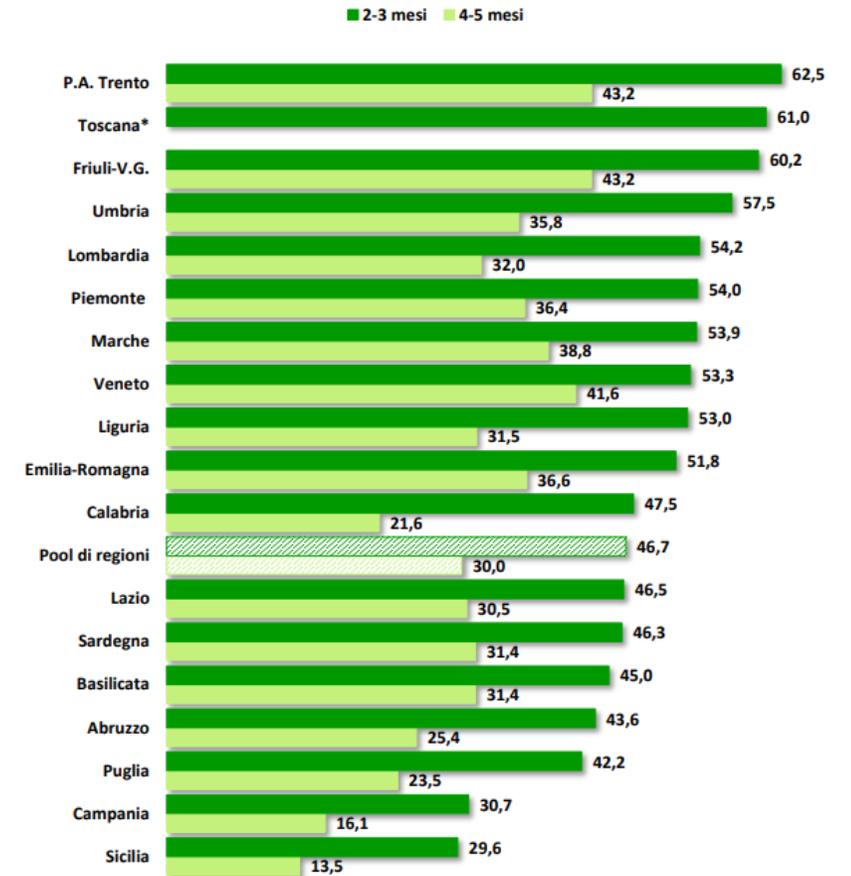


■ Partecipante    ▨ Partecipa condividendo i risultati di una propria indagine    □ Non partecipante

## DETERMINANTI DI SALUTE

- Assunzione di acido folico
- Consumo di tabacco in gravidanza e allattamento
- Consumo di bevande alcoliche in gravidanza
- Allattamento
- Lettura in famiglia
- Esposizione a schermi
- Posizione in culla
- Sicurezza in casa
- Sicurezza in auto
- vaccinazioni

## Allattamento esclusivo tra i bambini nelle fasce d'età 2-3 mesi e 4-5 mesi (%)

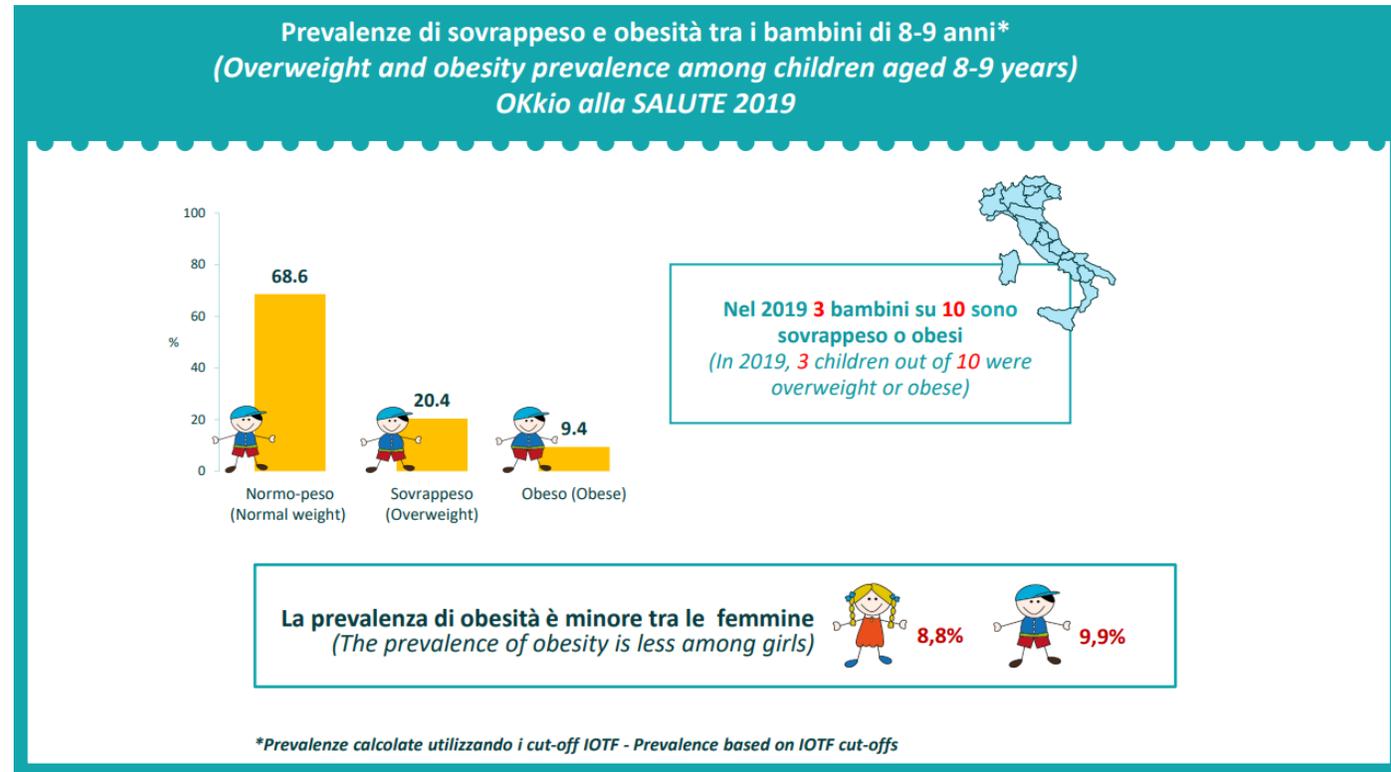
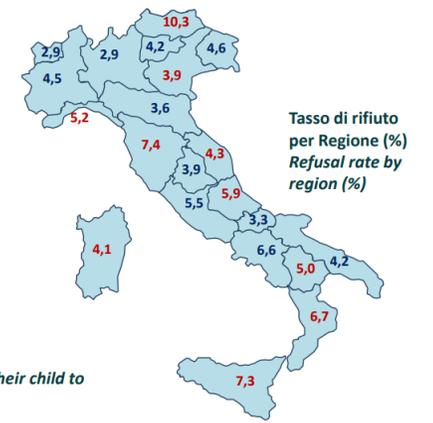
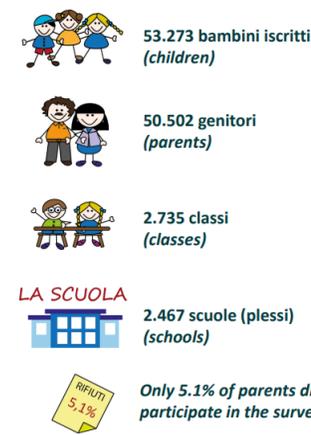


\*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 3 mesi dal parto



# I sistemi di sorveglianza: **Okkio alla SALUTE**

- **OKkio alla SALUTE** è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei **bambini delle scuole primarie (6-10 anni)**
- Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie
- È nato nel 2007 nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM



# I sistemi di sorveglianza: **Okkio alla SALUTE**

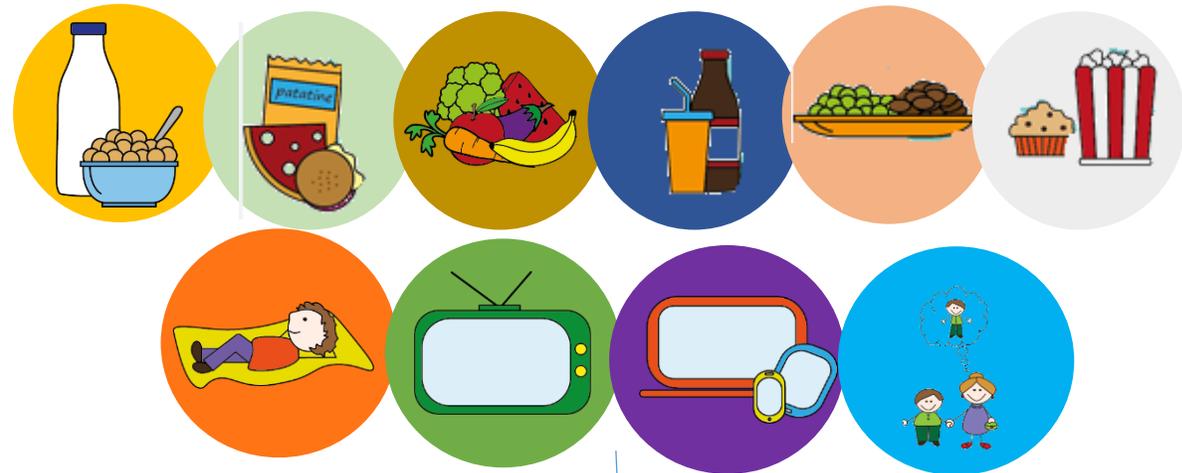


## DETERMINANTI DI SALUTE

*l'eccesso ponderale*



*...e i fattori di rischio associati*



*Rilevazione diretta in classe di peso e statura dei bambini. Strumenti standardizzati e personale formato*

*4 questionari: per i bambini, per i genitori, per i dirigenti scolastici e per gli insegnanti delle classi campionate.*

*I questionari per i genitori e le informative per le famiglie sono tradotti in 8 lingue: inglese, francese, tedesco, spagnolo, cinese, rumeno, arabo, albanese*



# I sistemi di sorveglianza: **HBSC**

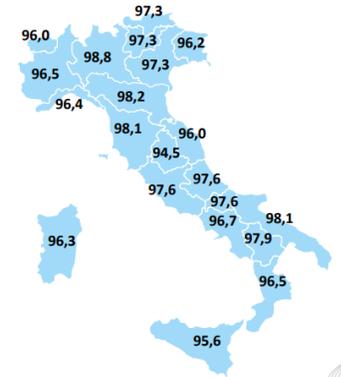
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - *Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*), studio multicentrico internazionale svolto OMS
- HBSC rivolge la sua attenzione a ragazze e ragazzi delle scuole di secondo grado, inferiori e superiori, di 11, 13 e 15
  - *Nel 2023, per la prima volta sono stati campionati anche i ragazzi di 17 anni*
- **DETERMINANTI DI SALUTE:** alimentazione e attività fisica, fumo, alcol, gioco d'azzardo, comportamento sessuale, la scuola, il rapporto tra pari, supporto sociale, bullismo e cyberbullismo, uso social media e dei videogiochi. Modulo 2023 -> salute mentale



## Il campione 2022 (1)

- 128.917** N° teorico di ragazzi campionati distribuiti in tutte le Regioni italiane
- 111.640** Ragazzi realmente iscritti
- 94.178** Ragazzi hanno risposto al questionario
- 89.321** Ragazzi su cui sono state fatte le analisi (puliti per età)

Tasso di rispondenza a livello nazionale dei ragazzi nel 2022: 97,3% (nel 2018: 97,1%)



### Composizione del campione per Paese di nascita ed età

		Nati in Italia	Nati all'estero
<b>11 anni</b>	25,0% (n° 21.489)	96,2	3,8
<b>13 anni</b>	26,3% (n° 23.077)	95,4	4,6
<b>15 anni</b>	25,6% (n° 22.187)	95,7	4,3
<b>17 anni</b>	23,1% (n° 22.568)	96,1	3,9

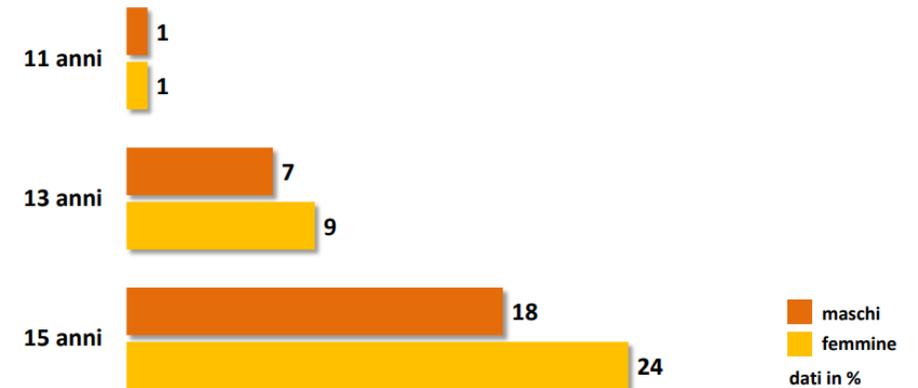
La percentuale totale di ragazzi/e nati all'estero è del 4,2%

dati in %

## Sigaretta elettronica



Percentuale di ragazzi e ragazze che dichiara di aver fumato sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30



maschi  
femmine  
dati in %



# I sistemi di sorveglianza: **PASSI** e **PASSI d'Argento**



- **PASSI** (Popolazione generale di 18-69 anni) e **PASSI d'Argento** (Popolazione generale ultra65enne) raccolgono in continuo informazioni su **salute**, **fattori di rischio comportamentali** coinvolti nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili, sul grado di conoscenza e **adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione** che il Paese sta attuando (es. screening oncologici, vaccinazione antinfluenzale) e su molti aspetti legati ad un **invecchiamento sano e attivo**
- ✓ **DPCM del 12 gennaio 2017**. Definizione e aggiornamento dei **LEA**, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs.30 dicembre 1992, n. 502 (**strumenti per profili di salute**)
- ✓ **DPCM del 3 marzo 2017**. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. (**sistemi a rilevanza nazionale**)
- ✓ **DM del 12 marzo 2019** Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. (**fonti per alcuni indicatori LEA**)

## PASSI (18-69 aa)

- **Stili di vita e fattori di rischio comportamentali** (consumo di alcol, fumo, inattività fisica, obesità e sovrappeso, consumo inadeguato di frutta e verdura, uso di sale)
- Prevalenza delle principali **malattie non trasmissibili** (diabete, BPCO, ictus, ecc.)
- **Fattori di rischio cardiovascolare** (es. ipertensione)
- Stato di **benessere fisico e psicologico**, alcuni aspetti che indicano la qualità della vita e i **sintomi depressivi**
- Consigli e **indicazioni** forniti dai medici di base o da altri operatori sanitari per promuovere abitudini salutari
- Vaccinazione antinfluenzale

- Adesione ai tre principali **screening oncologici** (cervicale, mammella, colon-retto)
- **Diffusione della vaccinazione contro la rosolia**
- **Misure di sicurezza stradale o infortuni domestici**
- Questioni di salute relative alla **gravidanza e all'allattamento**

## PASSI d'Argento (65+ aa)

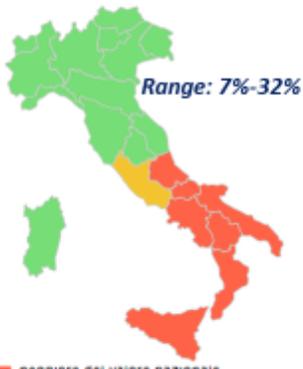
- Cadute
- Uso di farmaci
- Problemi di vista, udito e masticazione
- Segni di isolamento, partecipazione alla vita sociale
- Accesso all'assistenza sanitaria
- Livello di autonomia, secondo l'indice Katz di indipendenza nelle attività della vita quotidiana (**ADL**)
- Valutazione delle attività quotidiane strumentali di Lawton (**IADL**)

# I sistemi di sorveglianza: **PASSI**

**Prevenzione primaria e diagnosi precoce: stesso gap geografico**  
 Dati standardizzati per età. **PASSI 2016-2019 (pre-pandemia)**

## SEDENTARIETA'

Italia: 29%



## ECESSO PONDERALE

Italia: 42%



## Consumo di FRUTTA e VERDURA

(five a day) Italia: 10%



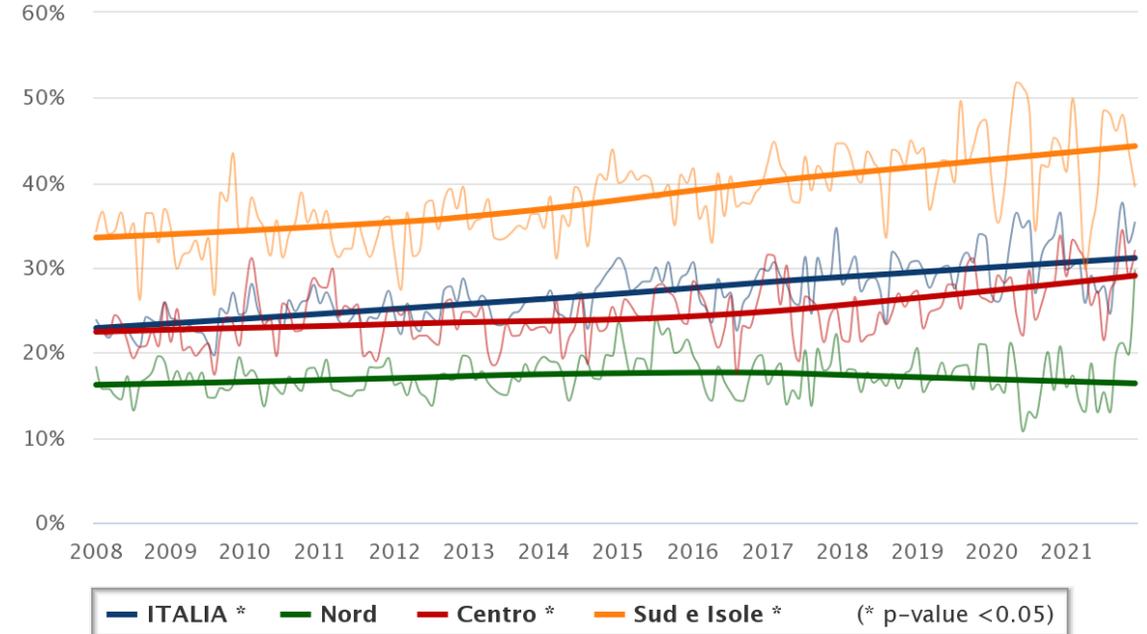
**Five a day:**  
 quota di persone che abitualmente consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

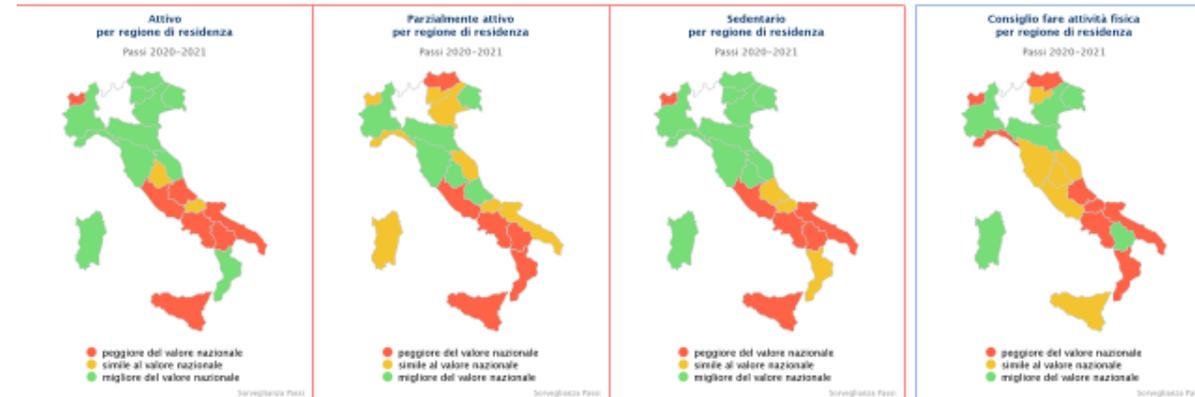
\* \* il dato della regione Lombardia si riferisce al 2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

## Serie storica Sedentari per area geografica

Passi 2008-2021



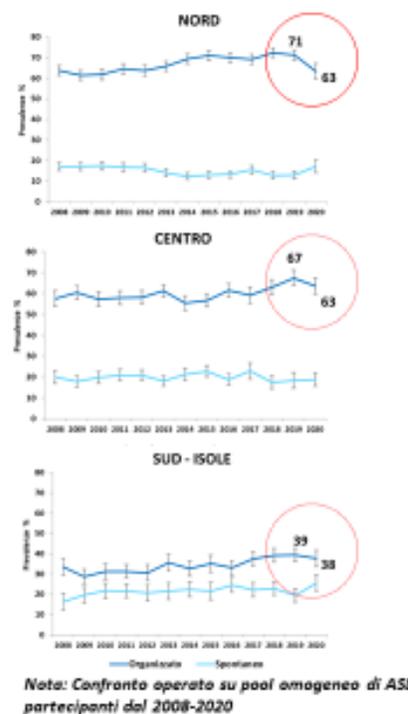
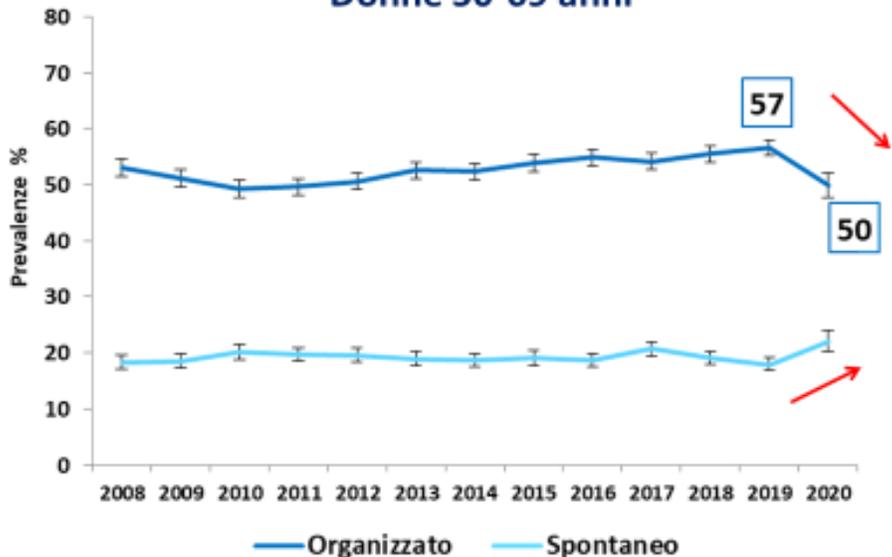
Sorveglianza Passi



# Gli screening oncologici durante la pandemia

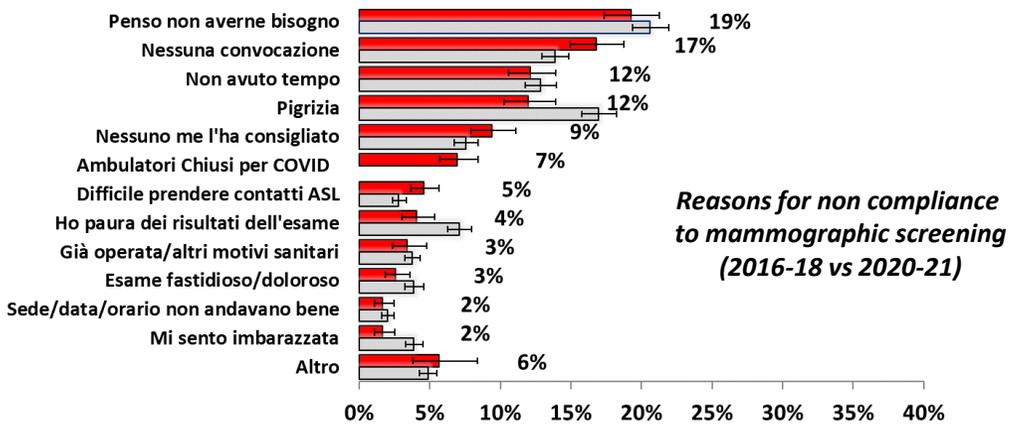
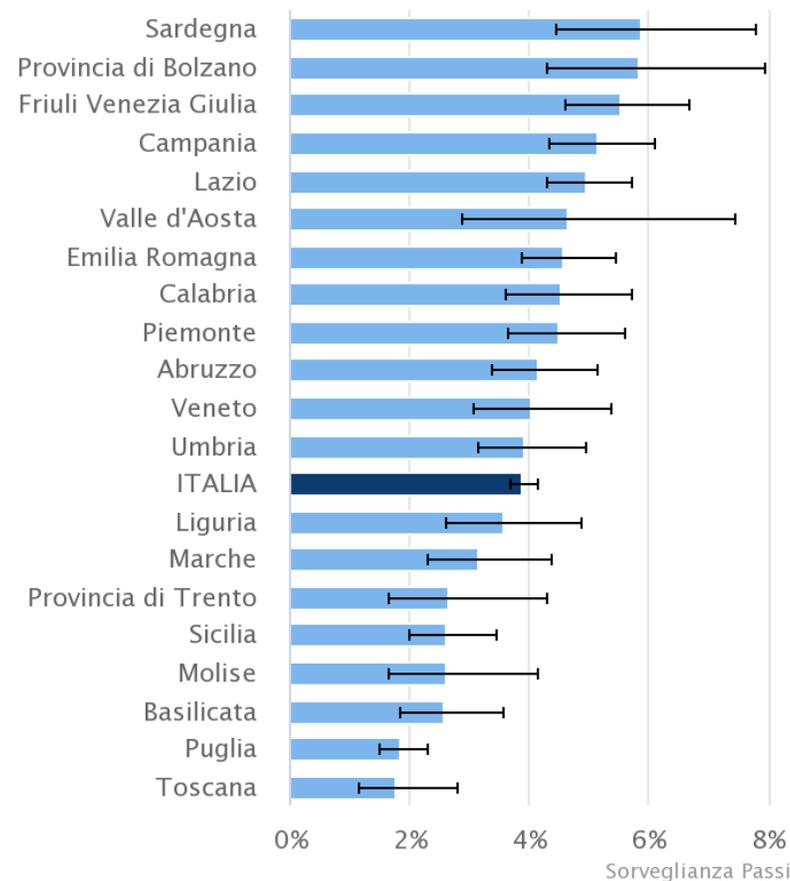
PASSI 2008-2020

## MAMMOGRAFICO Donne 50-69 anni



## Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidity) per regione di residenza

Passi 2020-2021



# I sistemi di sorveglianza: PASSI d'Argento

## Indicatori - PASSI 2021-2022

	Attivo *	Parzialmente attivo *	Sedentario *	Consiglio fare attività fisica
Abruzzo	40.6	18.9	40.5	20.4
Basilicata	24.5	19.0	56.6	23.2
Calabria	36.4	20.1	43.5	35.9
Campania	21.1	20.6	58.3	20.5
Emilia Romagna	37.2	23.2	39.7	29.8
Friuli Venezia Giulia	43.1	27.4	29.5	33.4
Lazio	40.1	20.6	39.4	32.5
Liguria	35.8	25.4	38.8	26.1
Lombardia				
Marche	39.5	27.2	33.3	51.1
Molise	43.9	23.4	32.8	19.7
Piemonte				
Provincia di Bolzano	56.5	21.4	22.1	18.6
Provincia di Trento	56.1	20.9	23.0	32.8
Puglia	31.3	17.7	51.1	15.1
Sardegna	41.4	23.5	35.1	38.5
Sicilia	30.1	29.2	40.7	31.9
Toscana	28.8	23.4	47.8	16.9
Umbria	49.1	22.8	28.1	32.7
Valle d'Aosta	45.4	20.2	34.5	6.7
Veneto	58.8	20.3	20.9	30.6
<b>Italia</b>	<b>35.8</b>	<b>22.6</b>	<b>41.6</b>	<b>27.8</b>

■ peggiore del valore nazionale    
 ■ simile al valore nazionale    
 ■ migliore del valore nazionale

\* indicatore stimato sul 72% del campione definito eleggibile al PASE (autonomi nella deambulazione e in grado di sostenere l'intervista senza ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia).



## Uso dei farmaci

	Italia n = 17468		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Nessun farmaco *	13.0	12.2	13.9
Uso di farmaci **			
1 farmaco	13.0	12.2	13.8
2 farmaci diversi	18.1	17.2	18.9
3 farmaci diversi	16.4	15.6	17.3
4 o più farmaci diversi	39.6	38.4	40.8

\* Persone che dichiarano di non aver assunto farmaci nella settimana precedente l'intervista

\*\* Persone che dichiarano di aver assunto uno o più farmaci diversi nella settimana precedente l'intervista

Periodo

## Percentuali per Regione

Indicatore:   Dati standardizzati  Dati grezzi

### Dati standardizzati

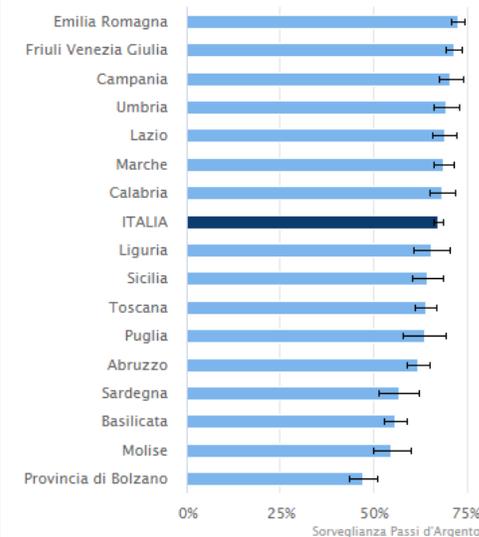
Copertura vaccinale negli ultra65enni per regione di residenza  
Passi d'Argento 2020-2021



● peggiore del valore nazionale  
● simile al valore nazionale  
● migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

Copertura vaccinale negli ultra65enni per regione di residenza  
Passi d'Argento 2020-2021



Mostra valori



# Perché «dai dati all'azione»?

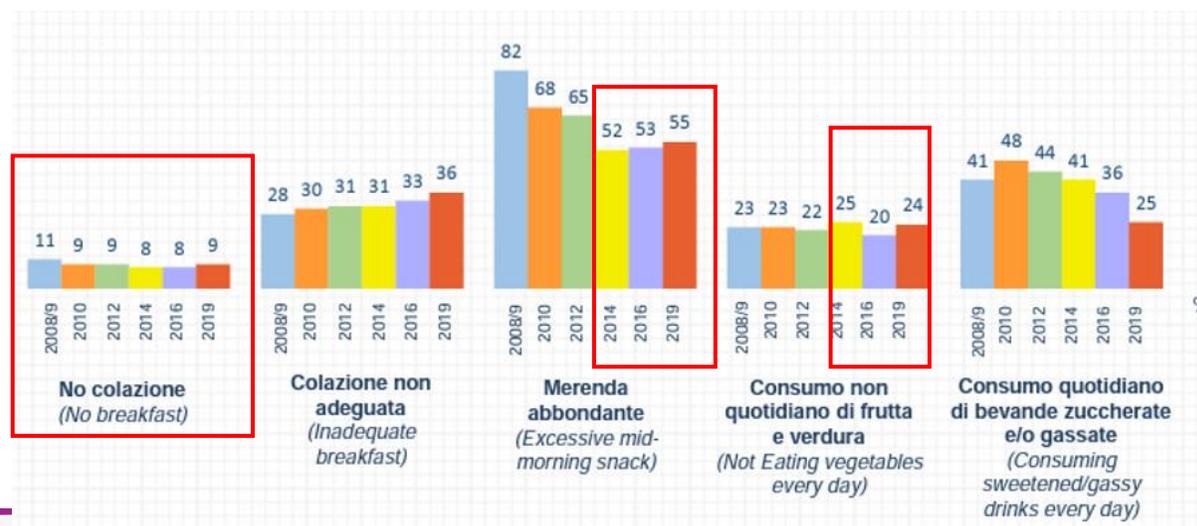
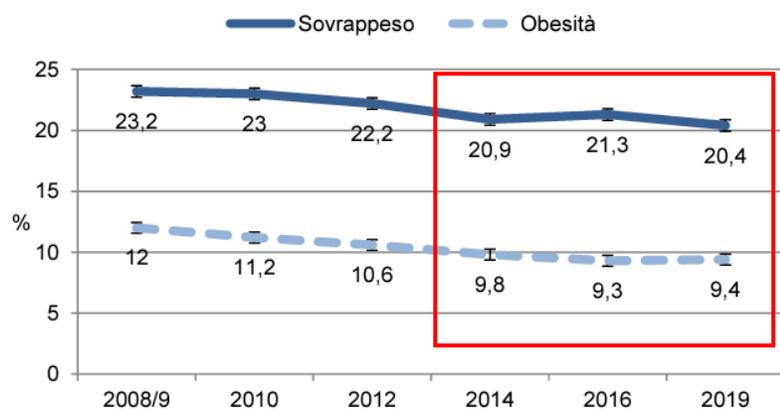
- Perché conosciamo la situazione epidemiologica attuale del nostro Paese



- Sappiamo, dai dati, che ci sono disuguaglianze (geografiche e culturali) notevoli da considerare negli interventi



- Perché i trend non sono incoraggianti





Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

# Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

## M01 - Malattie croniche non trasmissibili

- Le **malattie croniche non trasmissibili** (MCNT), **malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici** restano le principali cause di morte a livello mondiale. **Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale** rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il **60% del carico di malattia (Burden of Disease), in Europa e in Italia**. A ciò si aggiunge la carente organizzazione e l'insufficiente ricorso ai programmi di screening organizzato.
- **L'alimentazione non corretta** è associata frequentemente al basso livello socioeconomico delle famiglie, al livello di istruzione, al costo degli alimenti e al marketing pubblicitario e incide sulla qualità della vita, nonché sulle condizioni psico-fisiche della popolazione. È nota, tra l'altro, la stretta correlazione tra abitudini alimentari e **sovrappeso/obesità**, specie infantile. L'aumento del sovrappeso e dell'obesità nei bambini e giovani è particolarmente allarmante alla luce del forte legame tra eccesso di adiposità e danni alla salute in età avanzata. L'**obesità** incide profondamente sullo stato di salute poiché si accompagna ad importanti malattie che peggiorano la qualità di vita e ne riducono la durata.
- Anche **inattività fisica e sedentarietà** contribuiscono al carico di malattie croniche e incidono notevolmente sui processi volti a un invecchiamento in buona salute.
- Il **fumo di tabacco** nel nostro Paese rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, con una prevalenza di fumatori in calo, ma con preoccupanti dati relativi ai consumi tra i giovani, alla riduzione della percentuale di quanti provano a smettere e alla comparsa sul mercato di nuovi prodotti a base di nicotina dannosi per la salute.
- L'**alcol** è la terza causa di morte prematura. A fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti e resta allarmante nei giovani il fenomeno del *binge drinking*.
- Inattività fisica, fumo, diabete, ipertensione, obesità della mezza età, depressione e bassa scolarizzazione hanno mostrato una forte associazione con l'eziologia della **demenza**. In generale la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e, inoltre, i disturbi mentali si presentano spesso in comorbidità con altre malattie croniche o queste ne influenzano la comparsa.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

# Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

## Strategie

- Il controllo delle MCNT richiede un **approccio multidisciplinare**, con un ampio spettro di **interventi coordinati a differenti livelli**, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale al fine di rallentare la progressione della malattia anche con interventi comportamentali.
- Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati è necessario un **approccio combinato e integrato** tra **strategie di comunità** (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) e **strategie basate sull'individuo** (individuazione dei soggetti a rischio e delle malattie in fase precoce), seguite da interventi efficaci centrati sulla persona (es. *counseling* individuale sugli stili di vita – LEA, percorsi assistenziali).

### • Strategie di comunità

#### **Approccio intersettoriale**

La creazione di **reti e alleanze intersettoriali** consente di porre la **salute ed il contrasto alle disuguaglianze di salute al centro delle strategie e degli interventi sanitari ed extra-sanitari** e di considerare in ogni contesto la centralità della persona, i suoi diritti e le sue scelte. La “Salute in tutte le politiche” rappresenta un approccio doppiamente vincente poiché fa sì che settori diversi traggano vantaggio (strategia *win-win*), rafforzando i risultati, dall'includere nella programmazione delle proprie politiche la valutazione dei potenziali effetti sulla salute.

#### **Approccio life-course e di genere**

Adottare un approccio *life-course*, a partire dai primi 1.000 giorni (nonché in fase pre-concezionale) e lungo tutto il corso della vita, mira a ridurre i fattori di rischio individuali e a rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. L'allattamento materno, ad esempio, è elemento determinante per la salute e va, pertanto, protetto, promosso e sostenuto. È necessario, peraltro, incentivare e rafforzare le reti e il sostegno informali, la cittadinanza attiva e l'*empowerment* individuale e collettivo degli anziani e di chi si prende cura di loro. Prevedere azioni di prevenzione e promozione della salute in un'ottica di genere favorisce, inoltre, l'appropriatezza degli interventi.

#### **Approccio per setting**

Le comunità costituiscono un luogo d'eccellenza degli interventi di promozione della salute, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare, sia offrendo opportunità per facilitarne l'adozione. “Partecipazione” della comunità, “responsabilizzazione” ed “equità” sono le parole chiave dell'approccio per *setting*.



# Health Equity Audit

## A Guide for the NHS

DH (2003) *Health equity audit. A guide for the NHS*. London: Department of Health.

### What are Health Equity Audits?

4. **Health equity audits** identify how fairly services or other resources are distributed in relation to the health needs of different groups and areas, and the priority action to provide services relative to need. (This may include resources such as services, facilities, and the determinants of health). The overall aim is not to distribute resources equally but, rather, relative to health need, otherwise inequities occur which lead to health inequalities. The **HEA cycle is not complete until something changes which is likely to reduce inequalities demonstrably**. For NHS services, that would probably be resource allocation, commissioning, service provision or care outcomes.

- A HEA programme should address **the dimensions of health inequalities**, aiming to narrow the gap in health outcomes between:
  - **social classes** (focussing on all manual groups, not just the most deprived)
  - **geographical areas** (within the PCT or comparing the PCT with the national average or with PCTs with similar characteristics)
  - **men and women**
  - **different Black and minority ethnic groups** and the population as a whole
  - **age groups**, particularly by improving the health of infants and children and prolonging active healthy lifestyles in the over 50s
  - between the **majority of the population and vulnerable groups** and those with special needs. These might include: rough sleepers and homeless people, including homeless families with children in temporary accommodation; prisoners and their families; refugees and asylum seekers; travellers; Looked After children and care leavers; vulnerable people with mental health problems, chronic conditions, physical or learning disabilities.

## Equality



## Equity



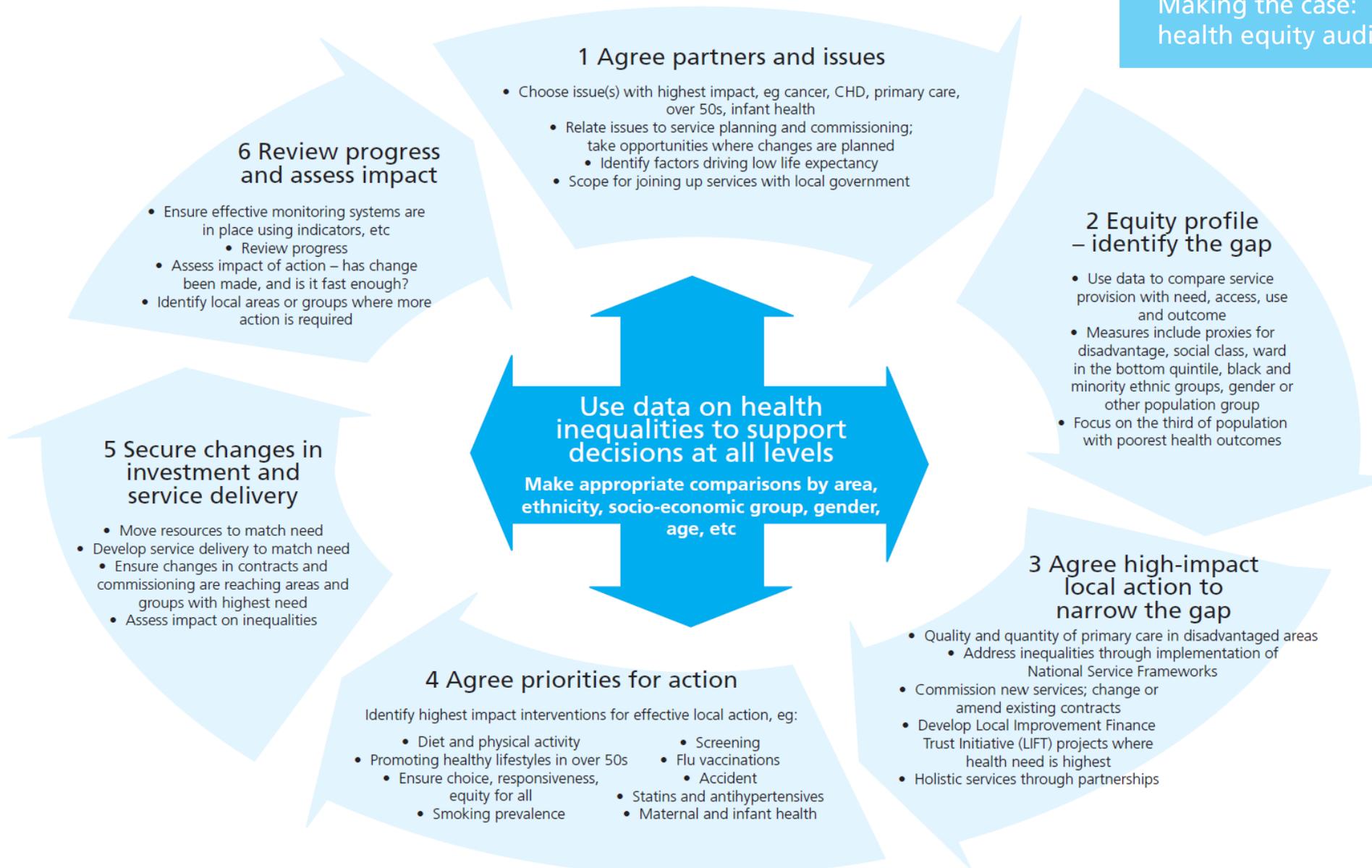
## Making the case: health equity audit

Authors: Joanna Goodrich and Melanie Pottle

ISBN 1-84279-443-4

© Health Development Agency 2005

### The health equity audit cycle. Source: DH (2003b)



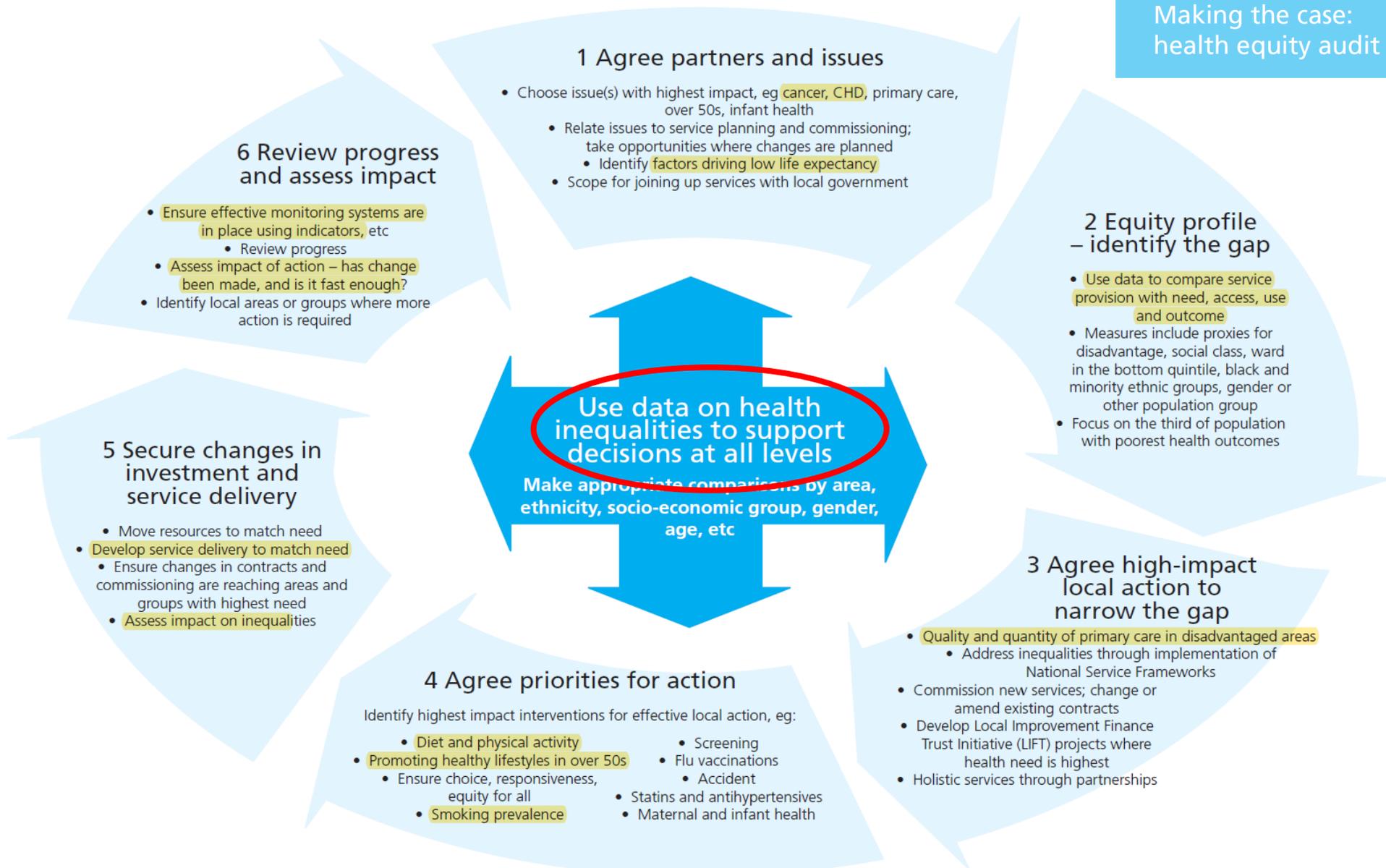
The health equity audit cycle. Source: DH (2003b)

Making the case:  
health equity audit

Authors: Joanna Goodrich and Melanie Pottle

ISBN 1-84279-443-4

© Health Development Agency 2005



# Health Equity Audit

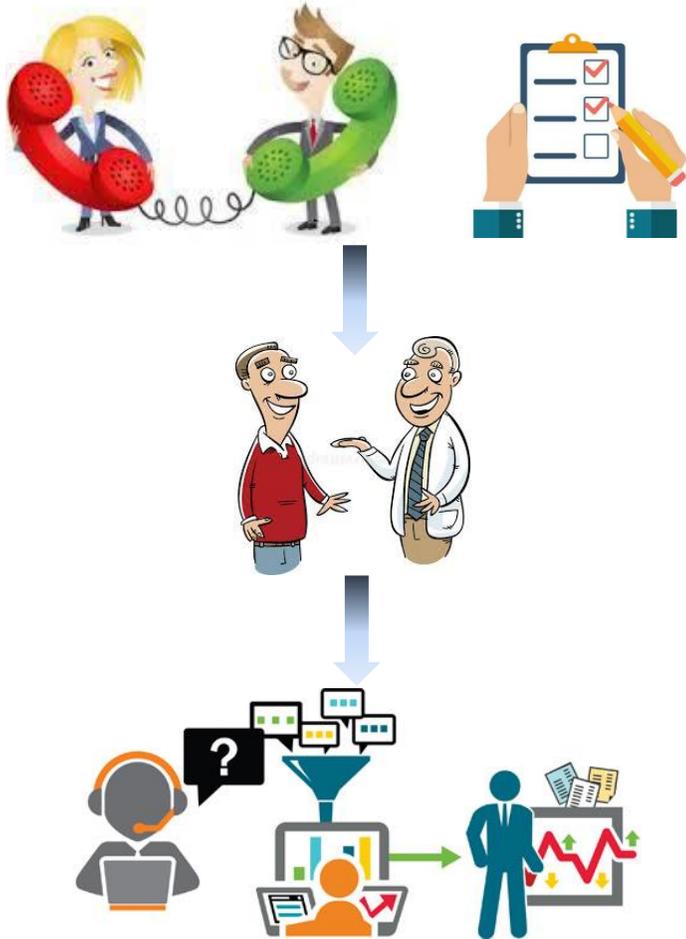
## A Guide for the NHS

DH (2003) *Health equity audit. A guide for the NHS*. London: Department of Health.

### 8. Data issues

- **Routinely available data and information** can be used to support HEA, also data gathered through local audit and research, and existing data such as in DPH reports. “Data paralysis” is to be avoided, where possible using information that is already there.
- **Providing data in time** for the decision is vital.
- Imperfect data and creative use of postcodes, indices of deprivation and proxies should be used if they are “**fit for purpose**” for the decision being made. Where necessary, PCTs should seek expert advice, for example from the Public Health Observatory.
- The **local basket of indicators** (available at [http://www.lho.org.uk/HIL/Inequalities\\_In\\_Health/Basket\\_Of\\_Indicators/Basket.htm](http://www.lho.org.uk/HIL/Inequalities_In_Health/Basket_Of_Indicators/Basket.htm)) provides a menu of indicators which PCTs may find useful for HEA.
- HEA may reveal local **data development needs** or data quality issues which need to be addressed to ensure sound evidence supports decisions. For example, the quality of ethnicity data in the NHS is generally poor, but this is a key dimension of inequality. Any data problems with Local Delivery Plan inequalities targets would also highlight the need for action.
- It is good practice for HEAs **to be made publicly available**.

# STRATIFICARE PER IDENTIFICARE DISUGUAGLIANZE



Per identificare le disuguaglianze di salute, tutti gli indicatori vengono analizzati in base alle variabili socio-demografiche:

- sesso
- età
- livelli di istruzione
- condizioni economiche (difficoltà economiche auto percepite per arrivare alla fine del mese)
- stato civile e composizione della famiglia (convivenza con bambini o anziani)
- nazionalità
- status e posizione professionale
- comune di residenza

Social determinants (SD) are one of the leading issues for public health at the start of this millennium. Their impact on health status has been widely proved both in high and low income countries (WHO 2008). Notwithstanding this evidence, it is still under discussion where to find valuable sources of information for policy action, particularly on the effects produced by SD and their modification over time. This information is needed both for planning new interventions and for evaluating those already implemented.

This paper shows how Behavioural Risk Factor Surveillance (BRFS) systems (McQueen and Puska 2001; Campostrini and McQueen 2005) are interesting sources to meet some of the SD information needs, offering examples with actual data from the Italian BRFS system, named PASSI (acronym for Progress in the Italian Local Health Units) (Campostrini et al. 2009).

BRFS system such as PASSI can be informative in these three major areas linked to SD:

- showing different level of self-perceived health status, according to some SD indicators, usually collected in these surveys (e.g., socio-economic status);
- detecting geographical differences;
- showing differential access to health services and differential effectiveness of health interventions in population subgroups (determined by social economic status or race/ethnicity).

Int J Public Health  
DOI 10.1007/s00038-011-0241-0

ORIGINAL ARTICLE

## Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI

Valentina Minardi · Stefano Campostrini ·  
Giuliano Carrozzi · Giada Minelli ·  
Stefania Salmaso

Received: 18 November 2009 / Revised: 19 January 2011 / Accepted: 30 January 2011  
© Swiss School of Public Health 2011



## Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI

Valentina Minardi · Stefano Campostrini ·  
Giuliano Carrozzi · Giada Minelli ·  
Stefania Salmaso

Received: 18 November 2009 / Revised: 19 January 2011 / Accepted: 30 January 2011  
© Swiss School of Public Health 2011

Among the several variables available in the data set, we selected three examples useful to show the potential of BRFS in the study of health determinants, one for each of the aspects mentioned above:

- symptoms of depression by SD to evaluate possible inequalities;
- respect of the smoking ban by Regions to assess geographical variation;
- adherence to screening program to evaluate differential access to prevention by SD.

**Table 2** Prevalence of depression as measured by the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), by socio-demographic risk factor, PASSI 2007–2008, Italy ( $n = 29,573$ )

<sup>a</sup> All variables were included as covariates in multivariate model. All odds ratios are significantly higher than 1 ( $P < 0.05$ )

Characteristic	Prevalence of depression (%)	Unadjusted odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI) <sup>a</sup>
Total	8.9 (95% CI 8.5–9.4)	–	–
Age, years			
18–34	6.5	Referent group	Referent group
35–49	8.5	1.2 (1.1–1.4)	1.2 (1.1–1.4)
50–69	11.6	1.7 (1.5–1.9)	1.4 (1.2–1.5)
Sex			
Male	5.6	Referent group	Referent group
Female	12.3	2.4 (2.2–2.6)	2.1 (1.9–2.3)
Living situation			
Lives alone	12.3	1.5 (1.3–1.8)	1.4 (1.3–1.7)
Lives with others	8.7	Referent group	Referent group
Educational attainment			
Primary school or less	16.1	2.8 (2.4–3.4)	1.5 (1.2–1.8)
Middle school	9.6	1.7 (1.4–2.0)	1.3 (1.1–1.5)
High school	7.4	1.3 (1.1–1.5)	1.2 (1.0–1.4)
University	5.4	Referent group	Referent group
Employment			
Works full or part time	6.7	Referent group	Referent group
Does not work	12.3	2.0 (1.8–2.1)	1.3 (1.2–1.5)
Economic difficulties			
None	5.3	Referent group	Referent group
Some	8.8	1.7 (1.6–1.9)	1.6 (1.4–1.7)
A lot	20.7	4.8 (4.2–5.3)	3.9 (3.5–4.4)

## Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI

Valentina Minardi · Stefano Campostrini ·  
Giuliano Carrozzi · Giada Minelli ·  
Stefania Salmaso

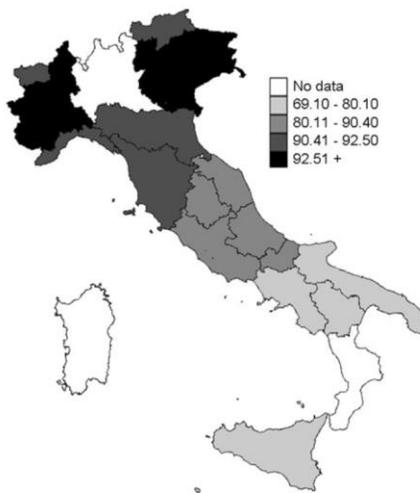
Received: 18 November 2009 / Revised: 19 January 2011 / Accepted: 30 January 2011  
© Swiss School of Public Health 2011

Among the several variables available in the data set, we selected three examples useful to show the potential of BRFs in the study of health determinants, one for each of the aspects mentioned above:

- symptoms of depression by SD to evaluate possible inequalities;
- respect of the smoking ban by Regions to assess geographical variation;
- adherence to screening program to evaluate differential access to prevention by SD.

**Table 3** Percentage of respondents who reported the perceived interdiction to smoke always/quite always in public indoor spaces and in work places for regions, PASSI 2007–2008, Italy ( $n = 30,387$ )

Regions	Geographical areas	In public indoor spaces		In work places	
		%	95% CI	%	95% CI
Trento	North	95.8	94.5–97.1	92.3	91.4–95.4
Friuli-Venezia Giulia	North	94.2	92.7–95.6	89.4	87.1–91.7
Veneto	North	93.1	92.3–94.0	89.9	88.6–91.2
Piemonte	North	92.5	91.7–93.4	89.6	88.4–90.8
Valle D’Aosta	North	92.4	89.1–95.7	91.3	87.1–95.4
Emilia-Romagna	North	92.2	91.2–93.1	86.5	85.0–88.0
Liguria	North	92.1	90.3–94.0	86.8	83.9–89.8
Bolzano	North	91.7	88.0–95.4	93.4	88.1–96.6
Toscana	Centre	90.4	89.2–91.5	87.3	85.6–88.9
Molise	South	90.3	86.4–94.2	89.7	84.4–95.0
Lazio	Centre	86.9	85.2–88.6	83.1	80.8–85.5
Marche	Centre	86.7	83.9–89.4	83.9	80.2–87.5
Abruzzo	Centre	86.5	84.5–88.6	86.8	84.0–89.6
Umbria	Centre	80.1	77.4–82.9	82.7	79.5–85.9
Puglia (south)	South	79.2	75.8–82.5	84.4	80.7–88.2
Basilicata (LHU of Matera)	South	77.6	73.5–81.7	79.5	74.1–84.9
Campania	South	72.1	70.1–74.0	81.2	78.7–83.6
Sicilia	South	69.1	65.5–72.7	77.5	73.0–82.0
LHUs pool	–	85.0	84.3–85.6	85.4	84.6–86.1



**Fig. 1** Geographical distribution of the percentage of respondents who reported the perceived interdiction to smoke always/quite always in public indoor spaces for Italian regions, PASSI 2007–2008 ( $n = 30,387$ )

## Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI

Valentina Minardi · Stefano Camprotrini ·  
Giuliano Carrozzi · Giada Minelli ·  
Stefania Salmaso

Received: 18 November 2009 / Revised: 19 January 2011 / Accepted: 30 January 2011  
© Swiss School of Public Health 2011

Among the several variables available in the data set, we selected three examples useful to show the potential of BRFS in the study of health determinants, one for each of the aspects mentioned above:

- symptoms of depression by SD to evaluate possible inequalities;
- respect of the smoking ban by Regions to assess geographical variation;
- adherence to screening program to evaluate differential access to prevention by SD.

**Table 4** Prevalence of women aged 25–64 years old who report having made the last Pap test in the last 3 years as a preventive measure, by socio-demographic risk factor, PASSI 2007–2008, Italy ( $n = 6,609$ )

Characteristic	Adhesion to recommendations for Pap test (%)	Unadjusted odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI) <sup>a</sup>
Total	83.0 (CI 82.0–84.0)	–	–
Age, years			
25–34	78.7	Referent group	Referent group
35–49	87.1	1.8 (1.5–2.2)	1.8 (1.5–2.2)
50–64	81.1	1.2 (1.0–1.4) <sup>b</sup>	1.3 (1.0–1.6) <sup>b</sup>
Educational attainment			
Primary school or less	75.8	Referent group	Referent group
Middle school	81.4	1.4 (1.1–1.7)	1.3 (1.0–1.7)
High school	85.9	2.0 (1.6–2.4)	1.8 (1.4–2.3)
University	84.2	1.7 (1.3–2.2)	1.6 (1.2–2.2)
Citizenship			
Italian	83.9	2.6 (2.0–3.5)	2.0 (1.5–2.7)
Others	65.6	Referent group	Referent group
Economic difficulties			
None	82.6	1.7 (1.4–2.1)	1.5 (1.2–1.9)
Some	85.5	2.1 (1.7–2.6)	1.7 (1.3–2.2)
A lot	73.6	Referent group	Referent group
Received counselling, invitation letter or media campaign			
No	56.3	Referent group	Referent group
Yes	84.5	4.2 (3.3–5.4)	3.5 (2.7–4.6)

<sup>a</sup> All variables were included as covariates in multivariate model

<sup>b</sup> Not statistically significant ( $P$  value  $>0.05$ ), all other odds ratios are significantly higher than 1 ( $P < 0.05$ )

italiano → Accedi →

 **Istituto Superiore di Sanità**

Seguici su    

Ricerca

Chi siamo ▾ Temi ▾ Attività ▾ Servizi ▾ Pubblicazioni ▾ Sala stampa ▾ Eventi ▾ ISSalute Amministrazione trasparente Bandi di gara Protezione dei dati

Chi siamo | Centri nazionali e Centri di riferimento | Prevenzione delle malattie e promozione della salute

English - Home page

 **Istituto Superiore di Sanità**  
EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

Indice A-Z dei contenuti

Cerca..

Sorveglianze&Registri ▾ Malattie e condizioni di salute ▾ Vivere in salute ▾ Governance sanitaria ▾

  **L'epidemiologia per la sanità pubblica**  
Istituto Superiore di Sanità



## Sorveglianze di popolazione

### Bambini 0-2 anni

La sorveglianza 0-2 anni indaga i determinanti di salute nella prima infanzia

### Bambini 6-10 anni

OKkio alla Salute si occupa di promozione della salute e crescita sana tra i bambini

### Ragazzi 11-15 anni

HBSC fotografa lo stato di salute dei giovani e il loro contesto sociale

### Ragazzi 13-15 anni

La Global Youth Tobacco Survey (Gyts) indaga l'uso del tabacco fra i giovani

### Donne

Due le sorveglianze attive: ostetrica (ITOSS) e mortalità perinatale (SPITOSS)

### Adulti 18-69 anni

La sorveglianza PASSI monitora lo stato di salute della popolazione adulta in Italia

### Anziani 65+ anni

La sorveglianza Passi d'Argento monitora lo stato di salute della popolazione anziana in Italia

**PASSI**

Che cos'è Passi +

I temi indagati -

- attività fisica OMS
- mobilità attiva
- sovrappeso e obesità
- consumi di frutta e verdura

**I dati per l'Italia** abitudine al fumo

dati nazionali | impatto sulla salute | scheda indicatore | approfondimenti tecnici | pubblicazioni nazionali

pubblicazioni locali | focus

a colpo d'occhio | profili | **in dettaglio** | mappe | trend | cosa è Passi on line

Periodo: 2021-2022 | Livello: ITALIA | [area coordinatori](#)

dati nazionali | impatto sulla salute | scheda indicatore | approfondimenti tecnici | pubblicazioni nazionali

pubblicazioni locali | focus

a colpo d'occhio | **profili** | **in dettaglio** | mappe | trend | cosa è Passi on line

Periodo: 2021-2022 | Livello: ITALIA | [area coordinatori](#)

2021-2022  
2020-2021  
2016-2019  
2015-2018  
2014-2017  
2013-2016  
2012-2015  
2011-2014

Per approfondimenti regionali/aziendali rivolgersi al [coordinatore regionale](#)

**Fumatori**

**ITALIA**  
n =

**Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA**

**Fumatori**

		ITALIA n =		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	18-24	28.4	26.8	30.1
	25-34	29.0	27.7	30.4
	35-49	25.7	24.8	26.6
	50-69	20.4	19.7	21.1
Sesso	uomini	27.7	27.0	28.5
	donne	20.7	20.1	21.4
Istruzione	nessuna / elementare	26.6	23.9	29.5
	media inferiore	29.0	27.9	30.0
	media superiore	24.7	24.0	25.4
	laurea	17.5	16.6	18.4
Difficoltà economiche	molte	36.8	34.8	39.0
	qualche	27.5	26.6	28.4
	nessuna	20.8	20.2	21.5
Cittadinanza	italiana	24.3	23.8	24.8
	straniera	24.3	22.2	26.4
Macro area di residenza	nord	23.8	23.0	24.7
	centro	25.0	24.1	25.9
	sud e isole	24.1	23.4	24.9

**Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA**

Popolazione di riferimento: 39352580  
Totale: 24.2% (IC95%: 23.7-24.7%)

**Età**

- 18-24
- 25-34
- 35-49
- 50-69

**Sesso**

- uomini
- donne

**Istruzione**

- nessuna/elementare
- media inferiore
- media superiore
- laurea

**Difficoltà economiche**

- molte
- qualche
- nessuna

**Cittadinanza**

- italiana
- straniera

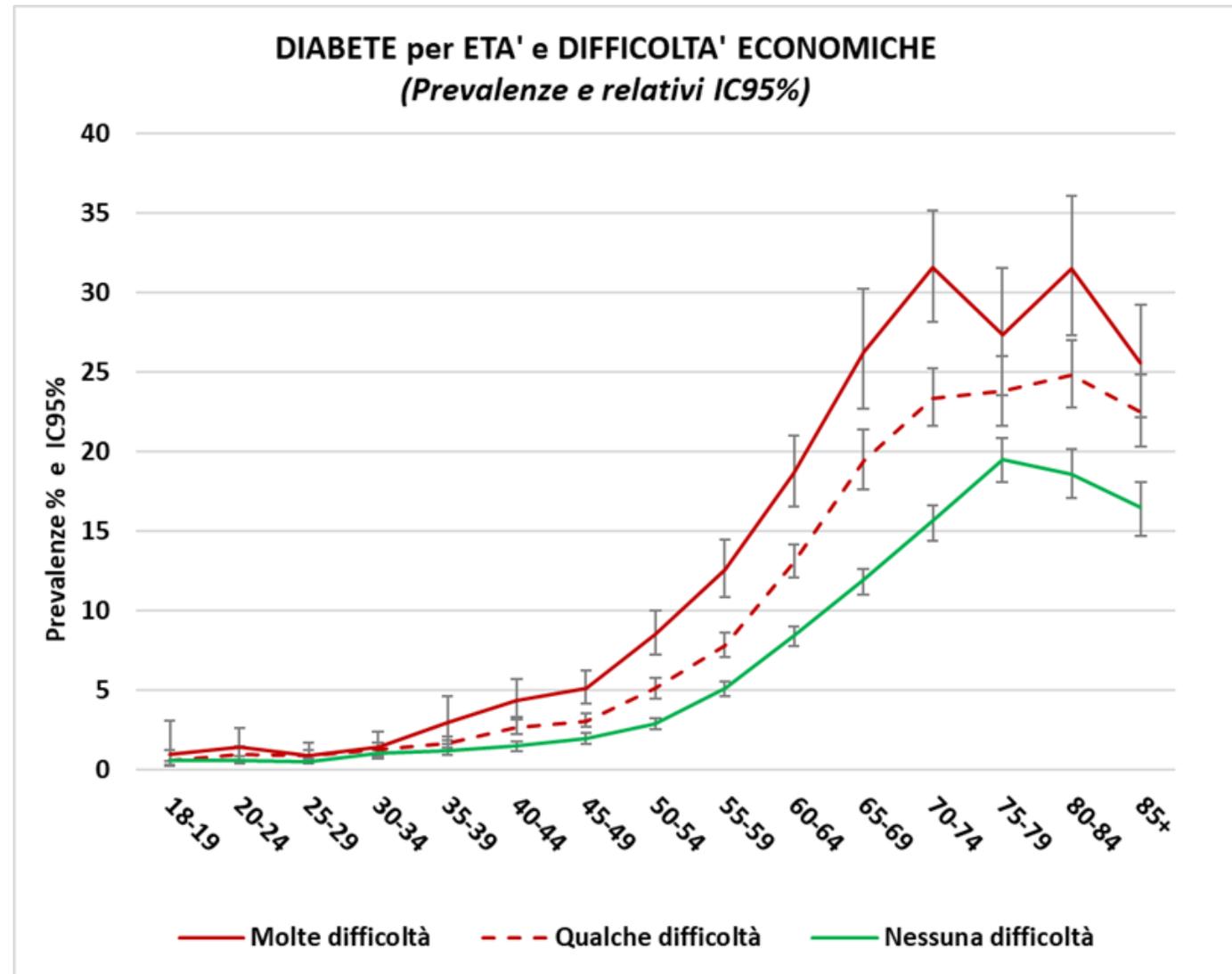
**Macro area di residenza**

- nord
- centro
- sud e isole

5M 0 0% 20% 40%  
Sorveglianza Passi 2021-2022

# Il diabete e il gradiente sociale

- **Gradiente sociale** → Più frequente fra le classi sociali più svantaggiate (per bassa istruzione o difficoltà economiche)



PASSI e PASSI d'Argento 2016-2022 (campione di 285mila residenti)

# Disuguaglianza sociale nello stile di vita

## Fumo, alcol, inattività fisica, obesità

Rapporti di prevalenza aggiustati e IC95% mediante regressione di Poisson. Passi 2008-2017 (n = 366 895)

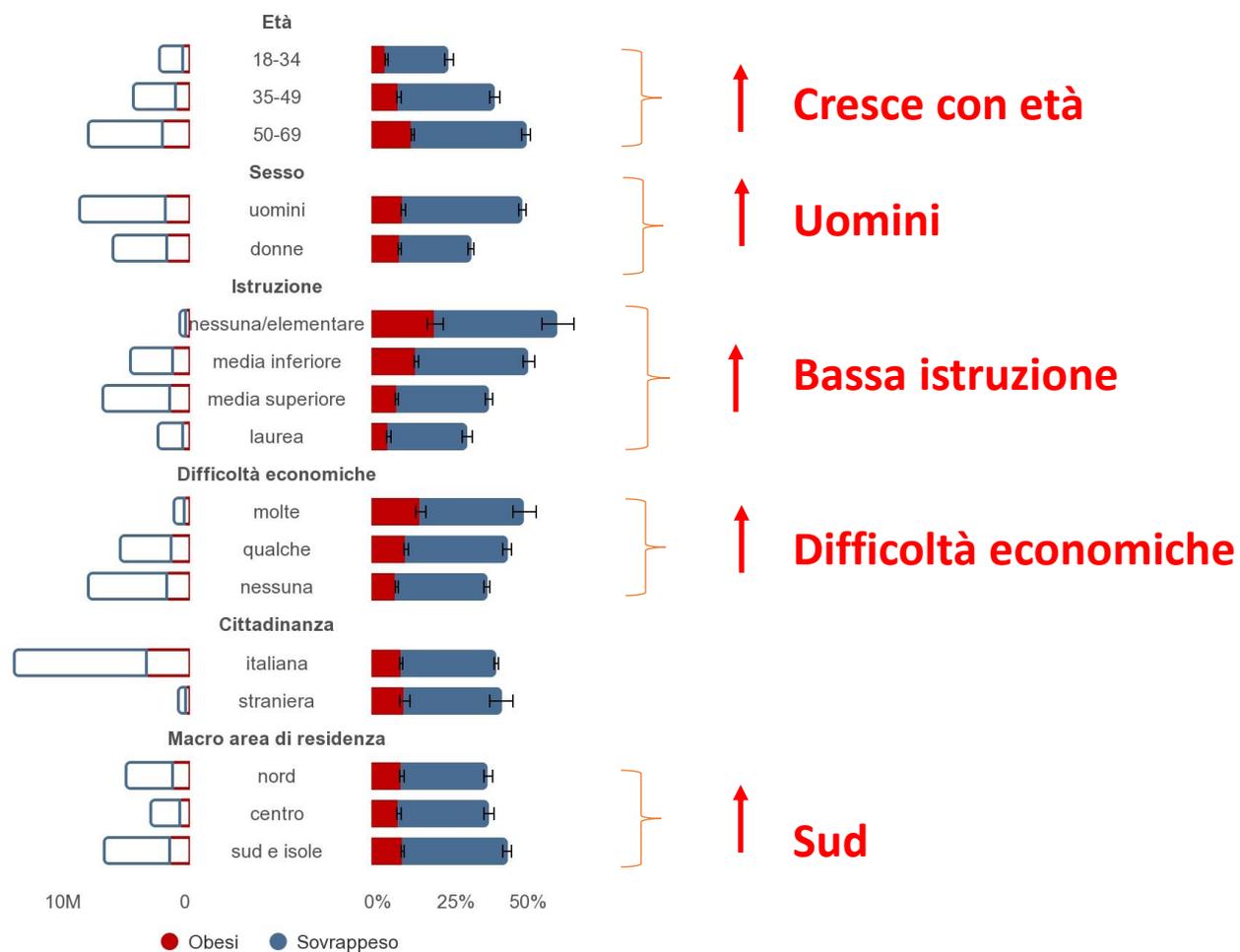
	Fumo		Consumo di alcol a rischio più elevato <sup>§</sup>		Inattività fisica		Obesità <sup>1</sup>	
	apr	IC95%	apr	IC95%	apr	IC95%	apr	IC95%
<b>Difficoltà economiche</b>								
Nessuno	1	-	1	-	1	-	1	-
Alcuni	1.229***	(1.209 - 1.249)	0.942***	(0.924 - 0.961)	1.182***	(1.164 - 1.199)	1.280***	(1.242 - 1.319)
Molto	1.510***	(1.479 - 1.542)	0.983	(0.953 - 1.014)	1.314***	(1.289 - 1.340)	1.657***	(1.596 - 1.721)
<b>Livello di istruzione</b>								
Alto (diploma di scuola superiore o superiore)	1	-	1	-	1	-	1	-
Basso (fino alla scuola media)	1.219***	(1.200 - 1.237)	0.994	(0.975 - 1.014)	1.127***	(1.112 - 1.144)	1.553***	(1.509 - 1.598)
<b>Area geografica</b>								
Nord	1.045***	(1.027 - 1.064)	2.026***	(1.975 - 2.079)	0.588***	(0.579 - 0.597)	0.847***	(0.821 - 0.873)
Centro	1.124***	(1.103 - 1.145)	1.413***	(1.372 - 1.455)	0.740***	(0.728 - 0.752)	0.822***	(0.794 - 0.850)
Suoth e Isles	1	-	1	-	1	-	1	-
<b>Nazionalità</b>								
Italiano	1	-	1	-	1	-	1	-
Altri	0.867***	(0.840 - 0.894)	0.728***	(0.697 - 0.761)	1.224***	(1.190 - 1.258)	1.047	(0.986 - 1.112)
<b>Genere</b>								
Uomo	1	-	1	-	1	-	1	-
Donne	0.719***	(0.709 - 0.730)	0.532***	(0.522 - 0.542)	1.109***	(1.095 - 1.123)	0.847***	(0.826 - 0.869)
<b>Età (yy)</b>	0.987***	(0.987 - 0.988)	0.971***	(0.971 - 0.972)	1.008***	(1.008 - 1.009)	1.029***	(1.028 - 1.030)
<b>Anni (2008-2017)</b>	0.988***	(0.985 - 0.990)	1.012***	(1.009 - 1.015)	1.011***	(1.009 - 1.014)	1.005**	(1.001 - 1.010)
<i>Osservazioni</i>	363,466		356,860		355,755		362,911	

\*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

<sup>§</sup>Binge drinking, consumo di alcol al di fuori delle soglie dell'OMS, consumo fuori dai pasti

# ECCESSO PONDERALE *Adulti 18-69enni residenti in Italia. Passi 2021-2022*

## Le caratteristiche socio-demografiche



## Le differenze regionali

(Dati standardizzati per età)

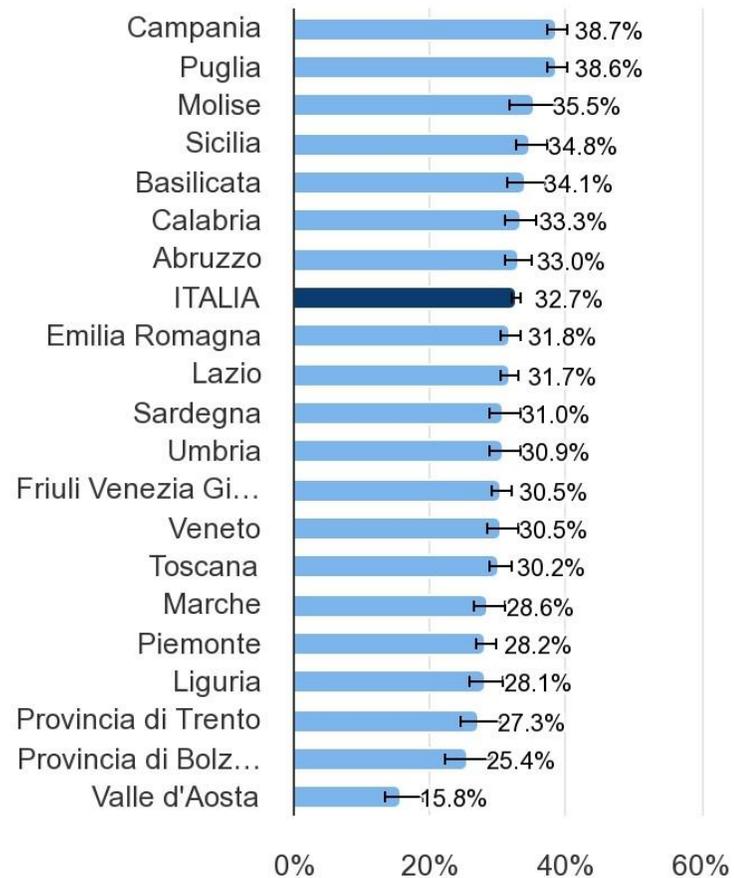


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

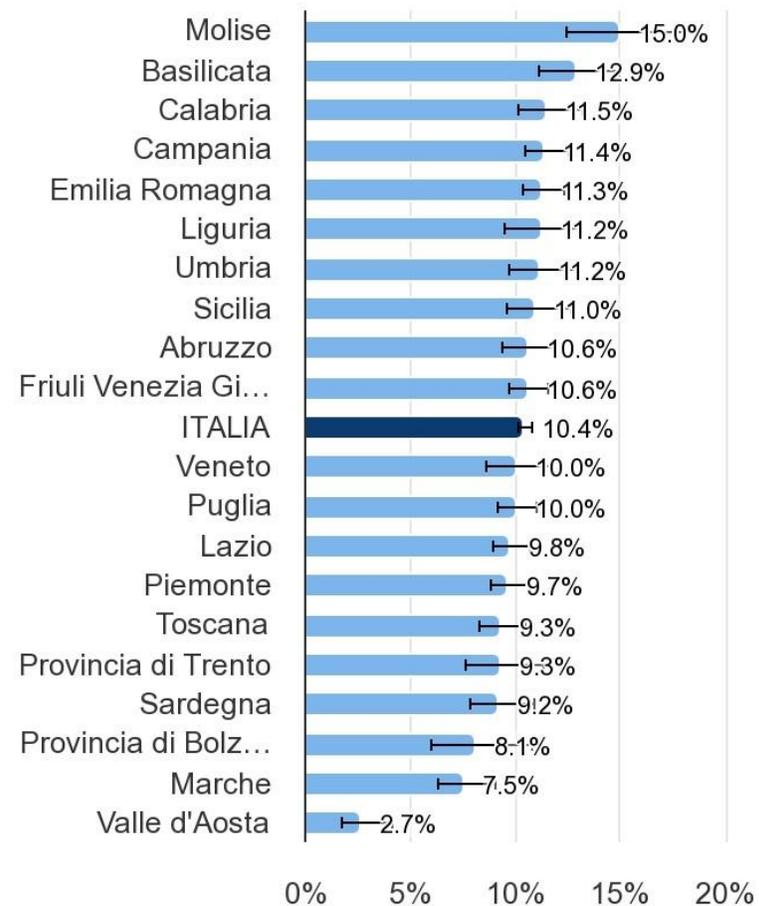
# SOVRAPPESO E OBESITÀ NELLE REGIONI ITALIANE

Adulti 18-69enni residenti in Italia. Prevalenze standardizzate per età e relativi IC95%. Passi 2021-2022

## Sovrappeso



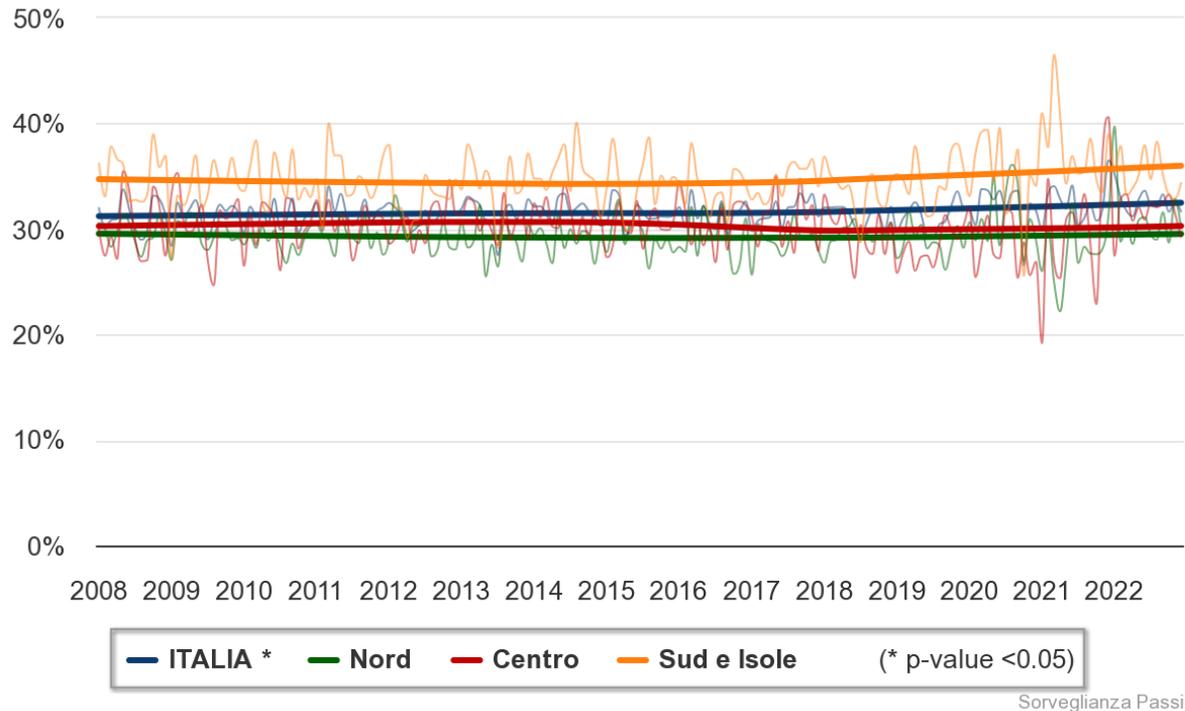
## Obesità



# Sovrappeso e obesità

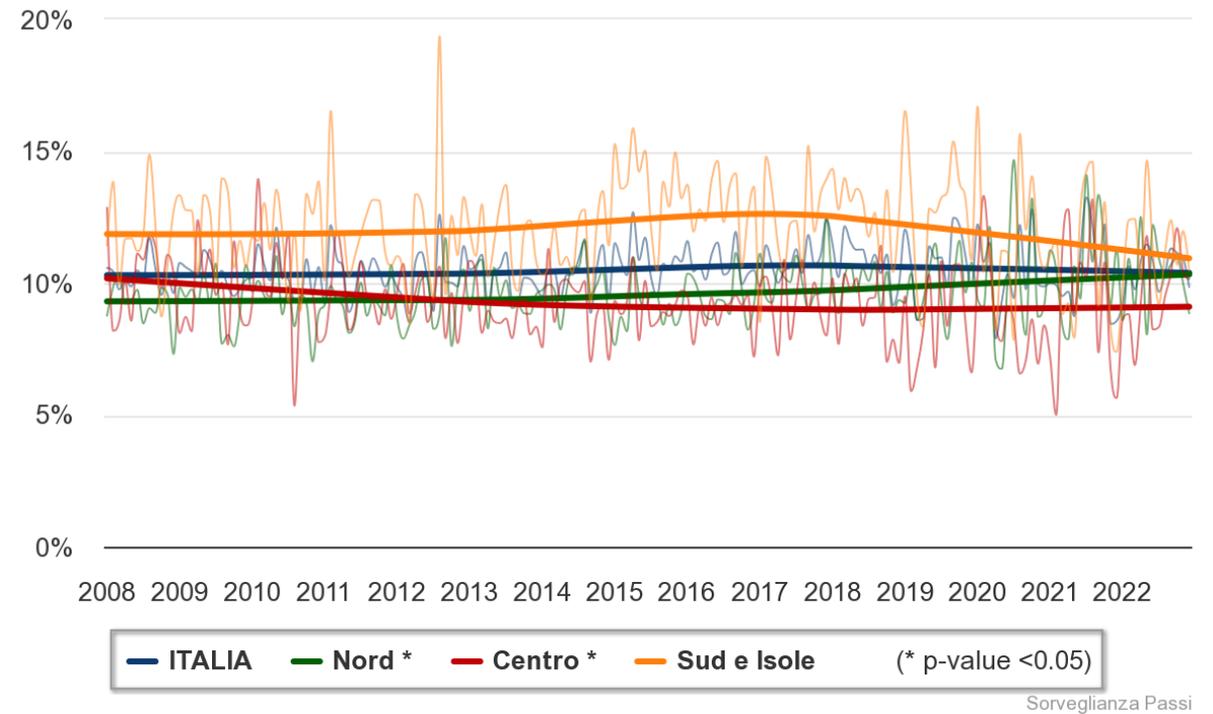
### Serie storica Sovrappeso per area geografica

Passi 2008-2022



### Serie storica Obesi per area geografica

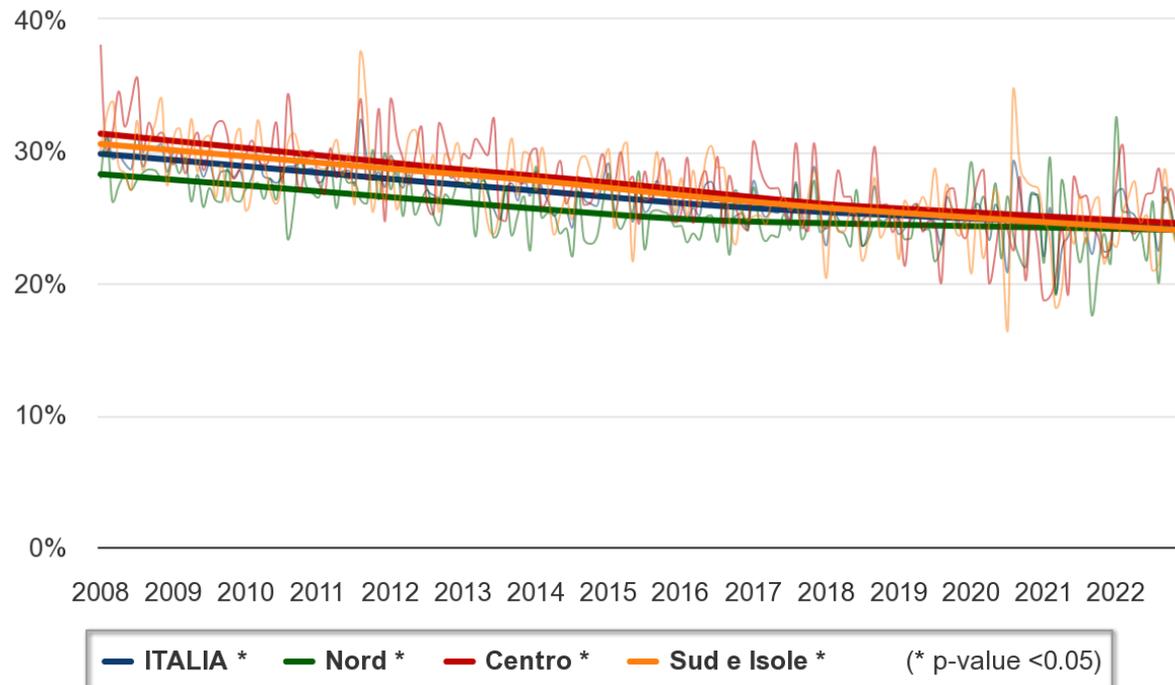
Passi 2008-2022



# Fumo di sigaretta

### Serie storica Fumatore per area geografica

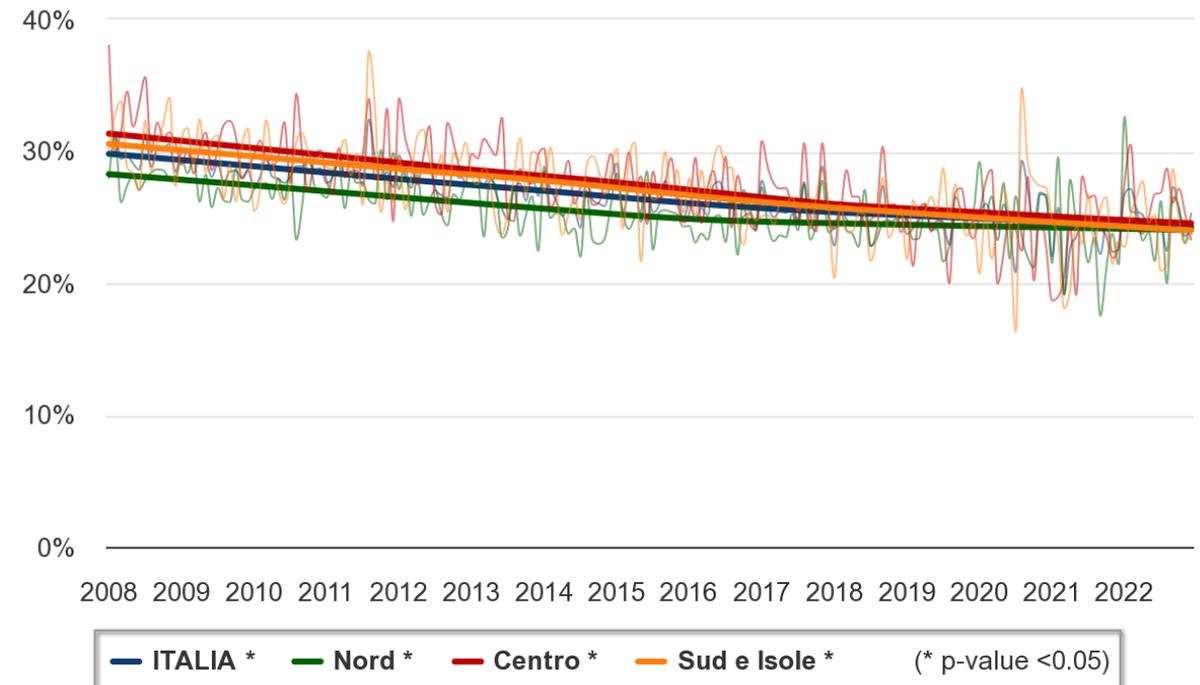
Passi 2008-2022



Sorveglianza Passi

### Serie storica Consiglio di smettere di fumare per area geografica

Passi 2008-2022

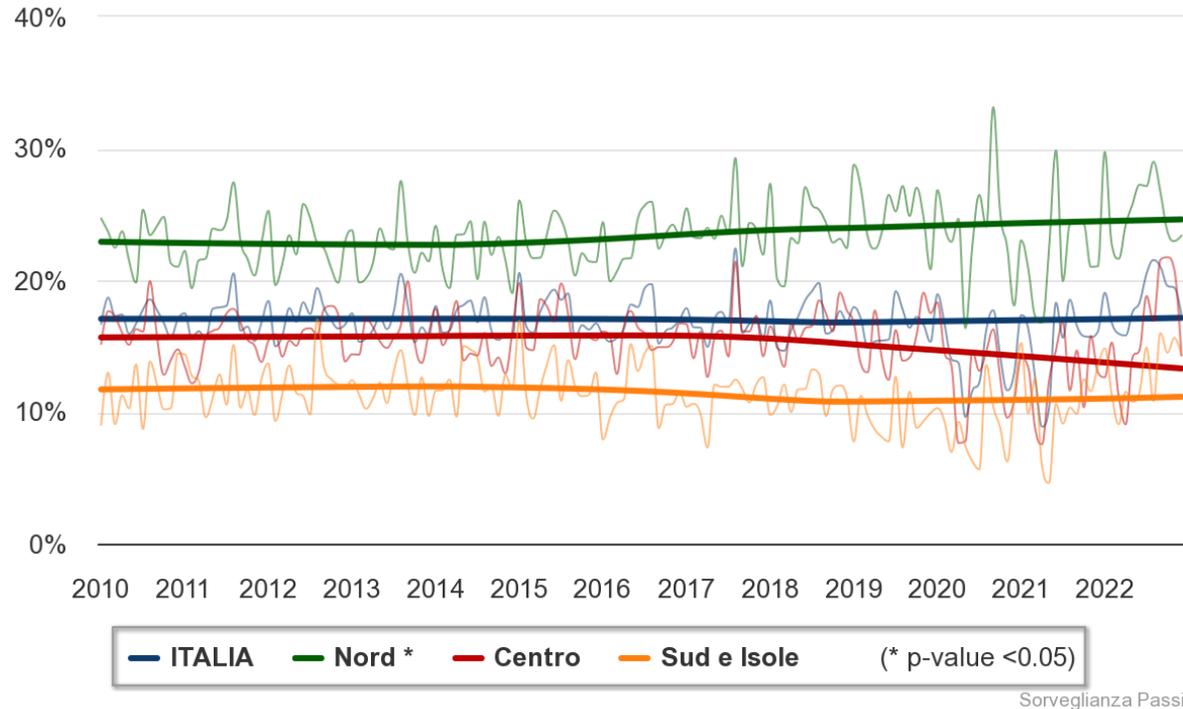


Sorveglianza Passi

# Consumo di alcool

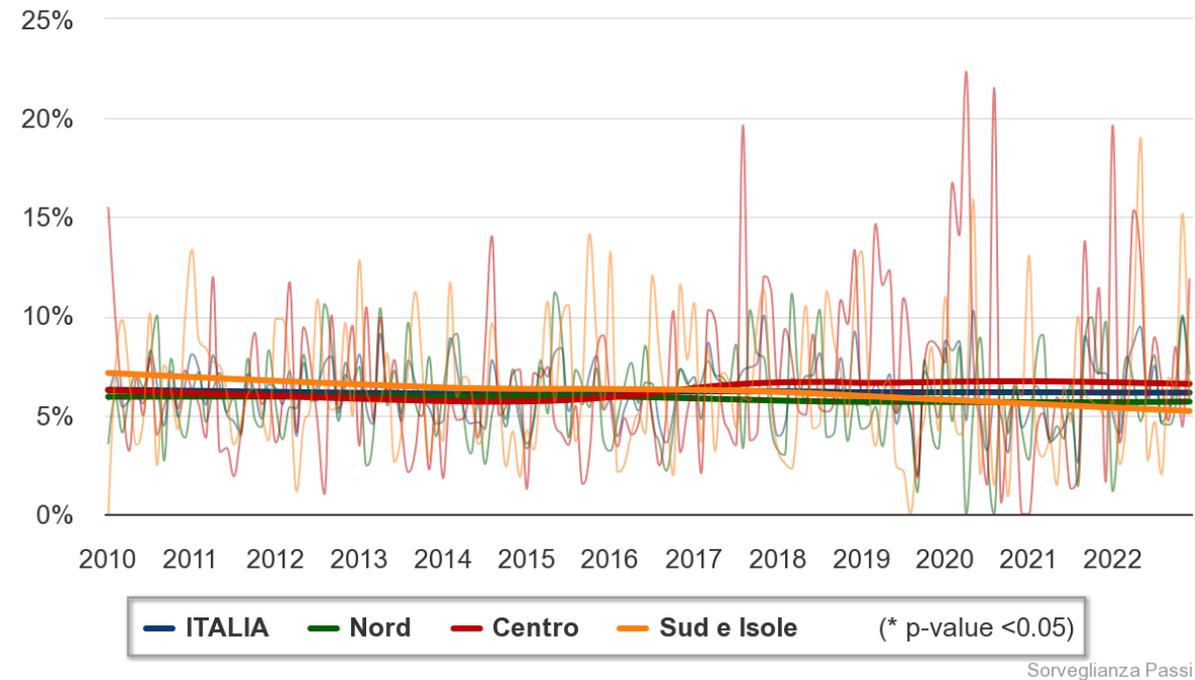
### Serie storica Consumo a maggior rischio per area geografica

Passi 2008-2022



### Serie storica Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per area geografica

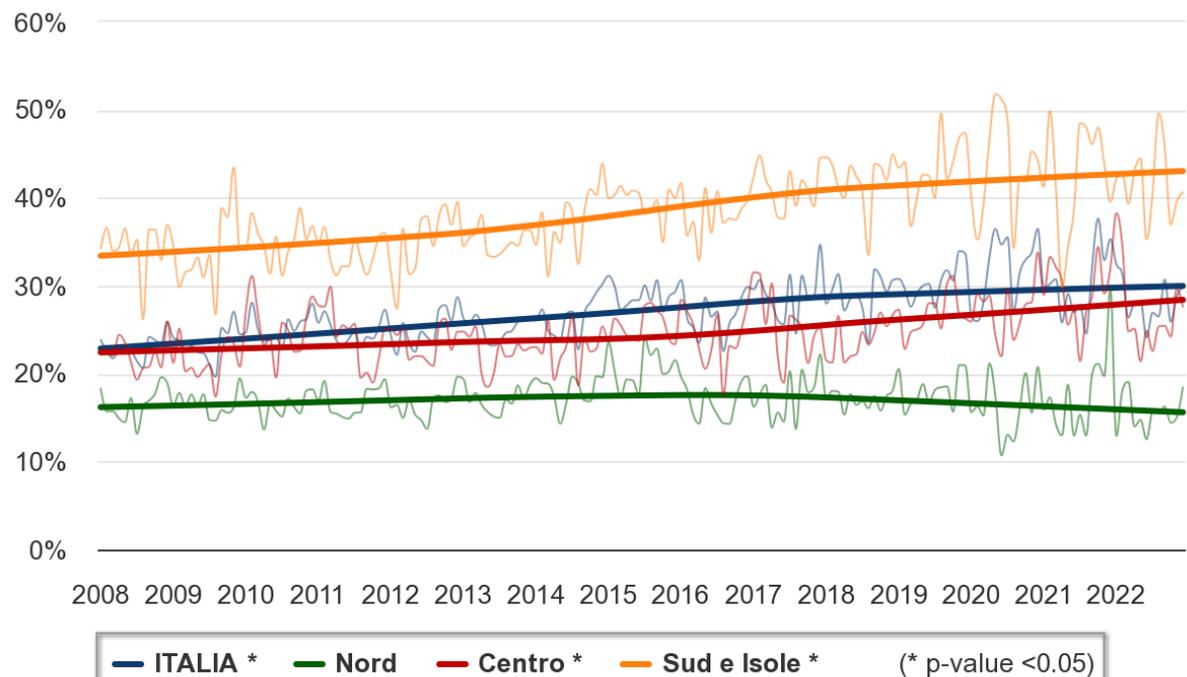
Passi 2008-2022



# Sedentarietà

### Serie storica Sedentari per area geografica

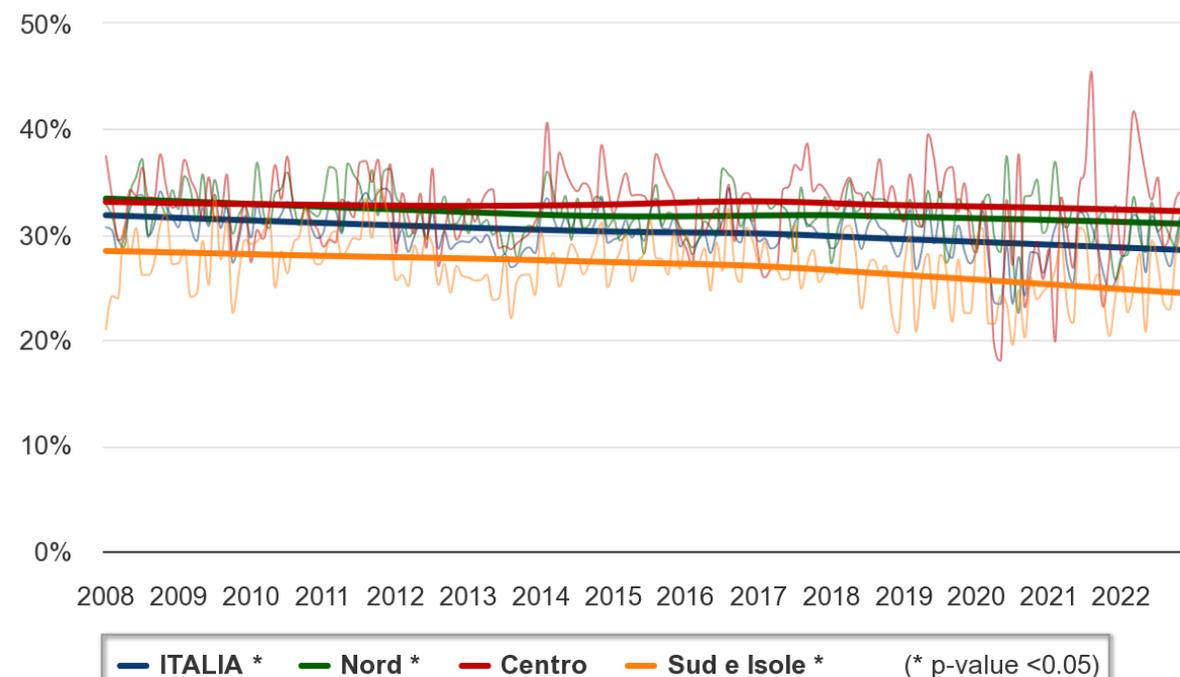
Passi 2008-2022



Sorveglianza Passi

### Serie storica Consiglio fare attività fisica per area geografica

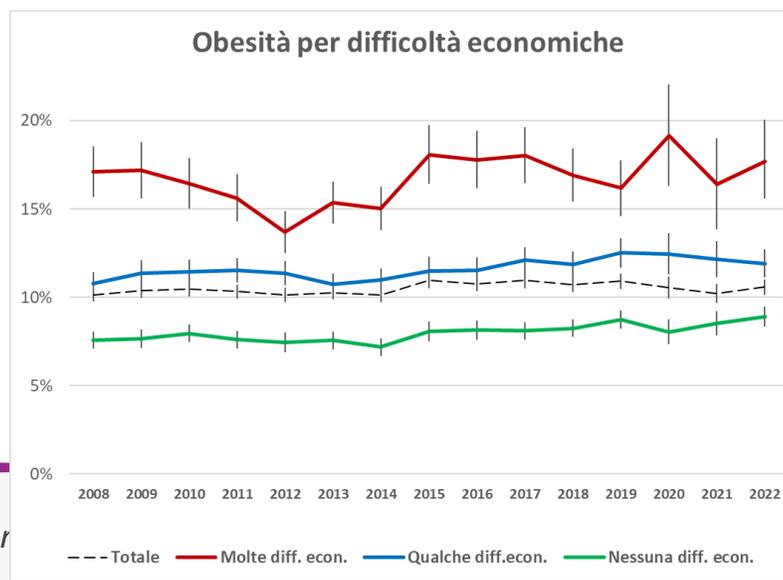
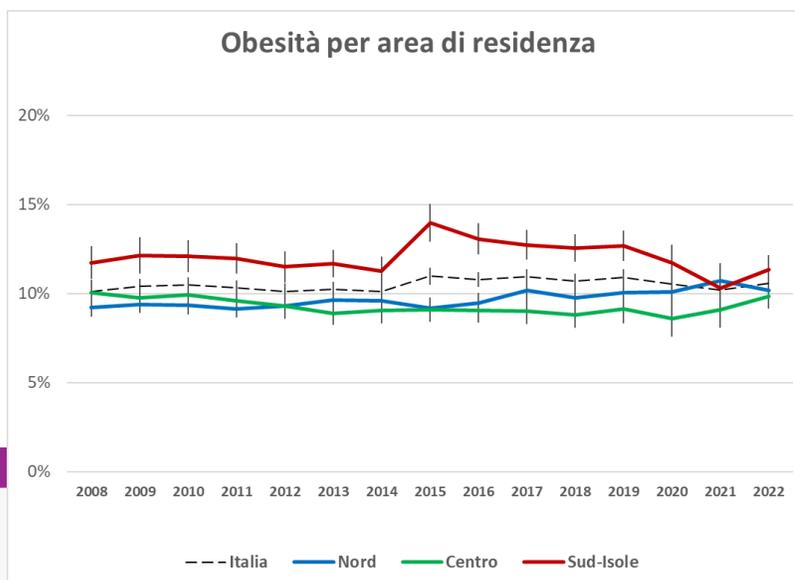
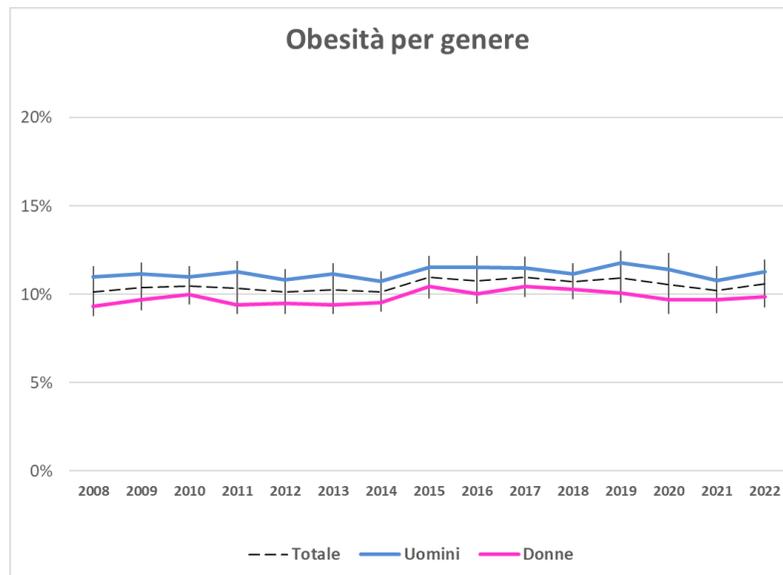
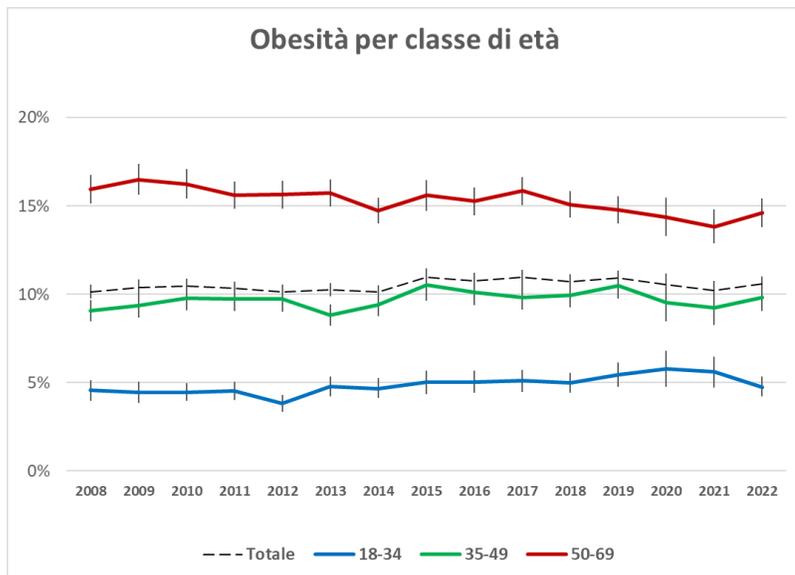
Passi 2008-2022



Sorveglianza Passi

# OBESITÀ: evoluzione temporale

**Adulti 18-69enni residenti in Italia. Prevalenze e relativi IC95%. Passi 2008-2022**



- **Gradiente sociale** resta ampio e significativo nel tempo
- **Gradiente geografico** si riduce per aumento nel Nord

# Prevenzione primaria e diagnosi precoce: stesso gap geografico

Dati standardizzati per età. *PASSI 2016-2019 (pre-pandemia)*

## SEDENTARIETA'

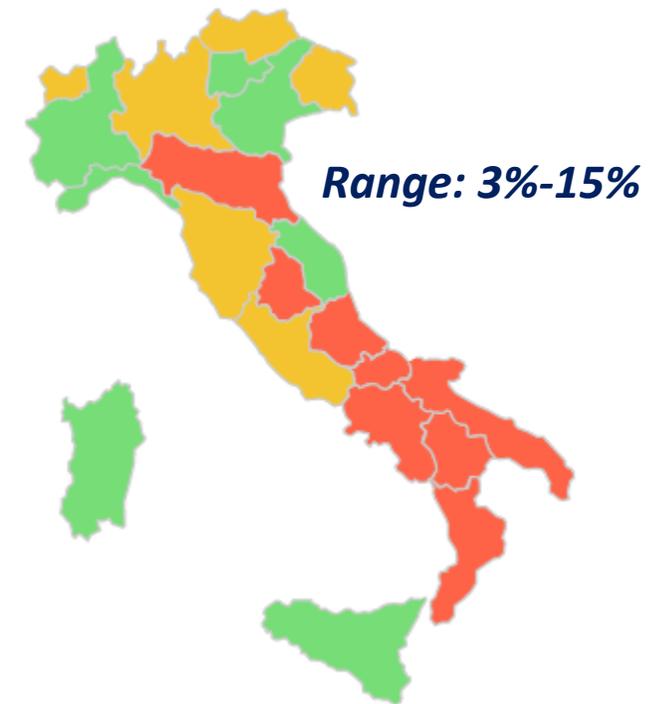
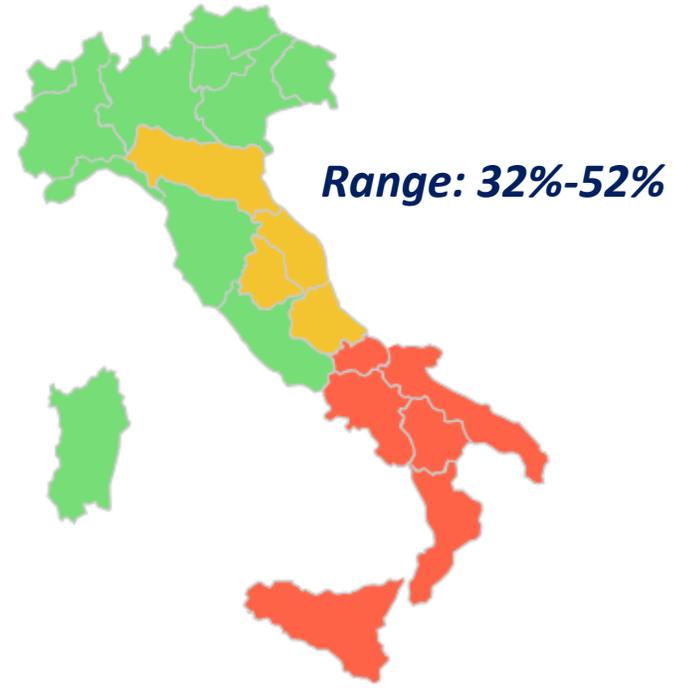
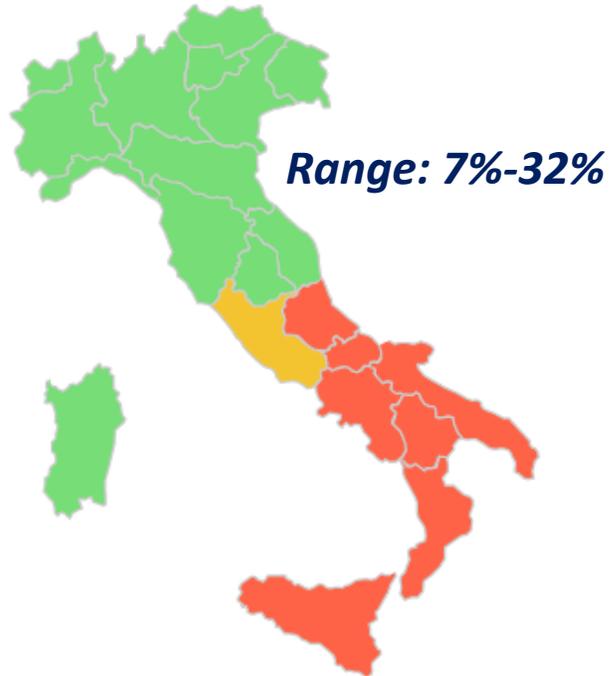
Italia: 29%

## ECCESSO PONDERALE

Italia: 42%

## Consumo di FRUTTA e VERDURA

(five a day) Italia: 10%



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

### Five a day:

quota di persone che abitualmente consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

\*\* Il dato della regione Lombardia si riferisce al 2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano

[www.iss.it/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute](http://www.iss.it/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute)



CENTRO NAZIONALE  
PREVENZIONE DELLE MALATTIE  
E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Periodo **2020-2021**

Livello **ITALIA**

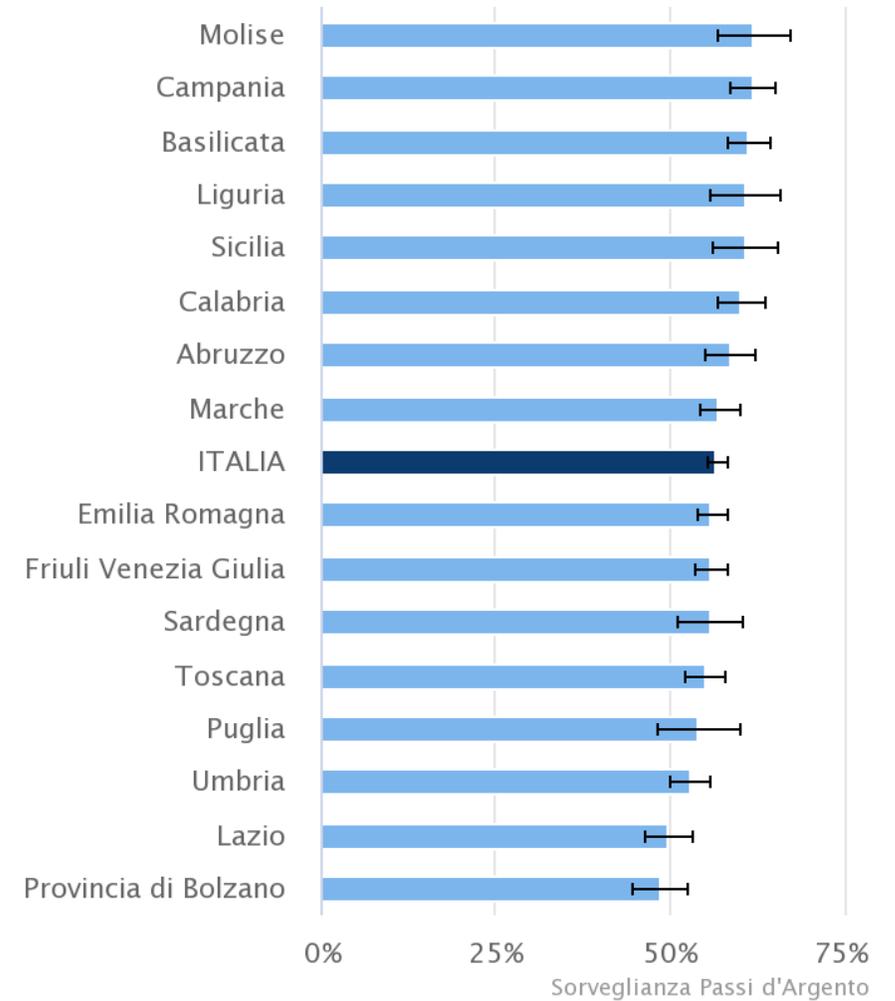
Per approfondimenti a livello regionale /aziendale rivolgersi al [coordinatore regionale](#)

### Eccesso ponderale

	Italia n = 16664		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Sottopeso	1.6	1.3	1.9
Normopeso	41.3	40.1	42.6
Sovrappeso	42.8	41.5	44.2
Obesi	14.3	13.5	15.1
Calo ponderale involontario	6.4	5.7	7.1

## Eccesso ponderale per regione di residenza

Passi d'Argento 2020-2021



### Eccesso ponderale per regione di residenza

Passi d'Argento 2020-2021



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento



[www.iss.it/centro-nazionale](http://www.iss.it/centro-nazionale)

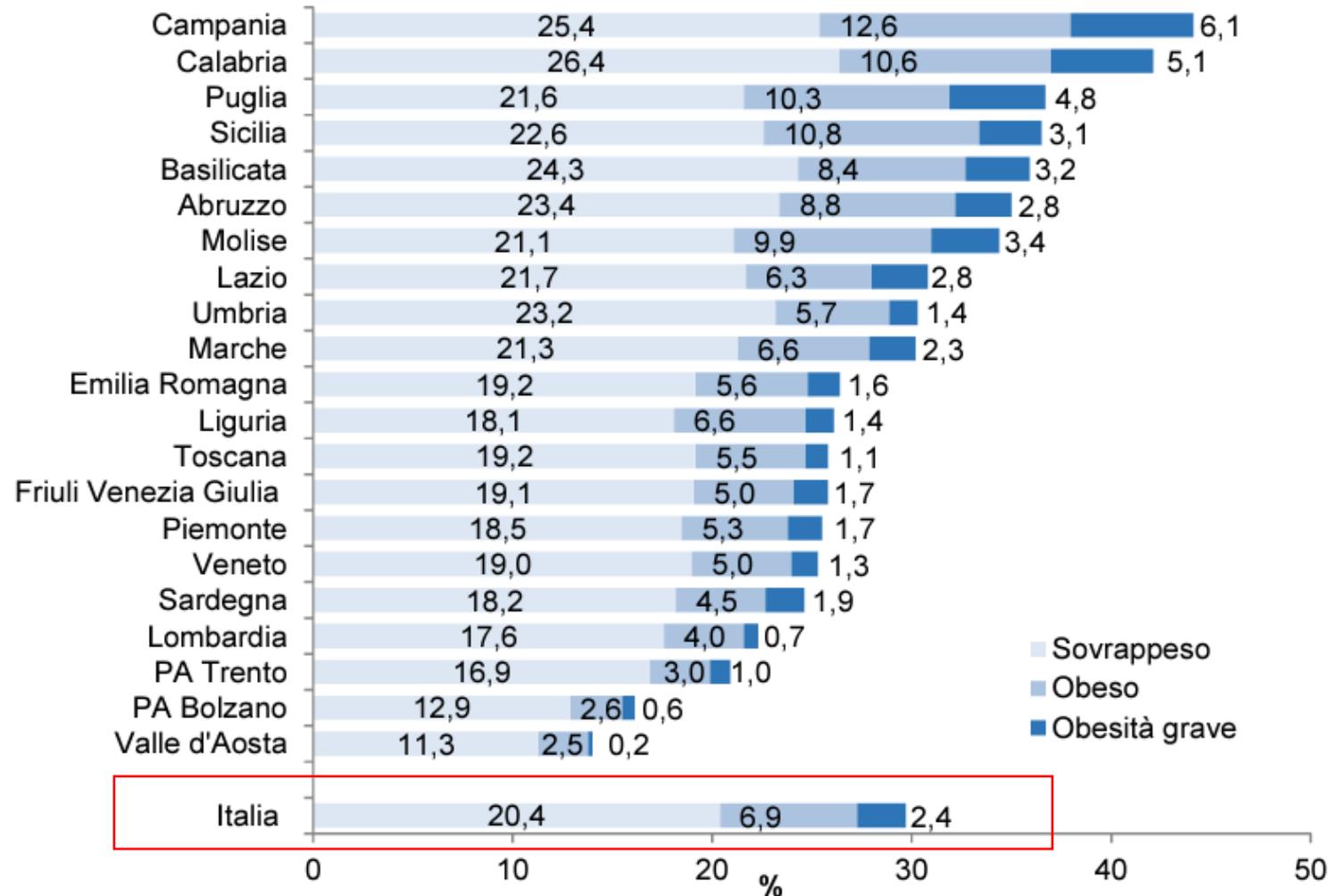
promozione-della-salute



CENTRO NAZIONALE  
PREVENZIONE DELLE MALATTIE  
E PROMOZIONE DELLA SALUTE

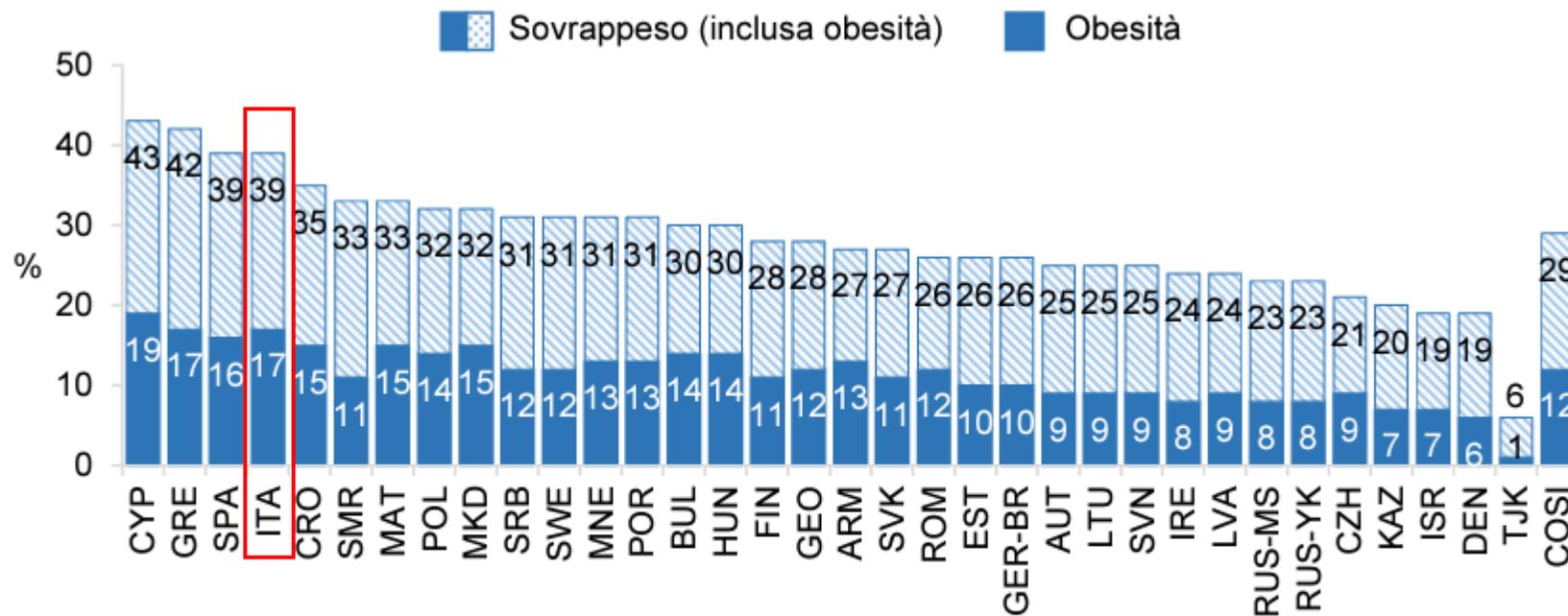


# OKkio alla SALUTE: lo stato ponderale dei bambini (IOTF cutoff) nel 2019, per Regione





# OKkio alla SALUTE: lo stato ponderale dei bambini nella rete del COSI-Childhood Obesity Surveillance Initiative 2018-2020

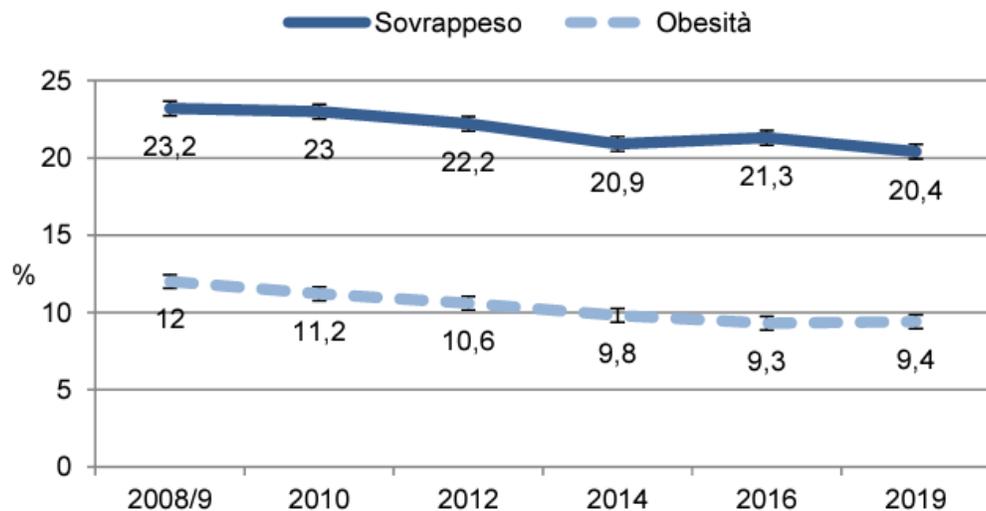


Prevalenza (%) di sovrappeso (inclusa obesità) e obesità in bambini di 7-9 anni (cut-off OMS) per Paese. COSI, 2018-2020



# OKkio alla SALUTE: il trend del sovrappeso e dell'obesità nei bambini (2008/9-2019), cutoff IOTF

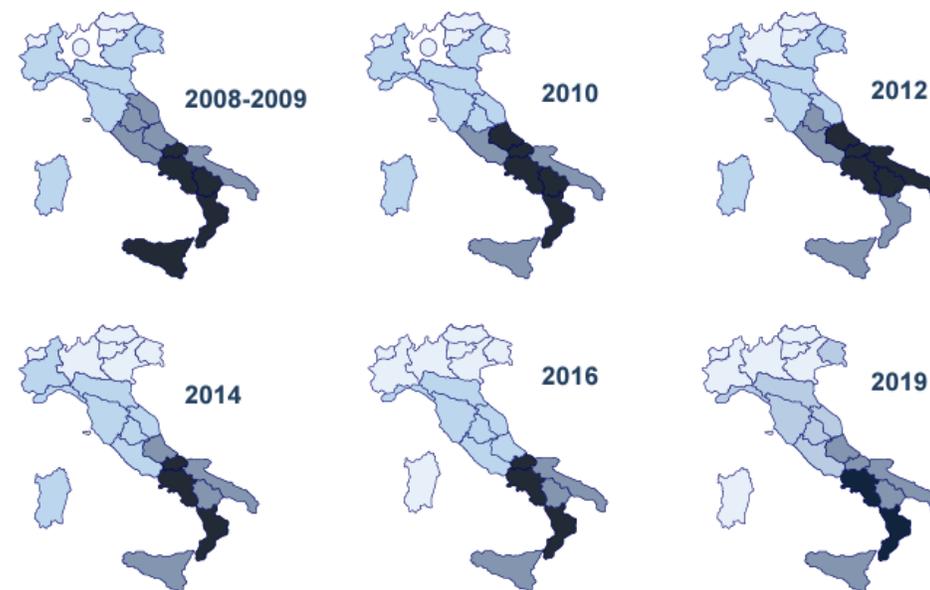
Eccesso ponderale in diminuzione dal 2008/9; dal 2010 fase di plateau



Negli anni permane il problema nelle regioni del Centro-Sud

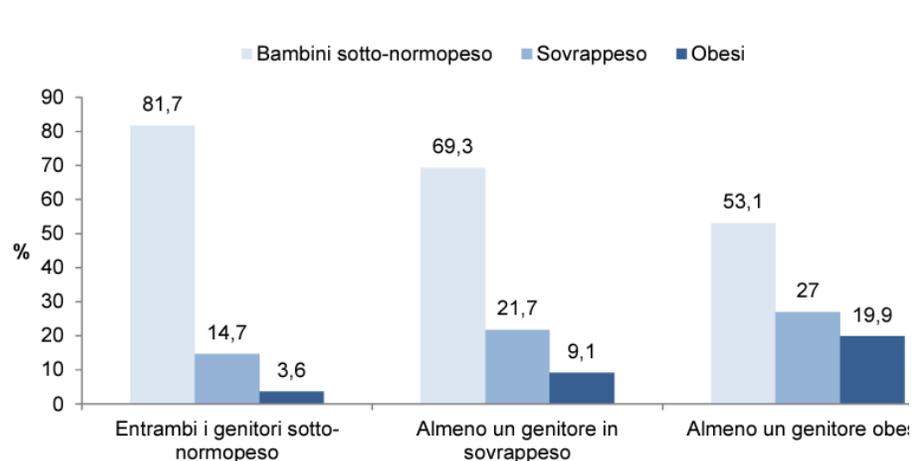
Sovrappeso + obesità

- ≤25%
- >25% e <33%
- ≥33% e <40%
- ≥40%

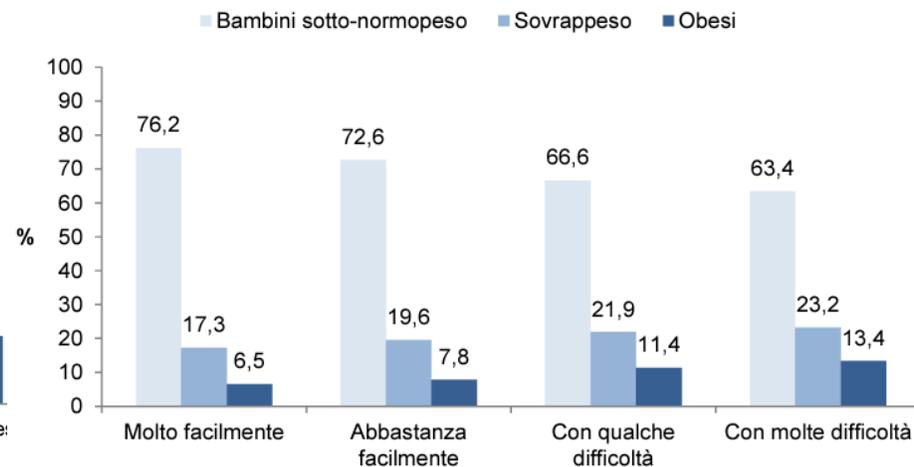




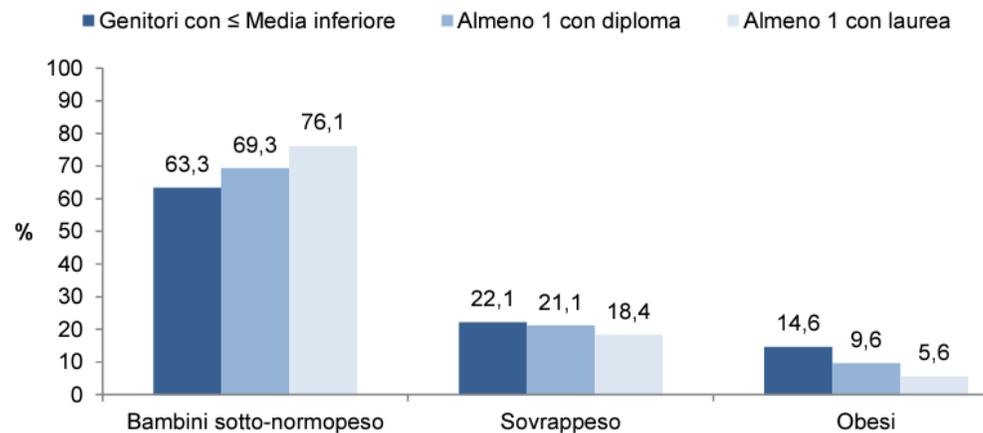
# OKkio alla SALUTE: lo stato ponderale dei bambini e le caratteristiche dei genitori



Stato ponderale (%) dei bambini rispetto a quello dei genitori.  
OKkio alla SALUTE, Italia 2019



Stato ponderale (%) dei bambini rispetto alla situazione economica familiare (difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione). OKkio alla SALUTE, Italia 2019

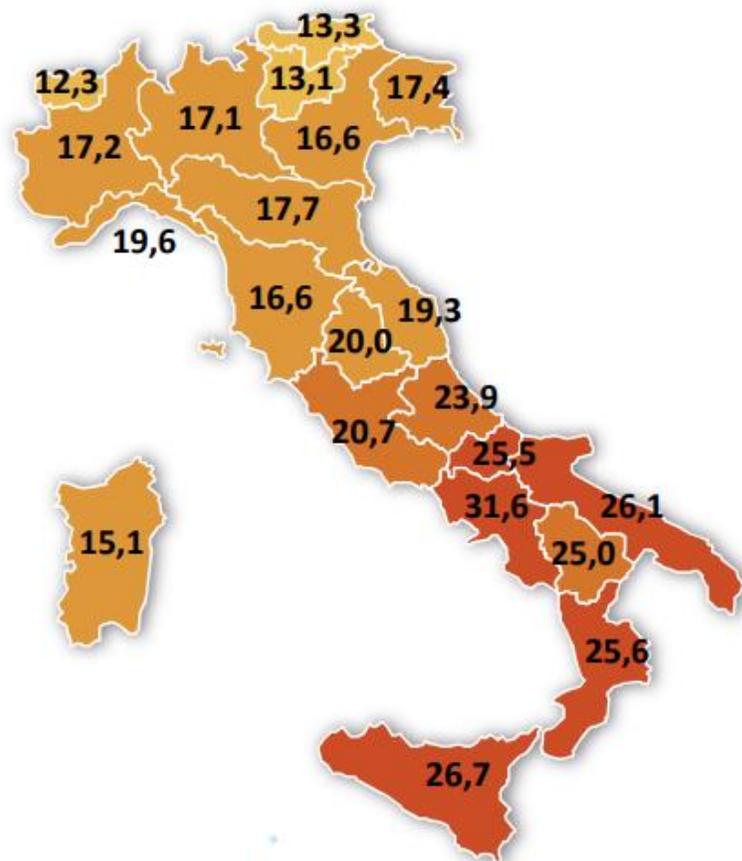


Stato ponderale (%) dei bambini rispetto al titolo di studio dei genitori.  
OKkio alla SALUTE, Italia 2019

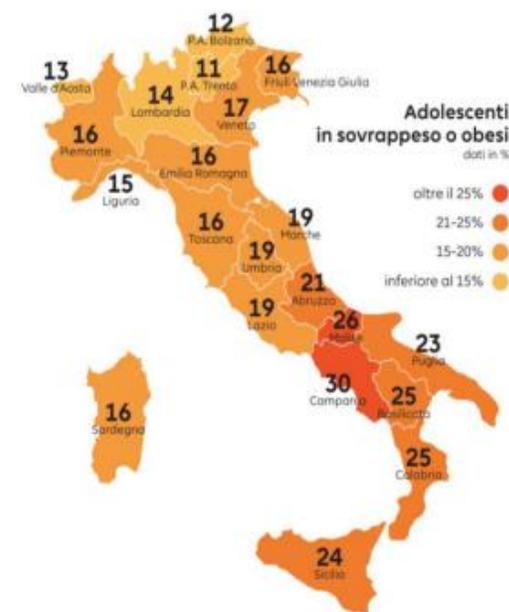
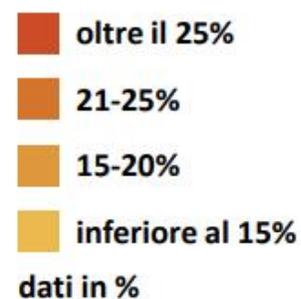


# HBSC 2022: sistema di sorveglianza nazionale sugli stili di vita degli adolescenti di 11,13 e 15 anni

Italia con tutte regioni sovrappeso complessivo tutte età insieme



## Stato ponderale



Adolescenti in sovrappeso o obesi  
dati in %

- oltre il 25%
- 21-25%
- 15-20%
- inferiore al 15%



### Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)

per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2019



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

### Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)

per regione di residenza

Passi d'Argento 2020-2021



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

### Cronicità

	Italia n = 17968		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche *	40.6	39.3	41.9
Persone con almeno 1 patologie cronica *	59.4	58.1	60.7
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *	24.5	23.4	25.6

\* Le patologie indagate sono le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale

### Indicatori - Passi d'Argento 2020-2021

	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologie cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *
Abruzzo	41.3	58.7	24.4
Basilicata	52.1	48.0	14.8
Calabria	39.7	60.3	24.8
Campania	31.8	68.2	32.1
Emilia Romagna	41.3	58.7	23.5
Friuli Venezia Giulia	43.4	56.6	22.8
Lazio	37.0	63.1	24.7
Liguria	47.0	53.0	22.8
Lombardia			
Marche	36.4	63.6	27.3
Molise	44.5	55.5	20.0
Piemonte			
Provincia di Bolzano	45.7	54.3	18.5
Provincia di Trento			
Puglia	41.2	58.8	27.2
Sardegna	36.2	63.8	25.5
Sicilia	40.4	59.6	25.5
Toscana	52.5	47.5	14.4
Umbria	39.5	60.5	25.8
Valle d'Aosta			
Veneto			
<b>Italia</b>	<b>40.6</b>	<b>59.4</b>	<b>24.5</b>

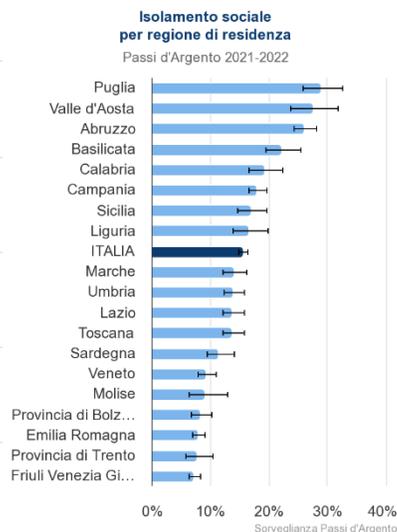
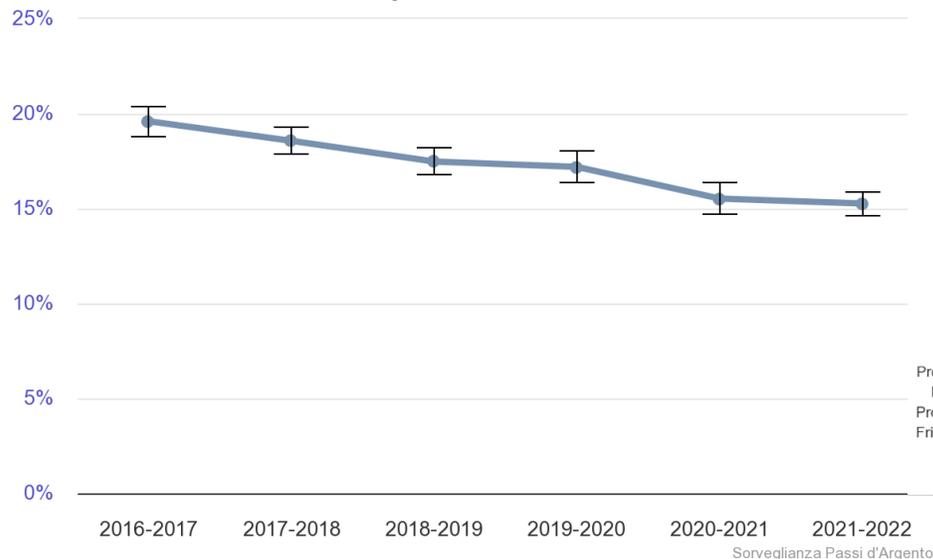
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

\* Le patologie indagate sono le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale



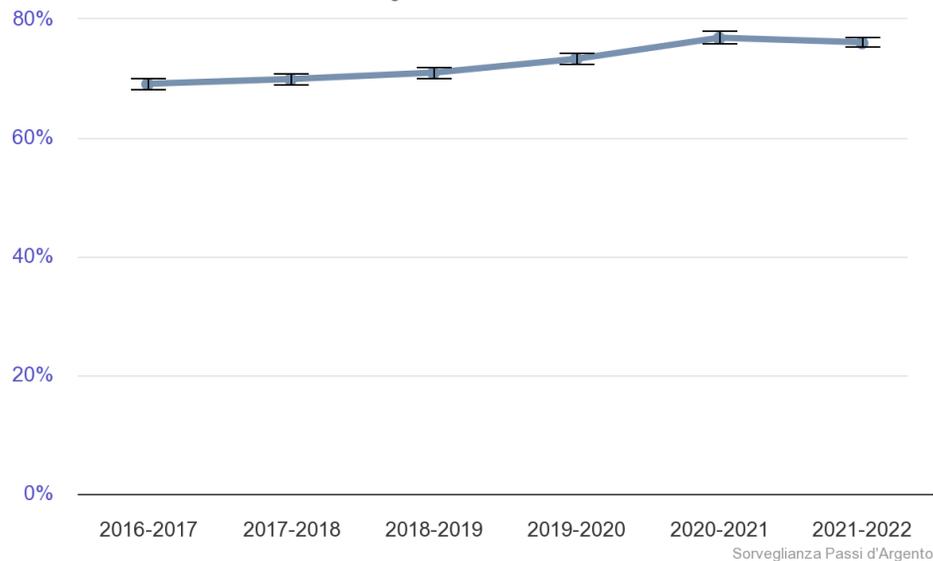
### Trend annuale Isolamento sociale ITALIA

Passi d'Argento 2016-2017 - 2021-2022



### Trend annuale Impossibilità di partecipare ad attività sociali ITALIA

Passi d'Argento 2016-2017 - 2021-2022



### Isolamento sociale

L'isolamento sociale può incidere notevolmente sulla qualità della vita e oltre a condizionare gli aspetti della vita di relazione, può compromettere le attività quotidiane e il soddisfacimento delle principali necessità. Per stimare il rischio di isolamento sociale fra le persone ultra 65enni, la sorveglianza PASSI d'Argento fa riferimento sia alla frequentazione di punti di incontro e aggregazione (come il centro anziani, la parrocchia, i circoli o le associazioni culturali o politiche) che il solo fare quattro chiacchiere con altre persone e si considera rischio di isolamento sociale la persona che in una settimana normale non ha svolto nessuna di queste attività.

continua a leggere...

### Indicatori - Passi d'Argento 2021-2022

	Isolamento sociale	Impossibilità a conversare con qualcuno	Impossibilità di partecipare ad attività sociali
Abruzzo	25.9	26.3	83.3
Basilicata	22.6	24.2	78.1
Calabria	19.6	20.1	78.1
Campania	17.1	18.0	68.1
Emilia Romagna	8.2	8.6	80.9
Friuli Venezia Giulia	7.7	8.0	81.2
Lazio	14.0	15.6	73.4
Liguria	17.9	18.3	74.6
Lombardia			
Marche	14.5	15.0	88.7
Molise	8.0	10.0	71.4
Piemonte			
Provincia di Bolzano	8.3	9.3	72.0
Provincia di Trento	8.4	9.2	75.0
Puglia	23.8	24.1	78.5
Sardegna	11.1	11.2	75.4
Sicilia	16.9	18.3	70.7
Toscana	14.0	14.5	84.0
Umbria	15.3	16.1	77.4
Valle d'Aosta	28.6	32.9	75.3
Veneto	9.2	10.8	73.8
<b>Italia</b>	<b>15.3</b>	<b>16.1</b>	<b>76.1</b>

● peggiore del valore nazionale    ● simile al valore nazionale    ● migliore del valore nazionale

## Sedentario per regione di residenza

Passi d'Argento 2021-2022

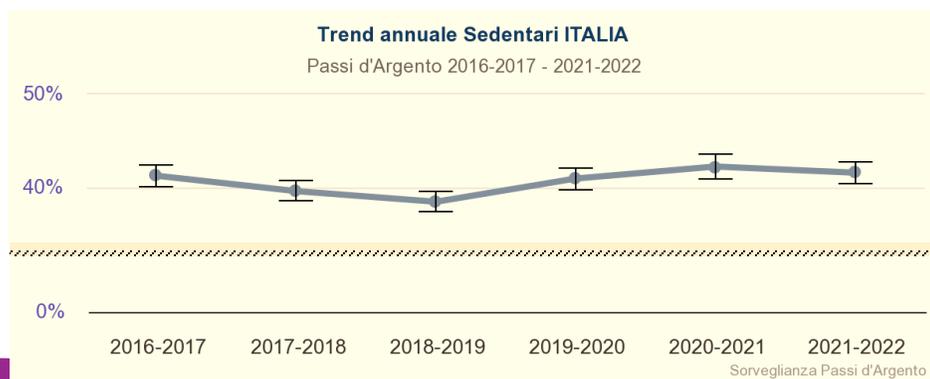
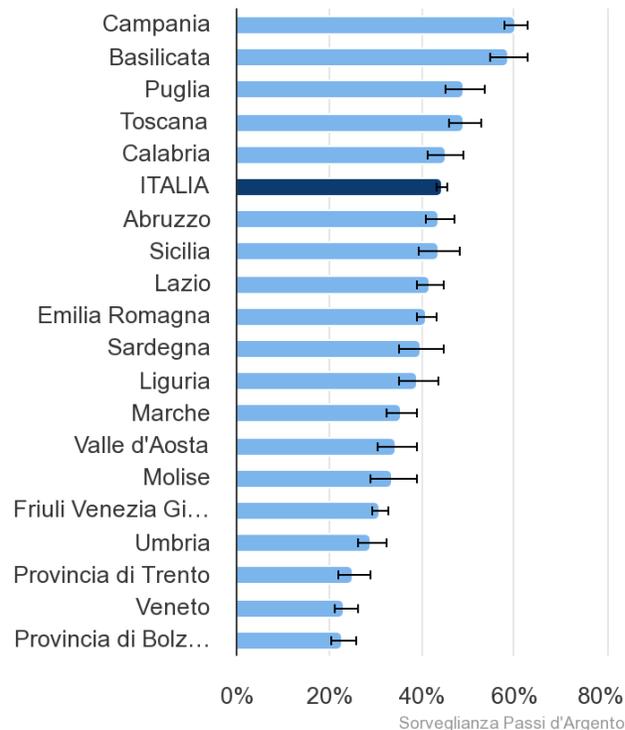


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

## Sedentario per regione di residenza

Passi d'Argento 2021-2022



## Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS e il PASE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomandava prima del 2020 ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità, in sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Oggi le più recenti raccomandazioni non considerano il limite minimo dei 10 minuti consecutivi e il movimento fisico è considerato utile per la salute anche se praticato per brevi sessioni, con l'obiettivo di contrastare la completa sedentarietà.

continua a leggere...

### Indicatori - PASSI 2021-2022

	Attivo *	Parzialmente attivo *	Sedentario *	Consiglio fare attività fisica
Abruzzo	40.6	18.9	40.5	20.4
Basilicata	24.5	19.0	56.6	23.2
Calabria	36.4	20.1	43.5	35.9
Campania	21.1	20.6	58.3	20.5
Emilia Romagna	37.2	23.2	39.7	29.8
Friuli Venezia Giulia	43.1	27.4	29.5	33.4
Lazio	40.1	20.6	39.4	32.5
Liguria	35.8	25.4	38.8	26.1
Lombardia				
Marche	39.5	27.2	33.3	51.1
Molise	43.9	23.4	32.8	19.7
Piemonte				
Provincia di Bolzano	56.5	21.4	22.1	18.6
Provincia di Trento	56.1	20.9	23.0	32.8
Puglia	31.3	17.7	51.1	15.1
Sardegna	41.4	23.5	35.1	38.5
Sicilia	30.1	29.2	40.7	31.9
Toscana	28.8	23.4	47.8	16.9
Umbria	49.1	22.8	28.1	32.7
Valle d'Aosta	45.4	20.2	34.5	6.7
Veneto	58.8	20.3	20.9	30.6
<b>Italia</b>	<b>35.8</b>	<b>22.6</b>	<b>41.6</b>	<b>27.8</b>

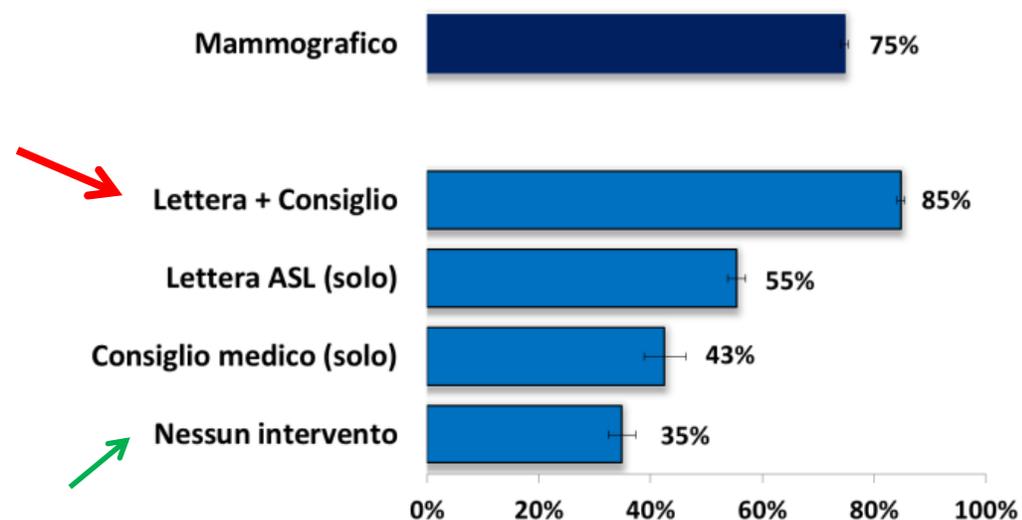
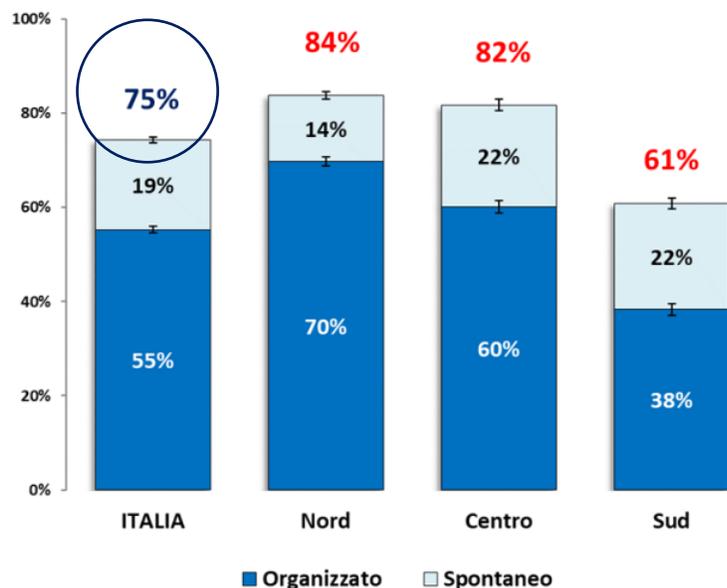
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

\* indicatore stimato sul 72% del campione definito eleggibile al PASE (autonomi nella deambulazione e in grado di sostenere l'intervista senza ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia).



# COPERTURA TOTALE: Screening organizzato vs spontaneo ed efficacia delle modalità di promozione *PASSI 2016-2019 (pre-pandemia)*

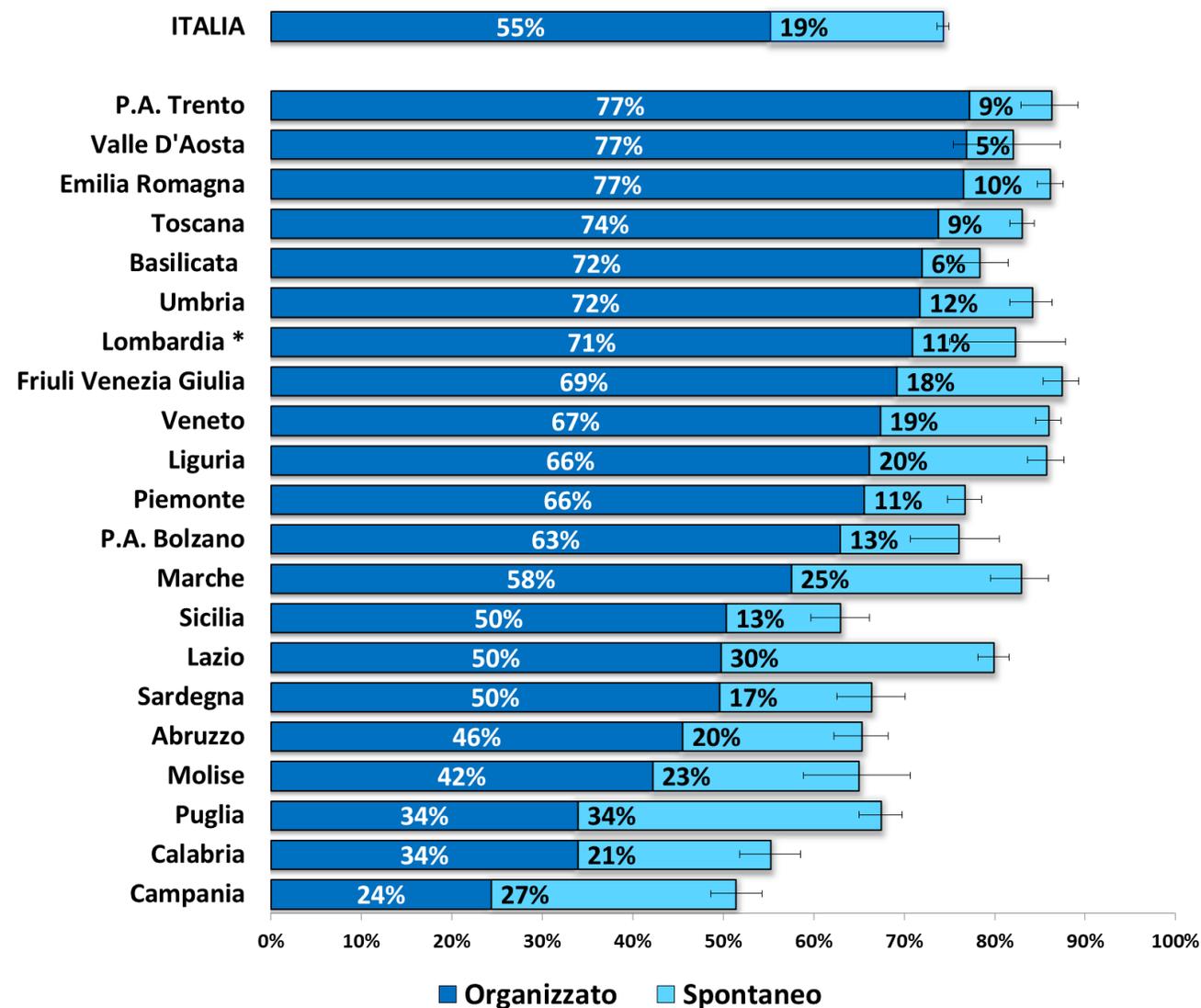
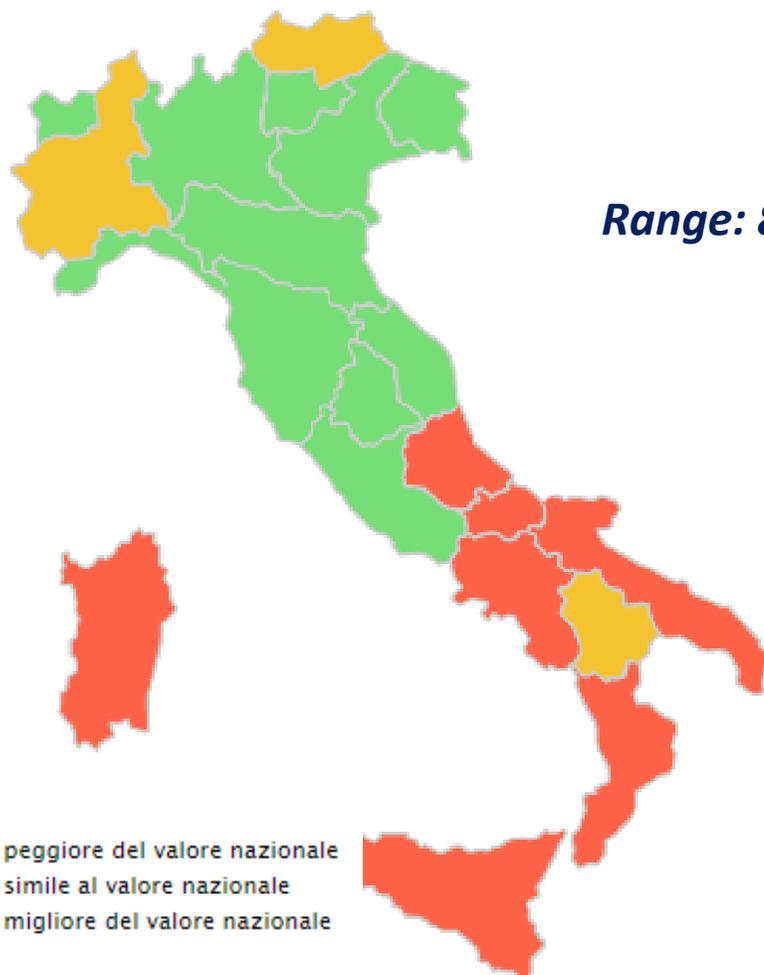
## MAMMOGRAFICO Donne 50-69 anni



# Le differenze regionali. Dati standardizzati per età. PASSI 2016-2019

## MAMMOGRAFICO

Donne 50-69 anni



\*\* Il dato della regione Lombardia si riferisce al 2016 su una copertura parziale del territorio regionale che comprende la ASL della città di Milano



[www.iss.it/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute](http://www.iss.it/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute)



CENTRO NAZIONALE  
PREVENZIONE DELLE MALATTIE  
E PROMOZIONE DELLA SALUTE

# PROGRESSI nel tempo: Screening organizzato vs spontaneo

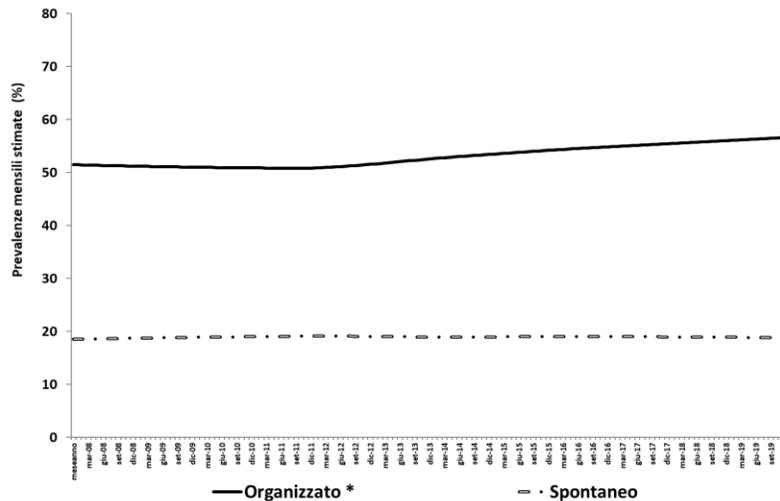
## PASSI 2016-2019 (pre-pandemia)

### MAMMOGRAFICO

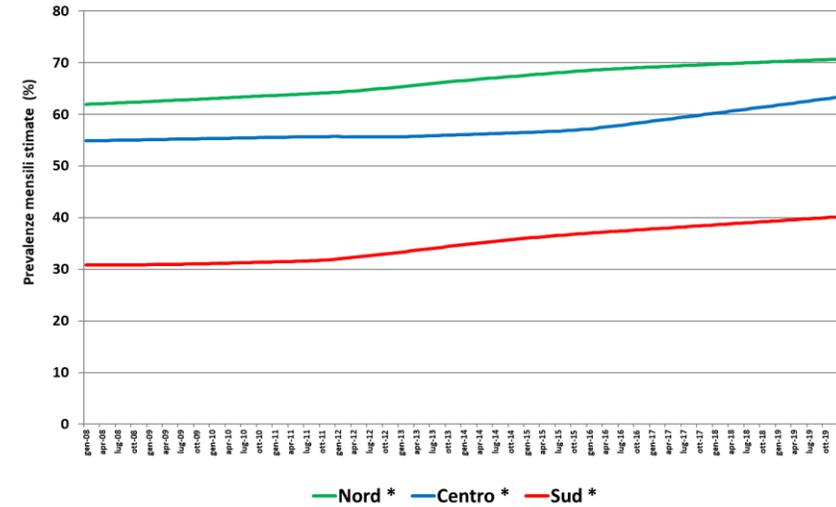
#### Donne 50-69 anni

Copertura totale 2019: **75%**

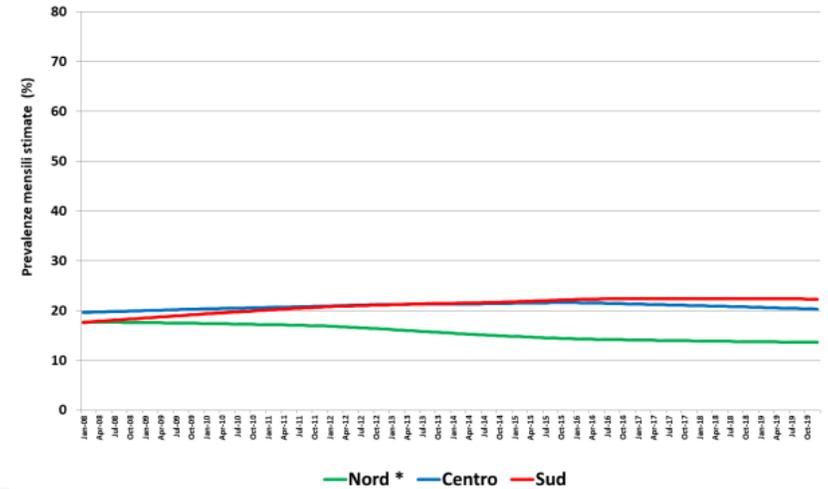
Mammografico - Italia



Mammografico - Organizzato



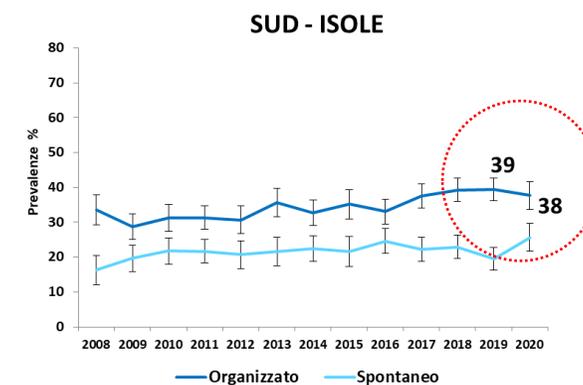
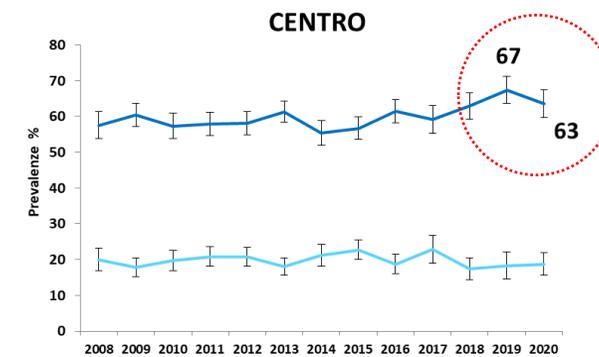
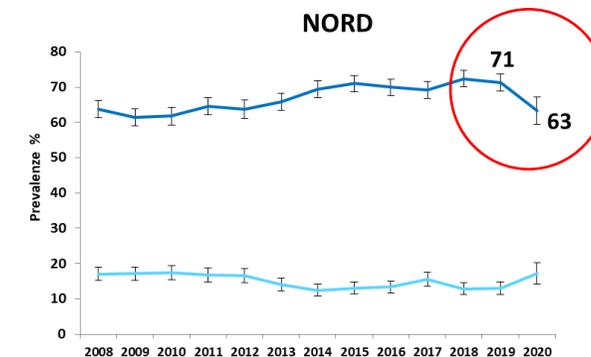
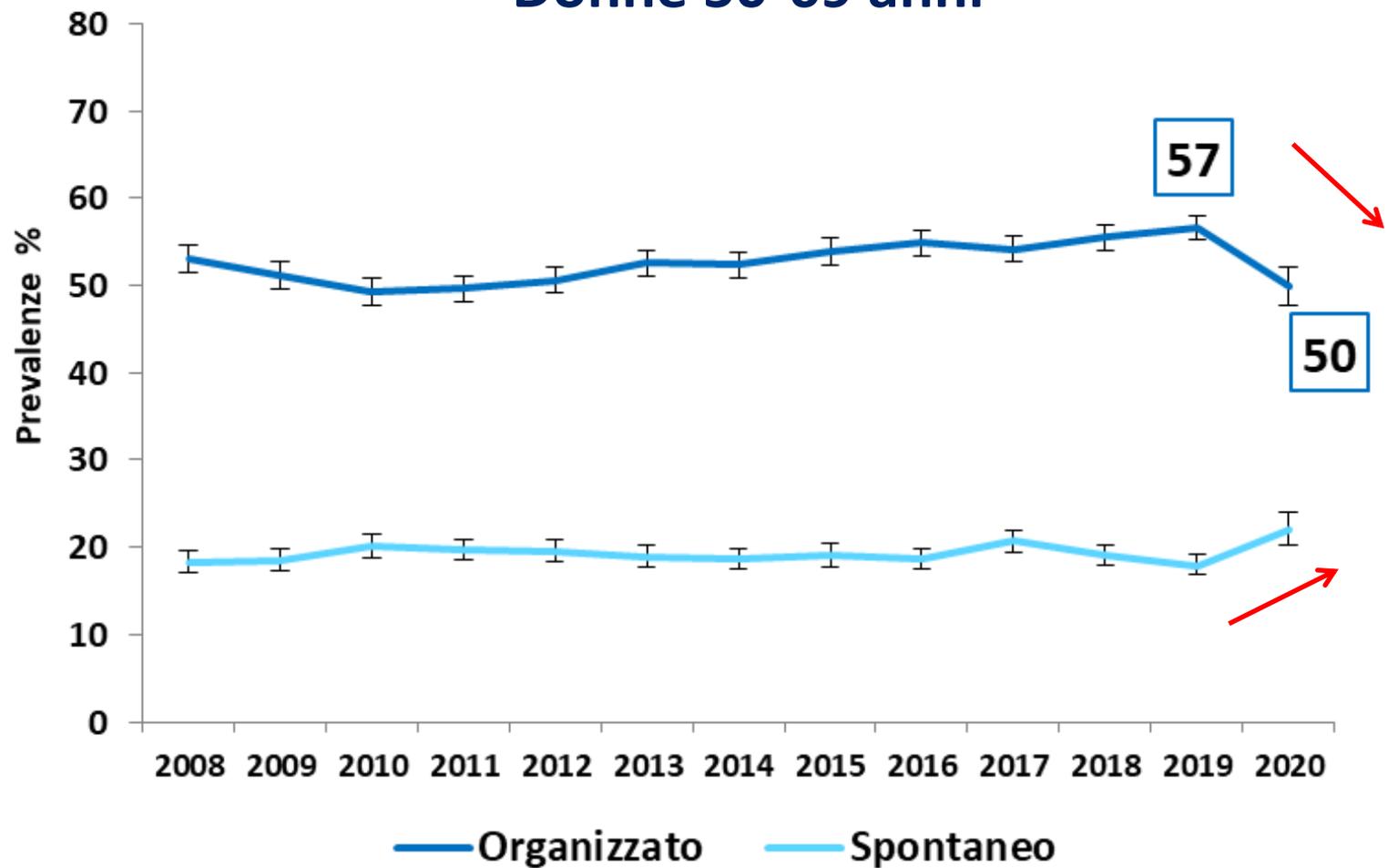
Mammografico - Spontaneo



# Gli screening oncologici durante la pandemia

PASSI 2008-2020

## MAMMOGRAFICO Donne 50-69 anni



## Post di Muir Gray

13/12/23



**Muir Gray**

Professor Sir Muir Gray. Physician who has held senior positions in screening, public health, infor...  
23 ore · Modificato

Variable comments on my recent HSJ article and BMJ letters, but i am clear about the future - we need population based healthcare to increase value and decrease waste... and we need to use those very clever people, the analysts, to disturb the peace.

Here are our 5 commandments for analysts - as well as doing the day job and reporting on your institution please also:

- Use a common taxonomy for population segmentation
- Hunt for the inverse care law to reduce inequity
- Compare total resource use
- Use population-based variation to create discomfort and curiosity in equal measure
- Report on health and well-being outcomes, or where unavailable, report on their absence

94 · 8 commenti

### THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

*Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales*

**Summary** The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

#### Interpreting the Evidence

THE existence of large social and geographical inequalities in mortality and morbidity in Britain is known, and not all of them are diminishing. Between 1934 and 1968, weighted mean standardised mortality from all causes in the Glamorgan and Monmouthshire valleys rose from 128% of England and Wales rates to 131%. Their weighted mean infant mortality rose from 115% of England and Wales rates to 124% between 1921 and 1968.<sup>1</sup> The Registrar General's

© 1971 Published by Elsevier Ltd. Creative Commons Attribution—NonCommercial—NoDerivs (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://www.epicentro.iss.it/>

# *Grazie per l'attenzione !*

