

PREVENZIONE E FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE IN ITALIA E IN EUROPA | ANNO 2019

Livelli di prevenzione in Italia superiori alla media europea ma ancora bassi al Sud

Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di prevenzione per la popolazione adulta in Italia risultavano in miglioramento.

Il 70,9% delle 50-69enni ha fatto un controllo mammografico negli ultimi due anni (65,9% la media Ue27): al Nord quote elevate simili a quelle della Danimarca, al Sud e nelle Isole valori bassi, poco sopra quelli dei paesi dell'Europa dell'Est.

Tra i vari fattori di rischio, nell'Ue27 l'Italia conferma livelli molto bassi di obesità e una percentuale minore di fumatori abituali.

Ancora troppo contenuta la quota di adulti che svolgono attività fisica secondo i livelli raccomandati dall'Oms per migliorare le condizioni di salute.

36,3%

Quota di 50-69enni che hanno fatto almeno un controllo negli ultimi due anni per il cancro al colon-retto

52,6% nel Nord-est, 19,6% al Sud.

64,0%

Percentuale di ragazzi di 5-17 anni che eccedono in abitudini sedentarie (per sette ore o più al giorno)

2,4mln

Le persone di 15 anni e più che consumano ogni giorno bevande zuccherate

5,5% del totale,
9,1% la media Ue27.

www.istat.it

UFFICIO STAMPA
tel. +39 06 4673.2243/44
ufficiostampa@istat.it

CONTACT CENTRE
tel. +39 06 4673.3102
contact.istat.it



Prima della pandemia, Italia sopra la media Ue27 per gli screening raccomandati

La pandemia da Covid-19 ha messo sotto pressione i servizi sanitari, saturato l'offerta e comportato la rimodulazione delle prestazioni sanitarie differibili. Anche gli *screening* e i controlli, in assenza di gravi problemi di salute, hanno subito un rallentamentoⁱ. L'Indagine europea sulla salute (EHIS)ⁱⁱ, condotta nel 2019, fotografa la situazione della prevenzione primaria e secondaria prima dello "shock" pandemico, evidenziando i progressi conseguiti e le carenze ancora da colmare. L'Indagine documenta anche il confronto con gli altri paesi europei per gli indicatori già pubblicati da Eurostat.

Gli *screening* per la diagnosi precoce dei tumori femminili, eseguiti con regolarità, hanno consentito, insieme ai progressi nella cura, di ridurre gli esiti infausti e prolungare l'aspettativa di vita.

Nel 2019 in Italia il 70,9% di donne nella fascia di età raccomandata 50-69 anni si è sottoposta a una mammografia secondo la cadenza raccomandata (ogni due anni). Il nostro Paese si colloca sopra la media europea (65,9% Ue27), tra Spagna (74,1%) e Francia (70,0%), ma resta lontano dai tassi elevati dei paesi del Nord Europa come Svezia (95,2%) o Finlandia (92,3%). La variabilità in Europa è molto marcata: diversi paesi dell'Europa dell'Est, come Polonia, Slovacchia, Lituania e Lettonia, hanno prevalenze intorno al 50%, o inferiori; all'ultimo posto c'è la Romania con il 9,2%.

Per la prevenzione del tumore della cervice uterina, il dato di copertura per l'Italia è comparabile a livello europeoⁱⁱⁱ, ovvero la quota di donne che hanno effettuato uno *screening* negli ultimi tre anni, è pari al 71,7% (media europea 72,6%) e in linea con la Spagna (71,4%). Livelli più elevati si osservano non solo nei paesi del Nord Europa, ma anche in paesi come Grecia (81,6%), Lettonia (79,1%), Slovenia, Croazia, Polonia e Ungheria, tutti sopra la media europea. L'Italia supera la media Ue27 solo tra i 45-64 anni (75,8% contro 72,3%).

La diffusione del tumore del colon-retto ha subito un notevole incremento negli ultimi decenni. Essendo molto spesso asintomatico nella fase di insorgenza, viene raccomandata un'adeguata prevenzione primaria e l'esecuzione di controlli periodici. Per l'esame della ricerca del sangue occulto nelle feci, la fascia di età confrontabile tra i vari paesi europei è quella di 50-74 anni: in Italia il 36,1% lo ha eseguito negli ultimi due anni, ossia con la cadenza raccomandata, valore più alto della media Ue27 (33,4%) e della Spagna (30,4%), ma molto al di sotto di Germania (43,8%), Austria (55,9%) e Danimarca (67,1%).

Sono evidenti le disuguaglianze sociali nell'accesso alla prevenzione dei tumori femminili: in media nei 27 paesi Ue i differenziali tra donne laureate e quelle con basso titolo studio^{iv} sono di 8 punti in più per la mammografia, 20 per il pap-test. Le disuguaglianze sono più marcate nei paesi dell'Europa dell'Est, quasi inesistenti nei paesi del Nord Europa (Danimarca, Svezia, Paesi Bassi). L'Italia evidenzia differenze inferiori alla media europea per l'accesso al pap-test (14 punti percentuali), superiori per la mammografia (13 punti), dovuti alle basse prevalenze di ricorso tra le donne con basso titolo di studio, e quasi in linea con l'Europa (cinque punti contro i tre) per lo *screening* del sangue occulto.

SCREENING RACCOMANDATI PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI IN ITALIA E CONFRONTO EUROPEO. Anno 2019, tassi per 100 persone

Screening	Sesso	Paesi europei								
		Italia	Media Ue27	Spagna	Francia	Germania	Svezia	Portogallo	Grecia	Romania
MAMMOGRAFIA (a) (50-69 anni)	DONNE	70,9	65,9	74,1	70,0	65,7	95,2	81,1	65,7	9,2
PAP_TEST (b) (25-69 anni)		71,7	72,6	71,4	76,3	77,9	91,7	69,5	81,6	38,9
RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI (a) (50-74 anni)	UOMINI	37,0	33,1	30,5	36,5	40,2	26,2	41,6	11,3	3,6
	DONNE	35,2	33,6	30,4	37,6	47,2	25,5	42,8	9,2	4,8
	TOTALE	36,1	33,4	30,4	37,1	43,8	25,9	42,2	10,2	4,3

(a) eseguita entro i due anni precedenti l'intervista

(b) eseguito entro i tre anni precedenti l'intervista

Fino al 2019 crescita dei controlli per la prevenzione dei tumori femminili

La progressiva diffusione degli *screening* dei tumori femminili e la conseguente diagnosi precoce ha consentito di aumentare la sopravvivenza in caso di insorgenza di carcinoma mammario o della cervice uterina, grazie alla possibilità di un approccio terapeutico il più possibile tempestivo, e in molti casi anche la guarigione.

Il carcinoma mammario è il più frequente tra le neoplasie maligne che colpiscono le donne (circa 700mila donne ne sono affette in Italia) e la prevalenza è in forte aumento (+45% negli ultimi 10 anni)⁴.

Nel 2019, il 70,9% delle donne di 50-69 anni ha dichiarato di essersi sottoposta a uno *screening* mammografico entro i due anni dall'intervista (cadenza raccomandata) (+14 punti percentuali rispetto al 2013, poco più di 2 punti rispetto al 2015).

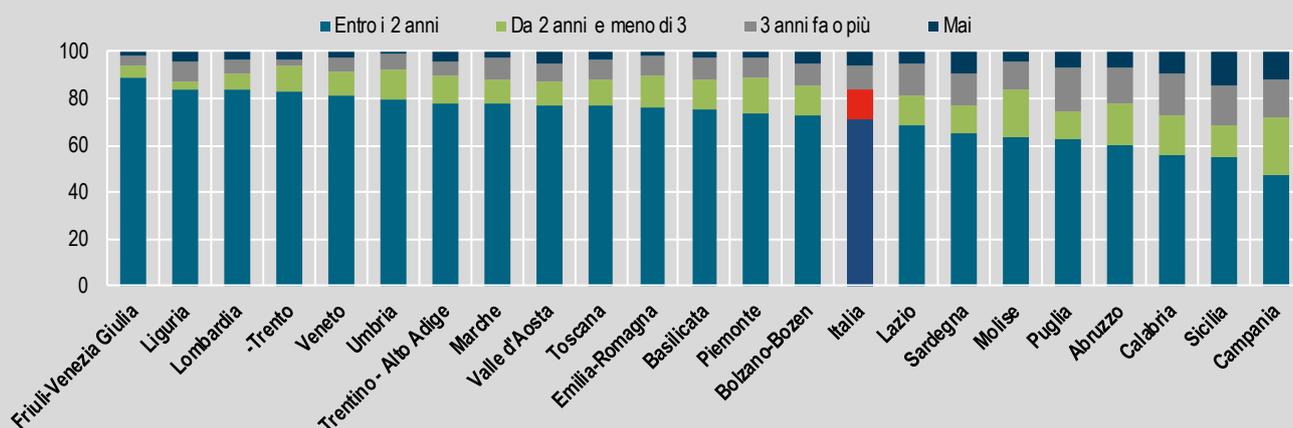
Anche nel 2019 persiste un forte divario sul territorio italiano, con il Mezzogiorno penalizzato rispetto al Nord. Nel Nord-ovest e nel Nord-est si raggiunge rispettivamente l'80,7% e il 79,8%, nel Centro il 73,2% mentre al Sud e nelle Isole non si arriva al 60% (56,1% e 58%). Nell'Italia settentrionale le quote sono allineate ai paesi nordeuropei (Danimarca 82%), nel Mezzogiorno sono invece più basse di quelle rilevate in Grecia (65,7%).

I livelli minori di copertura si rilevano tra le donne con basso titolo di studio del Mezzogiorno (50%), dove anche le laureate si attestano al 65,6%, meno della media nazionale. Al Nord le disuguaglianze sono sempre presenti, ma più contenute rispetto al Mezzogiorno, la quota è al 76,3% per le meno istruite, all'85,4% per le laureate.

Tuttavia, nel confronto con il 2013 si registra un netto recupero del Mezzogiorno, poiché si riduce al 10,2% la quota di donne di 50-69 anni che non hanno mai fatto una mammografia (circa il 30% nel 2013) e allo stesso tempo cresce maggiormente il livello di copertura, ovvero la quota di donne che hanno fatto il controllo mammografico negli ultimi due anni (+ 20 punti percentuali nel Mezzogiorno, ossia un incremento quasi doppio rispetto al Nord), riducendo parzialmente il divario territoriale.

Relativamente alle differenze regionali, laddove sono stati attivati e consolidati i programmi di *screening* pubblici delle ASL, i tassi di copertura complessivi sono di gran lunga più elevati, in quanto capaci di intercettare anche *target* di popolazione che per status sono meno propensi a fare prevenzione.

FIGURA 1. DONNE DI 50-69 ANNI SECONDO IL PERIODO IN CUI HANNO ESEGUITO L'ULTIMA MAMMOGRAFIA, PER REGIONE. Anno 2019, tassi per 100 persone



Nel Sud ancora basso l'accesso agli *screening* organizzati per la mammografia

Nell'aumento dei livelli di prevenzione la leva degli *screening* organizzati si rivela efficace. Nel Nord-est, dove i livelli di copertura sono più elevati, il 79% delle donne dichiara di aver eseguito la mammografia tramite programmi organizzati, nel Sud questa quota scende al 46,5%.

Si evidenziano differenze regionali. In Basilicata, unica regione del Sud con un elevato tasso di copertura, pari al 75,6%, oltre l'80% delle donne di 50-69 anni che hanno fatto una mammografia hanno dichiarato di aver fatto l'ultimo controllo nell'ambito di programmi organizzati e solo il 10% di propria iniziativa. Di contro, in Campania, regione con il più basso tasso di copertura (47,5%), solo il 42,3% dichiara di avere eseguito l'ultima mammografia mediante *screening* organizzati, il 37,7% di propria iniziativa e il 19,6% su consiglio del medico di famiglia o dello specialista.

Di conseguenza, in Campania resta elevata sia la quota di donne di 50-69 anni che mai hanno fatto una mammografia (11,6% contro 2,4% del Nord-est), sia quella di coloro che l'hanno eseguita oltre tre anni prima della rilevazione (16,3% contro 6,6% del Nord-est). Valori elevati si registrano anche in Sicilia (rispettivamente 17,4% e 14,1%) e Calabria (18% e 9,6%). In Friuli-Venezia Giulia e nella Provincia autonoma di Trento, invece, anche sommando entrambi i valori, le quote sono più basse, rispettivamente 5,8% e 6,4%, a confermare il successo della diffusione dei programmi di *screening* pubblici.

Dopo i 55 anni in crescita la prevenzione del tumore della cervice uterina

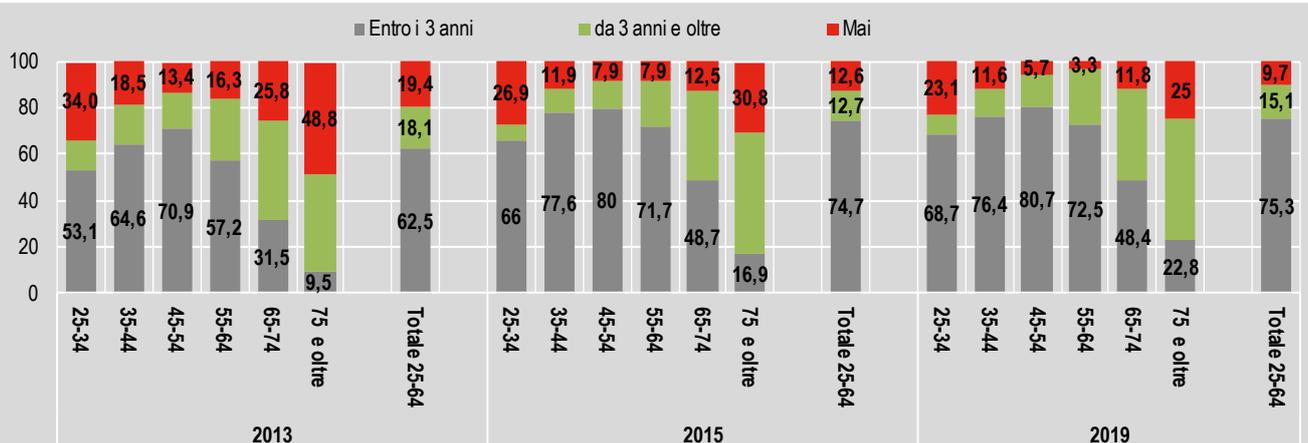
Riguardo allo *screening* del tumore del collo dell'utero, di recente in molte regioni oltre al pap-test viene eseguito il test dell'HPV (o Papilloma virus), la cui frequenza raccomandata è pari a cinque anni.

Considerando le donne tra 25 e 64 anni, fascia di età in cui in Italia è raccomandato almeno un controllo entro i tre anni dal precedente, la copertura di pap-test o HPV raggiunge il 75,3% delle donne nel 2019, sostanzialmente analoga al 2015 (74,7%), ma in crescita di 13 punti percentuali rispetto al 2013. Merita attenzione la quota di donne della fascia *target* che, pur controllandosi, lo fanno in tempi più lunghi, oltre i tre anni (15,1% nel 2019), ma soprattutto il fatto che ancora una donna su 10 dichiara di non aver mai fatto un controllo nella vita.

Rispetto alla popolazione *target*, come per la mammografia, l'evoluzione nel tempo mostra una flessione significativa della quota di chi non ha fatto mai un controllo (-10 punti percentuali rispetto al 2013), soprattutto nella fascia d'età 55-64 anni che passa dal 16,8% al 3,3%.

In regioni come Calabria e Campania circa un quarto delle donne di 25-64 anni non ha mai fatto alcun controllo per il tumore della cervice, evidenziando ancora una volta il gradiente territoriale a sfavore del Mezzogiorno.

FIGURA 2. DONNE DI 25 ANNI E PIÙ SECONDO IL PERIODO IN CUI HANNO ESEGUITO L'ULTIMO PAP-TEST O TEST HPV, PER CLASSI DI ETÀ. Anno 2019, tassi per 100 persone



Per il tumore del colon-retto più controlli tra i più istruiti e i residenti al Nord

L'esame della ricerca di sangue occulto nelle feci è uno *screening* poco invasivo per la prevenzione del tumore del colon-retto. In sanità pubblica se ne raccomanda l'esecuzione ogni due anni alle persone di 50-69 anni in assenza di sintomi, ma viene eseguito indipendentemente dall'età in presenza di sintomi.

Nel 2019 tale esame è stato eseguito almeno una volta nella vita dal 52,4% delle persone di 50-69 anni, mentre il 36,3% ha dichiarato di averlo effettuato negli ultimi due anni. Rispetto al 2015, si osserva un incremento significativo di entrambi gli indicatori (rispettivamente 47,5% e 32%). Tale incremento ha riguardato uomini e donne, che nel 2019 fanno registrare valori simili: il 53,5% degli uomini e il 51,5% delle donne hanno fatto l'esame almeno una volta nella vita, mentre lo ha fatto negli ultimi due anni il 36,9% degli uomini e il 35,8% delle donne.

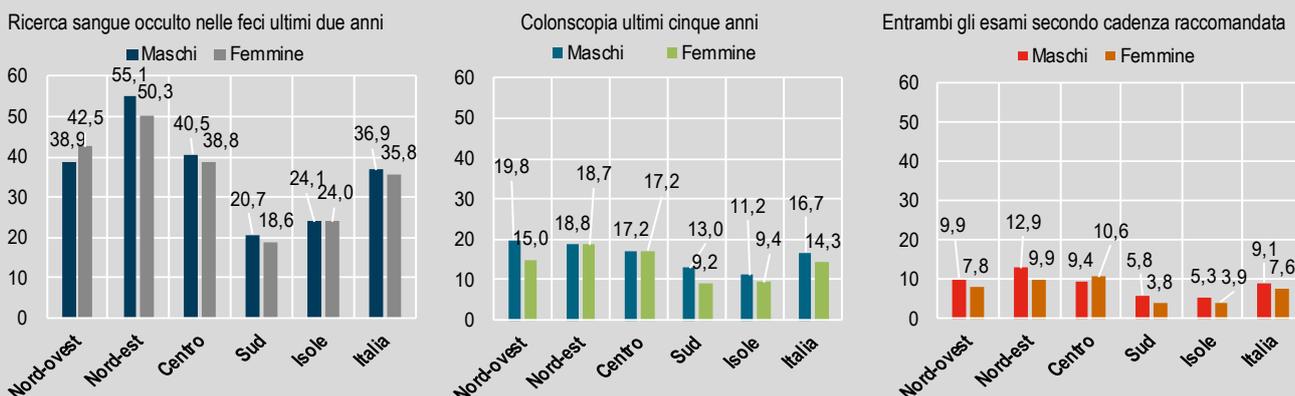
I comportamenti si differenziano secondo il livello di istruzione degli individui (*proxy* dello status socio-economico): l'esame non è stato eseguito nella vita dal 51% delle persone di 50-69 anni con basso titolo di studio contro il 44,2% dei coetanei più istruiti; il 38,8% di questi ultimi lo ha fatto entro l'arco temporale raccomandato contro il 33,8% dei meno istruiti (divario ancora più marcato tra gli uomini).

Le diseguaglianze per titolo di studio si riflettono nelle diseguaglianze territoriali. Molto basse le prevalenze di chi ha eseguito l'esame negli ultimi due anni nelle Isole (24% delle persone di 50-69 anni) e soprattutto al Sud (19,6%), rispetto al Nord-est (52,6%). Elevata la variabilità tra regioni: al Sud si va dal valore molto elevato in Basilicata (45,1%) al minimo della Puglia (9,5%); al Nord il massimo è in Valle d'Aosta (57,3%), segue il Veneto (57,2%) mentre in Piemonte si scende al 19%.

La prevenzione dei tumori del colon-retto prevede dopo i 50 anni, oltre all'esame della ricerca di sangue occulto nelle feci ogni due anni, l'esecuzione di una colonscopia ogni cinque anni, anche in assenza di sintomi. Nel 2019 il 57,5% delle persone di 50-69 anni non ha fatto alcuno dei due esami secondo la cadenza raccomandata, uno su tre ha fatto solo uno dei due, li ha eseguiti entrambi il 9,2%, quota che sale al 10,1% negli uomini rispetto all'8,4% delle donne. Per entrambi i sessi si registrano differenze elevate nel territorio, con valori molto bassi al Sud e nelle Isole e più elevati al Centro-nord.

Nel 2019 ha fatto la colonscopia negli ultimi cinque anni il 15,4% delle persone di 50-69 anni. Gli uomini hanno una prevalenza significativamente più alta delle donne (16,7% contro 14,3%). Per quanto riguarda le diseguaglianze secondo il livello di istruzione e l'area geografica di appartenenza, si riscontrano differenziali analoghi a quelli osservati per l'esame della ricerca del sangue occulto delle feci, con prevalenze in entrambi i sessi più elevate tra i più istruiti (21,4% negli uomini, 17,9% nelle donne) e i residenti nel Nord-est (18,8% negli uomini, 18,7% nelle donne), più basse per i meno istruiti (15,2% negli uomini, 12,8% nelle donne) e i residenti nelle Isole (11,2% negli uomini, 9,4% nelle donne).

FIGURA 3. PERSONE DI 50-69 ANNI CHE HANNO ESEGUITO L'ESAME PER LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI NEGLI ULTIMI DUE ANNI E LA COLONSCOPIA NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI PER SESSO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2019, tassi per 100 persone



Vaccinazione antinfluenzale per un anziano su due

L'influenza stagionale è responsabile ogni anno di 3-5 milioni di casi gravi in tutto il mondo e circa 650mila decessi^{vi}, ma il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale può contenere i suoi effetti sia in termini di morbosità sia di letalità. Le complicazioni dell'influenza colpiscono principalmente le persone anziane pertanto l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) raccomanda che almeno il 75% di chi ha 65 anni e più si vaccini contro l'influenza. L'emergenza da Covid-19 ha fatto sì che le autorità competenti ponessero, ancor più che negli anni passati, l'accento sull'importanza di questa vaccinazione favorendone una maggiore copertura, con il risultato che nella stagione 2020-2021 risultano vaccinati due anziani su tre, nonostante le difficoltà di reperimento delle dosi in alcune Asl.

Nel 2019, le persone anziane vaccinate contro l'influenza (nei 12 mesi precedenti l'intervista) sono state il 46,9% (42,3% nel 2015) ben al di sotto della soglia raccomandata, che non è stata raggiunta neanche tra gli over 75 (59%, quattro anni prima era il 53%).

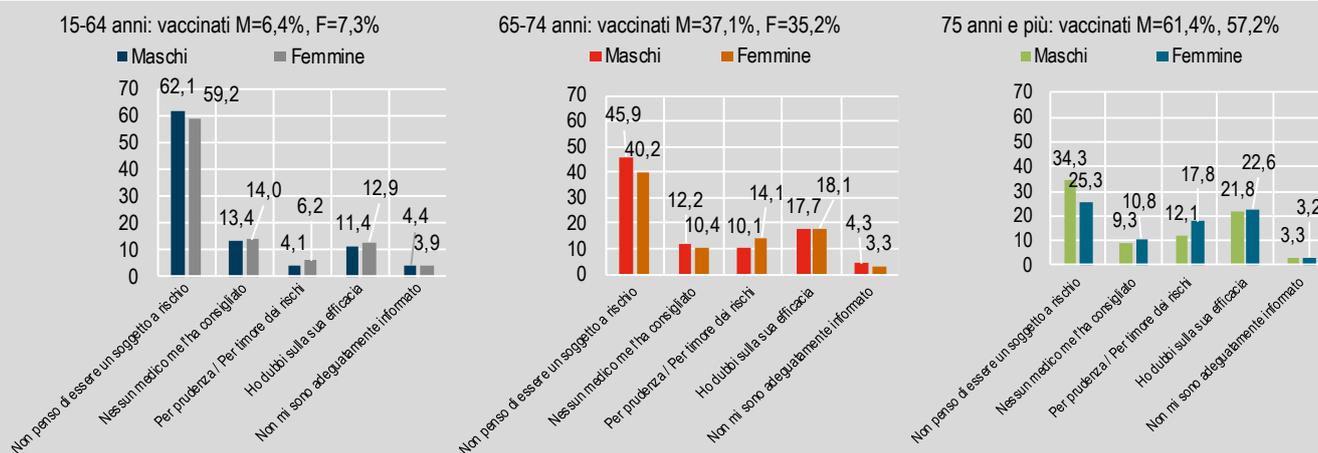
La copertura vaccinale aumenta al crescere dell'età, con differenze di genere non significative: ha fatto il vaccino antinfluenzale il 37,1% degli uomini di 65-74 anni e il 35,2% delle donne della stessa età; tra gli ultrasettantacinquenni i valori sono rispettivamente pari a 61,4% e 57,2%.

La propensione a vaccinarsi non varia in base allo status socio-economico dell'anziano o al territorio di residenza. Eliminando l'effetto della diversa struttura per età, tra gli anziani di 75 anni e più il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale varia dal 59,9% nel Nord-est al 56,8% nelle Isole; per le persone di 65-74 anni i valori oscillano tra il 38,8% nelle Isole e il 33,6% nel Nord-Ovest.

Considerando anche le altre età, nel 2019 la vaccinazione antinfluenzale è stata fatta dal 6,4% degli uomini di 15-64 anni e dal 7,3% delle donne. In questa fascia di popolazione sono poche le persone che rientrano tra coloro cui è raccomandato il vaccino contro l'influenza per la presenza di fattori di rischio. Infatti, più della metà dichiara di non averlo fatto perché non ritiene di essere un soggetto a rischio (62,1% degli uomini, 59,2% delle donne) e un altro 13-14% dichiara di non essere stato consigliato in tal senso da nessun medico. Le stesse motivazioni sono fornite in larga misura anche dagli over 65, ma in questo caso si aggiunge una quota significativa di "scettici", che esprimono dubbi sull'efficacia (circa 18% a 65-74 anni; circa 22% a 75 anni e più), e di timorosi di possibili rischi; in particolare tra le donne (14,1% a 65-74 anni, 17,8% a 75 anni e più).

Fra gli uomini di 65 anni e più le motivazioni della mancata vaccinazione antinfluenzale variano sul territorio. Al netto della diversa struttura per età, circa un anziano su due nel Nord-ovest ritiene di non essere un soggetto a rischio, contro il 36,6% nel Centro e il 37,8% nel Sud (42% media Italia); il 13,6% dei residenti al Centro e il 13,1% dei residenti al Sud non si sono vaccinati per prudenza o timore dei rischi rispetto al 7,1% dei residenti nel Nord-ovest (10,7% media Italia).

FIGURA 4. MASCHI E FEMMINE DI 15 ANNI E PIÙ CHE HANNO FATTO LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NEGLI ULTIMI 12 MESI E MOTIVI PER CUI NON L'HANNO FATTA. Anno 2019, tassi per 100 persone



Colesterolo, glicemia e pressione arteriosa: meno controlli tra gli uomini al Sud

Grazie al controllo periodico dei valori nel sangue di colesterolo e glicemia e a quello della pressione arteriosa è possibile fare una diagnosi precoce di ipercolesterolemia, diabete, ipertensione, che comportano un aumento del rischio di insorgenza di molte patologie gravi, soprattutto di tipo cardiovascolare. Tali controlli di *routine*, utili alla prevenzione tra le persone senza problemi di salute, possono evitare peggioramenti dello stato di salute in quelle già affette da patologie.

Nella popolazione di 15 anni e più, nel 2019, l'89,8% ha fatto un controllo del colesterolo nel sangue almeno una volta nella vita, l'89,1% della glicemia e il 92,8% della pressione arteriosa tramite personale sanitario. Rispetto al 2015, i valori aumentano solo per gli uomini, sia per il colesterolo (da 87,2% a 88,9%), che per la glicemia (da 86,2% a 88,1%) e, per entrambi i sessi, per il controllo della pressione arteriosa (uomini: da 89,8% a 91,9%, donne: da 92,3% a 93,6%).

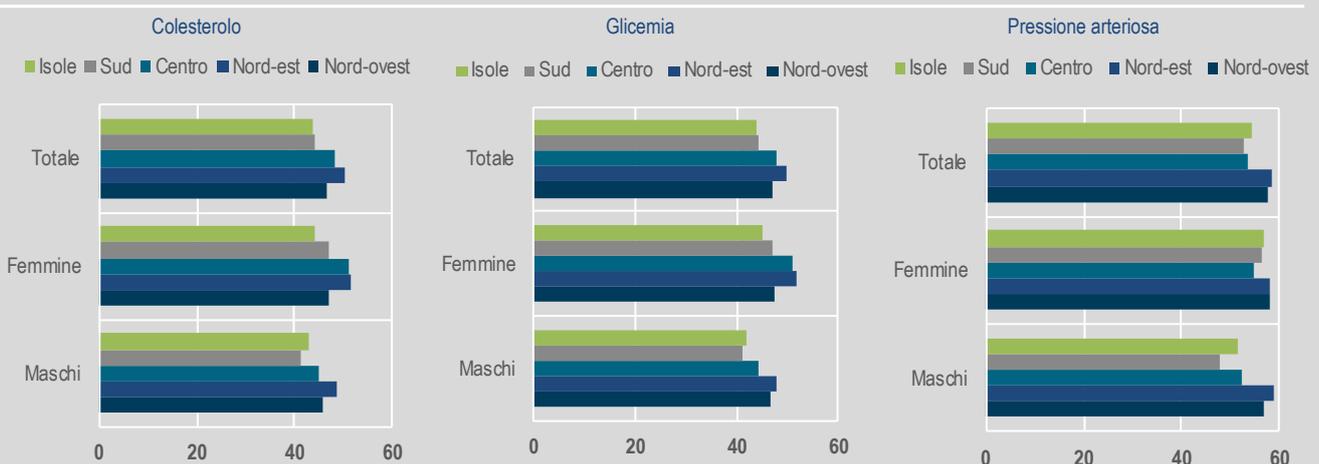
Negli adulti di 25-64 anni i valori sono più elevati fra le donne, mentre negli over65 le differenze di genere non sono significative. Nel 2019 hanno controllato i valori del colesterolo e della glicemia nel sangue negli ultimi 12 mesi circa il 45% degli uomini di 25-64 anni e il 72% degli over65, nelle donne il 49% e il 70-71%. Più elevata la quota di chi ha controllato la pressione arteriosa a 25-64 anni (54,6% uomini; 57,8% nelle donne) e a 65 anni e più (78,4% uomini; 79,4% donne).

Sebbene tra gli ultrasettantacinquenni, in conseguenza dell'insorgenza di problemi di salute, sia molto elevata la quota di chi ha effettuato controlli diagnostici nell'ultimo anno, uno su quattro non ha controllato colesterolo e glicemia e uno su sei non si è fatto misurare la pressione arteriosa.

I controlli entro i 12 mesi sono effettuati da una platea più ampia in presenza di una malattia cronica correlata agli esami diagnostici descritti. Il controllo del colesterolo è stato effettuato nell'ultimo anno dal 76,3% delle persone di 25-64 anni affette da iperlipidemia e dal 68% di coloro che dichiarano almeno una malattia del sistema circolatorio (47,5% nel totale di 25-64enni); tra gli ultrasessantacinquenni l'incremento è più contenuto, i valori sono rispettivamente 83,2% e 76,9% (rispetto a 71,6%). In presenza di diabete, ha controllato la glicemia nell'ultimo anno l'86% della classe 25-64 anni e l'87,1% degli over 65 (rispetto a 47,4% e 71,1% nella popolazione totale). Tra le persone che dichiarano di soffrire di ipertensione, hanno controllato la pressione arteriosa negli ultimi dodici mesi l'82,5% dei 25-64enni (rispetto a 56,3%) e l'86,3% degli over 65 (rispetto a 79%).

Negli adulti di 25-64 anni si osservano significative differenze di comportamento, sia per genere sia per territorio. Circa uno su 10 non si è mai fatto controllare il colesterolo e la glicemia nel sangue; per gli uomini residenti nelle Isole i valori salgono rispettivamente a 13,1% e 14%. La pressione arteriosa non è mai stata controllata dal 6,2% degli adulti di 25-64 anni, dal 7,1% degli uomini di questa fascia di età e dal 9,7% degli uomini residenti al Sud. Tra chi ha effettuato i controlli negli ultimi 12 mesi, si osservano i valori più bassi tra i residenti nel Sud e nelle Isole, in particolare nel sesso maschile, e quelli più elevati tra i residenti nel Nord-est.

FIGURA 5. PERSONE DI 25-64 ANNI CHE SI SONO FATTE CONTROLLARE IL COLESTEROLO, LA GLICEMIA, LA PRESSIONE ARTERIOSA DA PERSONALE SANITARIO NEGLI ULTIMI 12 MESI PER SESSO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2019, tassi standardizzati per 100 persone



Livelli adeguati di attività fisica aerobica solo per un adulto su cinque

Sono ben noti i benefici dell'attività fisica per il benessere fisico e mentale. Si possono ridurre i rischi correlati ad alcune malattie non trasmissibili come le malattie cardiovascolari, il diabete e alcuni tipi di cancro. Si riscontrano effetti positivi anche sullo stato ansioso-depressivo e non ultimo, l'attività fisica può prevenire sovrappeso e obesità, avendo un ruolo importante nel dispendio energetico.

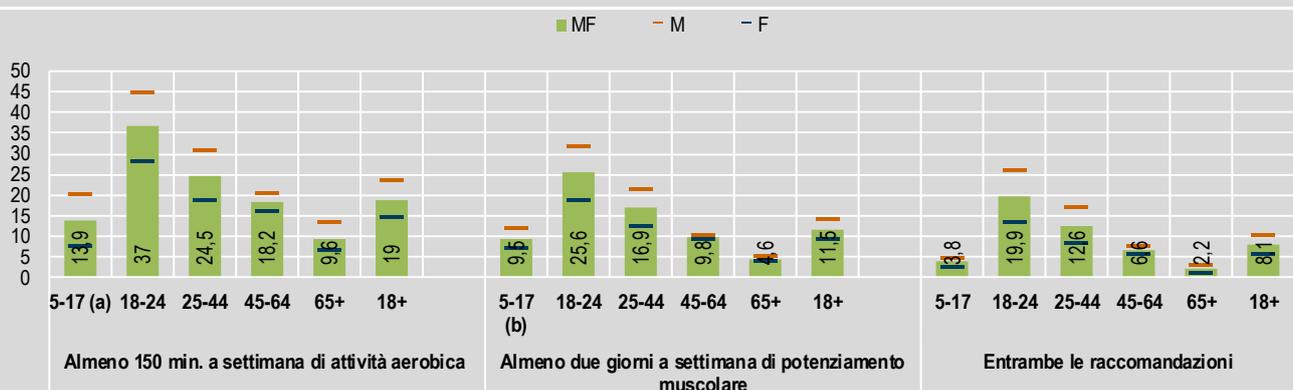
Le Linee guida dell'Oms sull'attività fisica e il comportamento sedentario, pubblicate nel 2020^{vii}, forniscono raccomandazioni per bambini, adolescenti, adulti e anziani sui livelli di attività fisica (frequenza, intensità e durata) necessari per avere significativi benefici per la salute. Bambini e adolescenti dovrebbero fare almeno 60 minuti al giorno di attività fisica aerobica da moderata a vigorosa e tre giorni a settimana di potenziamento muscolare; le persone adulte dovrebbero svolgere su base settimanale almeno 150-300 minuti di attività fisica di intensità moderata o almeno 75-150 minuti di attività fisica di intensità vigorosa e almeno due giorni a settimana di potenziamento muscolare. Oltre a quanto raccomandato per gli adulti, gli anziani dovrebbero svolgere esercizi fisici che migliorano l'equilibrio, riducendo il rischio di cadute.

Nel 2019, il 19,0% delle persone di 18 anni e più ha svolto attività fisica aerobica nel tempo libero per almeno 150 minuti a settimana, l'11,5% attività di potenziamento muscolare almeno due volte a settimana e solo l'8,1% si è cimentato in entrambe le attività, come raccomandato dall'Oms. Tra bambini e adolescenti le quote sono ancora più basse: 13,9% per l'attività fisica aerobica (almeno 60 minuti al giorno), 9,5% per esercizi di potenziamento muscolare almeno tre volte a settimana e 3,8% per entrambe le attività.

Nella popolazione adulta, l'adesione alle raccomandazioni dell'Oms per l'attività aerobica scende con l'età: è massima tra i 18-24 anni (37,0%) e minima tra gli ultrasettantacinquenni (6,4%). Gli uomini adulti sono fisicamente più attivi delle donne (23,6% contro 14,9%), sebbene tra queste ultime la pratica dell'attività fisica aerobica sia in aumento rispetto al 2015 (era il 12,8%), soprattutto nella fascia di età 45-64 anni (da 12,5% a 16,0%). Inoltre, per entrambi i sessi l'adesione è maggiore tra le persone più istruite (29,3% con titolo di studio alto contro 10,6% con titolo basso) e aumenta in presenza di un reddito familiare più elevato (24,1% per l'ultimo quinto di reddito e 13,6% per il primo).

L'attitudine a essere fisicamente attivi si differenzia nelle diverse aree geografiche. Il Nord-est è la ripartizione geografica con la quota più elevata di persone di 18 anni e più che praticano attività fisica per almeno 150 minuti a settimana (25,9% è il tasso standardizzato), seguito dal Nord-ovest (22,8%) e dal Centro (20,2%); valori più bassi si rilevano nelle Isole (14,6%) e al Sud (13,3%). Le disuguaglianze territoriali sono più ampie se si considera l'attività fisica di bambini e adolescenti (5-17 anni): nel Sud e nelle Isole solo un minore su 10 (9,3%) fa attività aerobica per almeno 60 minuti al giorno, a fronte di uno su sette nel Centro (13,4%) e di uno su cinque nel Nord-est (21,6%).

FIGURA 6. PERSONE DI 5 ANNI E PIÙ PER LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA AEROBICA, POTENZIAMENTO MUSCOLARE, SESSO E CLASSI DI ETÀ. Anno 2019, tassi per 100 persone



(a) almeno 60 minuti al giorno di attività aerobica; (b) almeno 3 giorni a settimana di potenziamento muscolare

Due minori su tre eccedono in comportamenti sedentari

Il comportamento sedentario^{viii}, ovvero il tempo trascorso stando seduti nei diversi contesti di vita, quali scuola, lavoro, casa, tempo libero, può avere effetti negativi sulla salute di bambini e adulti, se protratto per lungo tempo nel corso della giornata.

Nei bambini e negli adolescenti adottare un comportamento eccessivamente sedentario è associato al rischio di aumento dell'adiposità, di problemi al sistema cardiovascolare, di rallentamento del metabolismo e di disturbi del sonno. Tra bambini e adolescenti (5-17 anni) il 64% assume un comportamento sedentario per sette ore o più al giorno: oltre a trascorrere molte ore stando seduti per motivi di studio, dedicano parte del tempo libero in attività sedentarie davanti ad uno schermo^{ix}, guardando la Tv e usando il Pc.

L'Oms raccomanda di limitare la quantità di tempo libero dedicata a tali attività sedentarie per destinarla all'attività fisica di tipo aerobico. Ma solo l'8% di bambini e adolescenti sedentari pratica un'attività di tipo aerobico per almeno 60 minuti al giorno, mentre la maggioranza (56%) associa l'eccesso di sedentarietà (sette ore e più al giorno) con livelli insufficienti di attività fisica.

Due su cinque i molto sedentari tra gli adulti

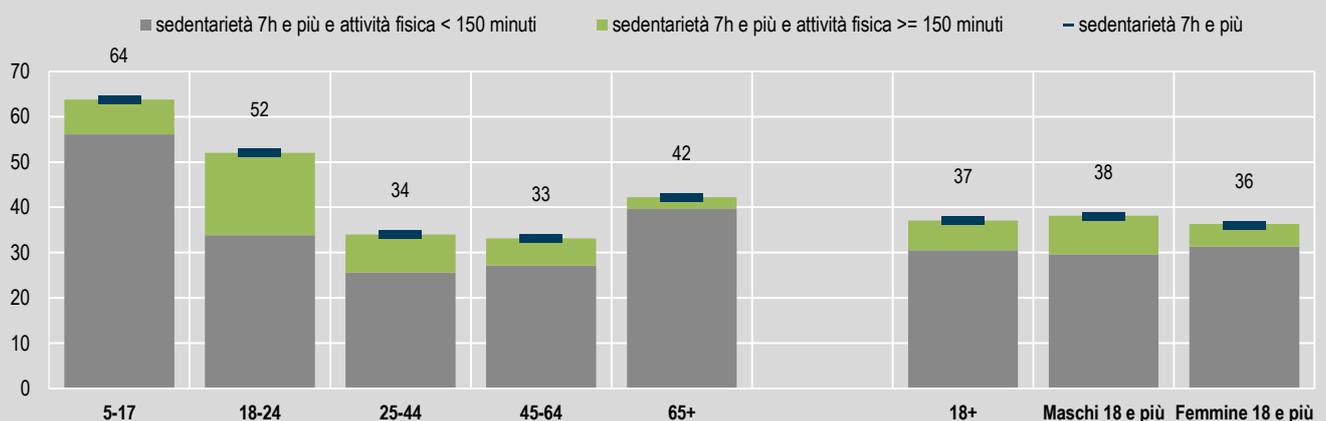
Nella popolazione adulta assumere un comportamento eccessivamente sedentario è dannoso per la salute, perché associato all'insorgenza di malattie cardiovascolari, cancro e diabete di tipo 2 e a un maggiore rischio di mortalità per malattie cardiovascolari e per cancro.

In una giornata media, due adulti su cinque trascorrono 7 ore o più in comportamenti sedentari (37%). L'eccesso di sedentarietà si concentra soprattutto tra i giovani di 18-24 anni (52%) e tra gli ultrasessantacinquenni (42%). Inoltre, la prevalenza di comportamenti eccessivamente sedentari è maggiore nelle persone di 25-64 anni con un livello di istruzione più elevato (60% contro 21% dei coetanei con basso titolo di studio), perché lavorano più spesso stando seduti.

Oltre a essere eccessivamente sedentaria, il 31% della popolazione adulta non svolge neppure livelli adeguati di attività fisica aerobica. Tale quota raggiunge il 40% tra gli ultrasessantacinquenni. Solo il 7% degli adulti compensa l'eccesso di sedentarietà con livelli adeguati di attività fisica aerobica: il 18% tra i giovani di 18-24 anni e solo il 3% tra gli ultrasessantacinquenni.

La geografia del comportamento troppo sedentario cambia all'aumentare dell'età: tra bambini e adolescenti (5-17 anni) è maggiormente diffuso nelle regioni dell'Italia settentrionale dove il 65% dei minori trascorre sette ore o più al giorno stando seduto a fronte del 62% del Sud; tra gli anziani invece risultano maggiormente sedentari quelli residenti nel Sud (49% rispetto a 38% del Nord).

FIGURA 7. PERSONE DI 5 ANNI E PIÙ CHE TRASCORRONO SETTE ORE O PIÙ AL GIORNO IN COMPORTAMENTI SEDENTARI PER ADEGUATEZZA DEI LIVELLI DI ATTIVITÀ FISICA E CLASSI DI ETÀ. Anno 2019, tassi per 100 persone



In Italia livelli più bassi di obesità tra gli adulti rispetto agli altri paesi europei

L'obesità è ormai considerata una vera e propria patologia, oltre a rappresentare un fattore di rischio nell'insorgenza di malattie croniche del sistema cardiovascolare, come l'ipertensione e le malattie coronariche, ma anche del diabete di tipo 2^x o di alcuni tipi di cancro. Nei casi di obesità grave, oltre ai problemi di salute fisica, possono insorgere problemi psicologici legati allo stigma sociale.

Rispetto ai paesi dell'Unione europea, l'indice di massa corporea, calcolato in modo comparabile tra i paesi sulla base dei dati antropometrici riferiti dagli intervistati, mostra per l'Italia i più elevati tassi di persone normopeso (50,8% contro 44,8% dell'Ue27) e i più bassi livelli di obesità tra la popolazione adulta (11,7% contro 16,5%); in quest'ultimo caso il valore più elevato si rileva a Malta (28,7%).

Gli uomini si confermano più in sovrappeso rispetto alle donne in gran parte dei paesi Ue (43,4% contro 29,5% nella media Ue27; 42,4% contro 26,4% in Italia). Il differenziale di genere si annulla per l'obesità nella media Ue27 (16,8% per gli uomini e 16,3% per le donne) e si riduce nel nostro Paese (12,9% contro 10,7%). In alcuni paesi dell'Europa dell'Est (nell'ordine Lettonia, Lituania, Estonia) le donne sono più spesso obese rispetto agli uomini, mentre in Italia hanno problemi di sottopeso soprattutto le donne giovani di 18-24 anni (17,9% contro 10,1% della media Ue27).

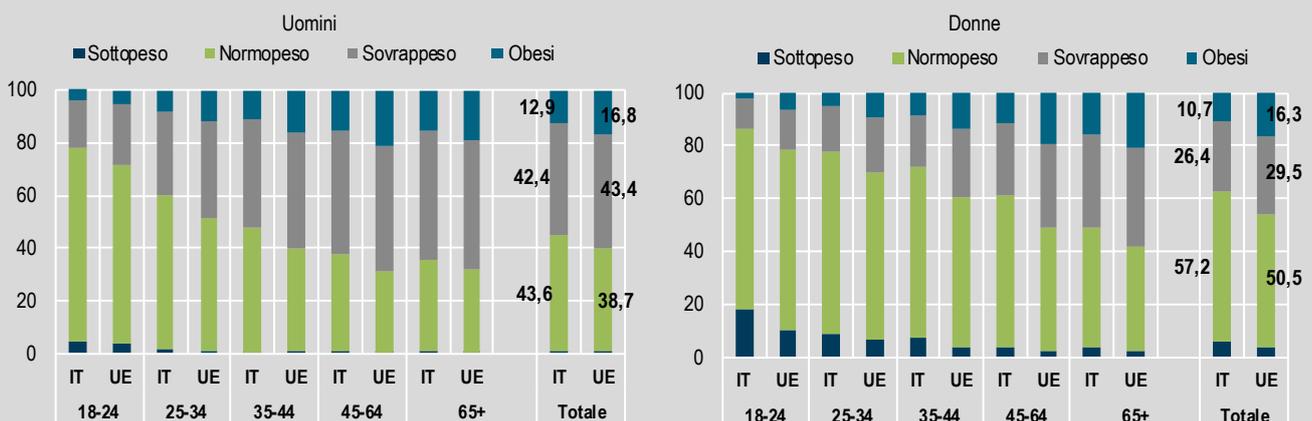
In Italia, la quota di popolazione con problemi di eccesso di peso ($IMC \geq 25$)^{xi} cresce all'aumentare dell'età, sia per gli uomini che per le donne. Riguardo al sovrappeso la quota triplica per entrambi i sessi: negli uomini passa dal 18,3% tra i giovani di 18-24 anni al 48,7% tra gli over 65, per le donne i valori sono rispettivamente 11,8% e 35,7%. Per l'obesità la quota quadruplica tra gli uomini (3,8% per i 18-24enni, 15,5% per gli over 65) e aumenta di otto volte tra le donne (da 1,8% a 15,5%).

Si confermano le disuguaglianze sociali nel confronto tra chi ha almeno una laurea e chi ha concluso la scuola dell'obbligo. Il tasso di obesità raddoppia dal 6,9% al 14,4% tra gli adulti di 25-64 anni e dal 9,9% al 16,9% tra gli over65. Per l'eccesso di peso vi è un divario di 20 punti percentuali tra gli adulti di 25-64 anni con elevato titolo di studio (32,8%) e quelli con basso titolo di studio (52,8%); tra gli anziani la differenza è di oltre 10 punti percentuali, da 46,1% a 58,8%.

Nel territorio permane il gradiente Nord-Sud con una quota di eccesso di peso pari a 42,9% al Nord e 50,7% nel Mezzogiorno, distanza che resta marcata anche per età. Anche a parità di titolo di studio, nel Mezzogiorno i livelli di eccesso di peso sono sempre più elevati rispetto al Nord.

La combinazione di esercizio fisico aerobico e dieta adeguata contribuisce al controllo del peso corporeo. Le persone adulte che non svolgono livelli adeguati di attività fisica (meno di 150 minuti a settimana) sono in eccesso di peso in misura maggiore rispetto a chi non li esegue: 48,1% contro 35,3%. Questa tendenza si manifesta in tutte le classi di età per le donne (39,4% contro 23,4%) e per gli uomini (58,8% contro 43,8%) e in particolare la quota di eccesso di peso quasi raddoppia (27,6% contro il 15,1%) tra gli uomini 18-24enni.

FIGURA 8. PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA, SESSO E CLASSI DI ETÀ, ITALIA E MEDIA UE27. Anno 2019, tassi per 100 persone



Diffuso il consumo quotidiano di frutta e verdura, ma in bassa quantità

L'Italia, come molti altri paesi europei e del mondo, ha attivato molteplici iniziative per contenere la diffusione dell'obesità e in generale dell'eccesso di peso, in particolare tra i bambini, tramite le raccomandazioni di buone pratiche per la tutela della salute, secondo il cosiddetto *long life approach*.

Riguardo alle abitudini alimentari, le linee guida internazionali raccomandano il consumo di adeguate quantità di frutta e verdura (*"Five a day"*, almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno), di evitare il più possibile bevande gassate e zuccherate (*"soft drinks"*) e cibi salati. Il Ministero della Salute ha interagito con alcuni settori dell'industria alimentare per contenere "zuccheri, grassi saturi, acidi grassi trans e sale nei prodotti alimentari"^{xii}, migliorando le informazioni riportate in etichetta.

In Italia, il consumo giornaliero di frutta e verdura anche nel 2019 si attesta a livelli molto elevati rispetto all'Europa: riguarda il 76,2% delle persone di 15 anni e più contro una media Ue27 di 67,1%; più elevato nelle donne (79,1%) che negli uomini (72,9%). Meglio dell'Italia solo Belgio (82,6%) e Irlanda (81,0%), mentre una quota simile si rileva in Spagna (76,6%). Per le quantità giornaliere raccomandate (5 porzioni al giorno) il nostro paese, con appena il 10% che le assume, scende poco sotto la media europea (12,4%). Tuttavia, in Italia, oltre un terzo della popolazione di 15 anni e più (34,4%) dichiara di consumare almeno 4 porzioni al giorno, con un gradiente per età che va dal 24,8% tra i più giovani di 15-24 anni a oltre il 40% tra gli ultrasessantacinquenni. Tra i minori (5-17 anni) la quota scende al 22% e anche il consumo giornaliero di almeno una porzione si riduce al 60%.

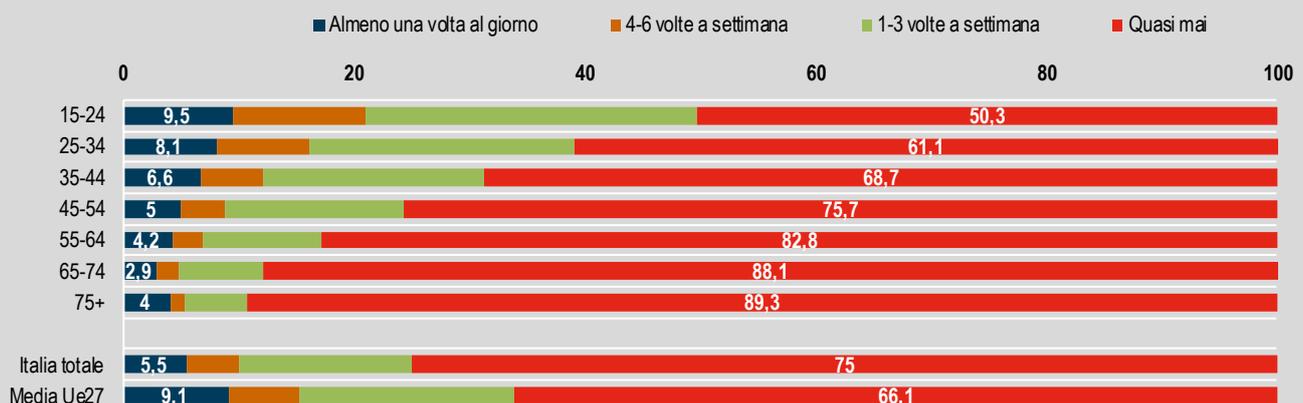
Consumo di bevande zuccherate meno diffuso in Italia rispetto ai paesi Ue27

L'indagine europea monitora, per la prima volta nel 2019 in tutti i paesi, il consumo di *"soft drinks"*, bevande analcoliche zuccherate gassate (cola, aranciate, limonate, gazzose, ecc.). Finlandia e tre paesi dell'Europa dell'Est (Estonia, Lituania e Lettonia) hanno frequenze di consumi molto basse. Anche in Italia è molto contenuta (5,5%) rispetto a molti altri paesi Ue (9,1% media Ue27) e sono più elevate le quote di persone che dichiarano di non consumare "quasi mai" tali bevande (75% contro 66% della media Ue27 e 70% di Francia e Spagna). Nella maggior parte dei paesi europei, tranne Irlanda, Danimarca e Lussemburgo, le persone obese mostrano una minore attitudine rispetto ai normopeso a consumare *"soft drinks"*: in Italia il 77% degli obesi dichiara un consumo solo occasionale o nessun consumo (contro il 74,2% dei normopeso).

I *"soft drinks"* sono meno diffusi tra le persone con un elevato titolo di studio: tra i 15-64enni la quota di chi non ne consuma quasi mai è pari al 76,9% tra i laureati e scende al 67,2% tra chi non ha nemmeno un diploma. Analoghe disuguaglianze si registrano anche in Europa.

La frequenza di consumo è più bassa nell'Italia centrale, il 79% non ne consuma "quasi mai" (nel Nord-ovest 73%). Tali differenze territoriali persistono anche considerando le distribuzioni per età.

FIGURA 9. PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ PER FREQUENZA DI CONSUMO DI BEVANDE ANALCOLICHE ZUCCHERATE (SOFT DRINKS) PER CLASSI DI ETÀ, ITALIA E MEDIA UE27. Anno 2019, tassi per 100 persone



Più elevato il consumo di bevande zuccherate gassate tra i minori e i giovani

La frequenza del consumo di “*soft drinks*” è più elevata tra i minori di 5-14 anni rispetto alla popolazione adulta: il 10,3% li consuma almeno una volta al giorno, oltre un terzo (37,5%) da 1 a più volte a settimana. Tra i minori di 5-14 anni residenti al Sud solo il 45,1% non consuma bevande zuccherate gassate o lo fa raramente, a fronte del 56,7% dei coetanei residenti nel Nord-est; contestualmente il 12,3% dei ragazzi residenti al Sud consuma queste bevande una o più volte al giorno e il 42,5% più volte a settimana, mentre nel Nord-est le quote sono del 9,5% e del 33,8%.

Tra i giovani maschi di 15-29 anni, la quota dei consumatori giornalieri è superiore rispetto alle fasce d'età adulte (11,9% contro 6,2% delle femmine), con quote elevate al Nord (14,5%). Sempre in questa fascia di età i comportamenti di consumo di queste bevande sono simili tra i normopeso e quelli in eccesso di peso (9%), a differenza di quanto accade nella media Ue27 (12,9% tra i normopeso e 15,2% tra i giovani in eccesso di peso).

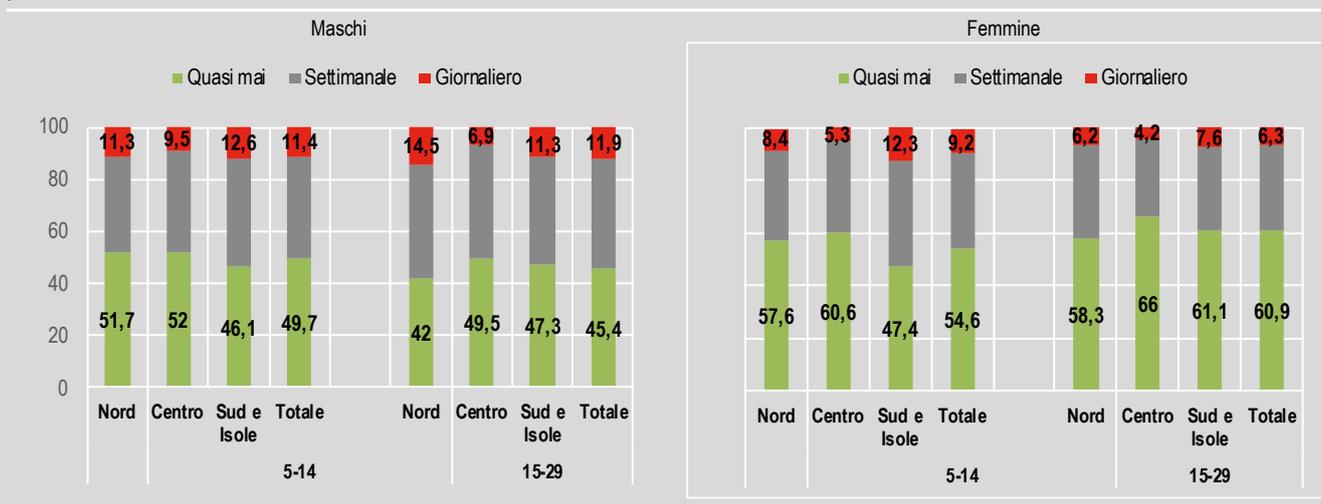
L'allattamento protegge la salute, ma un bambino su 10 non è allattato.

Sono molteplici e indiscussi i benefici dell'allattamento al seno per il bambino e per la madre^{xiii}. L'Oms e l'Unicef raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre (se la madre e il bambino lo desiderano), con il graduale inserimento degli altri alimenti complementari. Diversi studi documentano, infatti, che un allattamento prolungato - anche nei paesi ad economia avanzata - riduce il rischio di patologie, obesità e sovrappeso del bambino e quindi diabete mentre per le madri riduce il rischio di cancro mammario od ovarico.

In Italia la quota complessiva di donne, con almeno un figlio fino a 36 mesi di età, che hanno dichiarato di aver allattato il bambino è in tendenziale aumento (90% nel 2019; 87,3% nel 2013; 83,3% nel 2005). La durata mediana dell'allattamento passa da sei mesi nel 2013 a sette mesi nel 2019^{xiv}. Nel 2019, considerando l'indicatore Oms relativo all'allattamento dei bambini fino a 24 mesi^{xiv}, si raggiunge il 90,9% (il 9,1% non è mai stato allattato al seno).

La durata media del periodo di allattamento per i bambini fino a 24 mesi evidenzia un lieve incremento: da 6,9 mesi nel 2013 a 7,9 mesi nel 2019. La quota di donne che hanno allattato il proprio bambino per almeno 6 mesi si stima pari al 56,9%. La principale raccomandazione dell'Oms è quella di prolungare l'allattamento esclusivo al seno almeno fino a 6 mesi, seguita dal 31,1% delle madri (seppur con i limiti di un quesito di tipo retrospettivo e soggettivo^{xv}). La durata media dell'allattamento esclusivo è invece pari a 4,3 mesi (3,8 nel 2013).

FIGURA 10. MINORI DI 5-14 ANNI E GIOVANI DI 15-29 ANNI PER FREQUENZA DI CONSUMO DI BEVANDE ANALCOLICHE ZUCCHERATE (SOFT DRINKS), SESSO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2019, tassi per 100 persone



In Italia meno fumatori abituali rispetto alla media Ue27

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e quello cardiovascolare.

La dose giornaliera di tabacco fumato è un rilevante fattore di rischio per la salute. In Italia i "fumatori abituali", cioè coloro che fumano tutti i giorni, nel 2019 si stimano in circa 8 milioni e 700 mila, pari al 17,3% della popolazione di 15 anni e più: un uomo ogni cinque (21,6%) e una donna su sette (13,2%). I tassi sono inferiori alla media degli Stati Ue27 (per gli uomini 23,6%, per le donne 15,3%), dove la percentuale di fumatori giornalieri varia dal 7,4% in Svezia al 29,1% in Bulgaria.

Per entrambi i generi la più elevata diffusione del fenomeno si registra nell'età adulta, con il valore massimo a 25-44 anni per gli uomini (27,9%) e a 45-64 anni per le donne (16,9%).

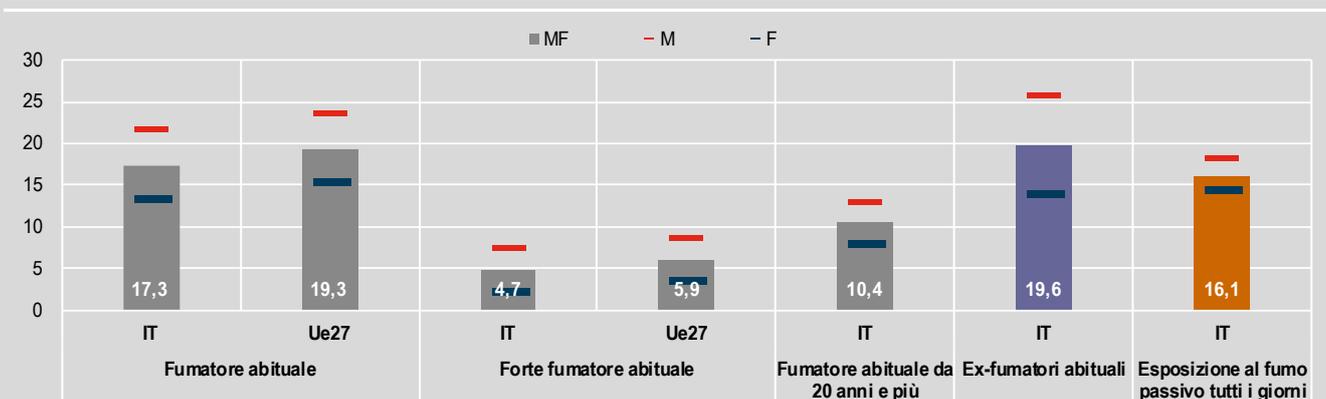
La maggior parte dei fumatori abituali fuma sigarette (16,5% in Italia, 18,4% nell'Ue27). Mediamente gli uomini ne fumano 15 e le donne 11. La quota di "forti fumatori", vale a dire coloro che fumano 20 e più sigarette al giorno, in Italia è di poco inferiore alla media europea: 4,7% contro 5,9%. Il valore minimo si registra in Svezia (1%) e quello massimo in Bulgaria (12,9%). I forti fumatori sono soprattutto uomini (7,3% contro 2,2% delle donne). L'abitudine a fumare 20 e più sigarette al giorno è crescente con l'età fino a 45-54 anni (dal 2,2% tra i giovani di 20-24 anni sale al 7,1% a 45-54 anni), diminuisce poi progressivamente nelle età successive fino all'1,1% tra gli ultrasettantacinquenni.

I rischi per la salute crescono anche con l'aumentare degli anni di esposizione al fumo di tabacco: il 10,4% della popolazione di 15 anni e più dichiara di fumare abitualmente da oltre 20 anni (12,9% tra gli uomini e 8% tra le donne). La quota più alta si osserva tra 45 e 54 anni (21,6% per gli uomini e 13,8% per le donne), mentre la più bassa tra gli ultrasettantacinquenni (6,2% degli uomini e 3,1% delle donne), tra i quali invece è massima la quota di ex-fumatori abituali (44,1% degli uomini e 11,3% delle donne).

Si inizia a fumare nell'adolescenza e in età giovanile: il 49,2% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 14 e i 17 anni e il 32,8% tra 18 e 20 anni. L'età media in cui gli uomini cominciano a fumare è più bassa rispetto a quella delle donne (17,5 anni contro 18,8). Tra queste ultime però, l'età media di inizio al consumo di tabacco varia con l'età anagrafica: le anziane (65 anni e più) hanno cominciato a fumare in media intorno ai 21 anni, mentre le più giovani (20-34 anni) a circa 17 anni, come i loro coetanei maschi. L'inizio precoce (prima dei 14 anni) è maggiore per gli uomini: il 6,5% ha iniziato prima dei 14 anni contro il 4,4% delle donne. Non si osservano invece differenze di genere per i giovani fumatori di 15-19 anni: il 10% ha iniziato a fumare prima dei 14 anni.

Guardando ai rischi per la salute del fumo di tabacco non sono infine da trascurare i circa 10 milioni di ex-fumatori abituali che hanno dichiarato di aver fumato tutti i giorni per almeno un anno (19,6% della popolazione di 15 anni e più): un uomo su quattro (25,6%) e una donna su sette (14,0%).

FIGURA 11. INDICATORI DI ABITUDINE AL FUMO PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ, ITALIA E MEDIA UE27.
Anno 2019, tassi per 100 persone (a)



a) I tassi degli indicatori sull'abitudine al fumo sono calcolati includendo le risposte proxy e escludendo i missing.

Più fumatori abituali tra le persone meno istruite

L'abitudine al fumo è strettamente associata al livello di istruzione, ma con andamenti differenziati nei due sessi. Negli uomini i fumatori abituali aumentano al decrescere del livello di istruzione (16,2% tra i laureati, 23,9% tra coloro che hanno conseguito al massimo la licenza media). Nelle donne, invece, l'influenza del livello di istruzione sull'abitudine a fumare è diversificata in funzione dell'età. Fino a 64 anni la relazione è analoga a quella degli uomini: 12,3% tra le laureate, 17,4% tra le diplomate e 18,4% tra chi ha al massimo la licenza media. Tra le donne più anziane (65 anni e più) sono invece le più istruite a far registrare la maggiore prevalenza di fumatrici (13,3% contro 6,1% di chi ha al massimo la licenza media).

Il basso livello di istruzione risulta associato anche alla maggiore quantità di sigarette fumate giornalmente: mediamente 15 sigarette tra i fumatori con al massimo la licenza media, 12 sigarette tra i laureati.

Nel territorio, la più alta percentuale di fumatori abituali si rileva nel Centro (18,6%, tasso standardizzato per età), seguono le Isole (18,3%) e il Nord-ovest (18,0%). Più bassi i valori nel Nord-est (17,0%) e al Sud (16,4%). Nell'Italia meridionale e insulare superano la media sia il numero medio di sigarette fumate al giorno (15 nel Sud e 14 nelle Isole), sia la quota di forti fumatori (5,4% nel Sud e 5,2% nelle Isole). Gli ex-fumatori abituali prevalgono nel Nord (21,5% Nord-est, 20,3% Nord-ovest) e nel Centro (20,0%), dove è anche maggiore la quota di quanti hanno smesso di fumare (21,8% Nord; 20,0% Centro; 16,5% Mezzogiorno).

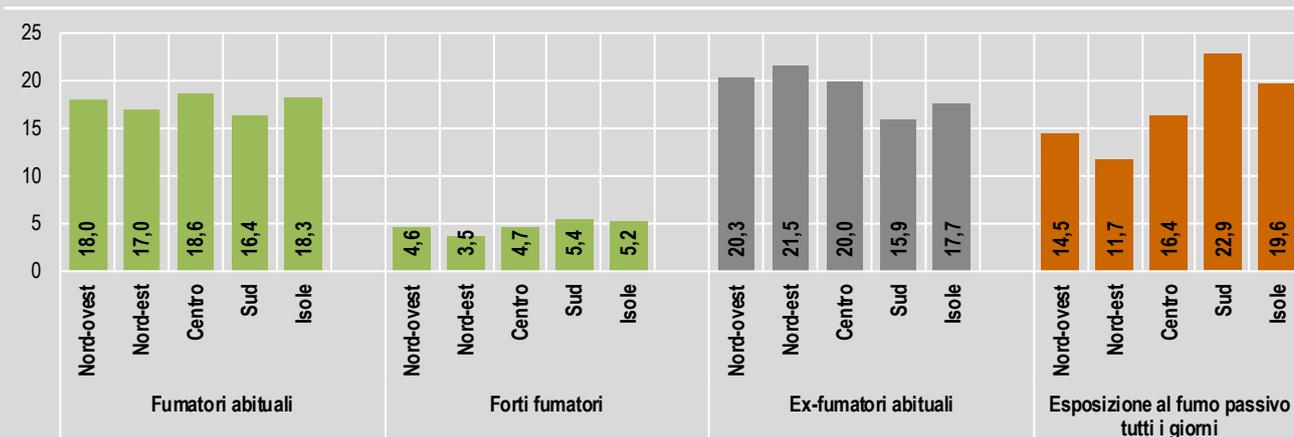
Giovani più esposti ai rischi del fumo passivo

Diversi studi confermano che il fumo passivo aumenta il rischio di sviluppare malattie dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Sono circa sette milioni le persone che ogni giorno sono esposte al fumo passivo in ambienti chiusi della propria abitazione o dell'ufficio in cui lavorano (16,1%). Bambini e adolescenti sono i più vulnerabili rispetto agli effetti del fumo passivo, poiché il loro organismo è ancora in via di sviluppo. Un ragazzo di 15-19 anni ogni cinque è esposto al fumo passivo ogni giorno (21,4%). Quote elevate di esposizione giornaliera ai rischi del fumo passivo si osservano anche tra i giovani di 20-24 anni (28,8%) e 25-34 anni (24,0%).

Le persone con basso titolo di studio di 25-64 anni sono maggiormente esposte ai rischi del fumo passivo in ambienti chiusi della propria abitazione o del luogo in cui lavorano: 22,3% contro 12,6% di chi ha un titolo di studio più alto.

Una maggiore esposizione giornaliera al fumo passivo si rileva al Sud (22,9%, tasso standardizzato per età) e nelle Isole (19,6%), rispetto al valore minimo dell'11,7% nel Nord-est.

FIGURA 12. INDICATORI DI ABITUDINE AL FUMO PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2019, tassi standardizzati per 100 persone



Glossario

Allattamento: l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) tra gli indicatori riferiti all'allattamento, propone il monitoraggio dell'indicatore opzionale "*children ever breastfed*", ovvero la proporzione di bambini nati negli ultimi 24 mesi che sono allattati al seno. L'indicatore, basato su un quesito di tipo retrospettivo, riflette la "cultura" dell'allattamento al seno e le pratiche di cura in relazione al parto. L'Oms propone sempre come indicatore opzionale la durata mediana dell'allattamento per i bambini con meno di 36 mesi.

Allattamento esclusivo: la durata dell'allattamento esclusivo fino al 6° mese di vita del bambino è il principale indicatore raccomandato dall'Oms, che suggerisce anche una formulazione specifica del quesito sul tipo di alimento assunto dal bambino nelle ultime 24 ore. Il quesito è pensato per costruire un indicatore di tipo oggettivo per il bambino che si nutre solo ed esclusivamente di latte materno. Nell'indagine EHIS, non potendo rilevare direttamente tale sottogruppo di popolazione, sono stati inseriti due quesiti di tipo retrospettivo in modo da calcolare l'indicatore per differenza tra l'ultimo mese di allattamento al seno dichiarato dalla madre e il mese in cui è stato introdotto uno degli alimenti che modifica sostanzialmente l'alimentazione del bambino allattato esclusivamente al seno. Tale modifica si ha quando, oltre al latte materno, viene introdotto stabilmente e con regolarità uno dei seguenti alimenti: acqua, tisane, succhi, latte artificiale o di origine animale, o qualsiasi cibo solido o semisolido.

Attività fisica aerobica: include sport, *fitness* o altra attività fisica ricreativa, praticati nel tempo libero per almeno 10 minuti continuativi, che comportano un'accelerazione del respiro e del battito cardiaco.

Comportamento sedentario: viene definito dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) come "qualsiasi comportamento di veglia caratterizzato da un dispendio energetico di 1,5 METS o inferiore mentre si sta seduti o sdraiati". La maggior parte del lavoro d'ufficio alla scrivania, guidare un'auto e guardare la televisione sono esempi di comportamenti sedentari; questi si applicano anche a coloro che non possono stare in piedi, come gli utenti su sedia a rotelle.

Diabete di tipo 2: Il diabete mellito di tipo 2 è di gran lunga la forma di diabete più frequente (interessa il 90% dei casi) ed è tipico dell'età matura.

Ex-fumatore abituale: persona che attualmente non fuma tabacco tutti i giorni ma nel corso della vita ha fumato per almeno un anno sigarette, sigari, pipa tutti i giorni.

Fumatore abituale: persona che fuma tutti i giorni sigarette e/o sigari e/o pipa.

Forte fumatore: persona che fuma 20 o più sigarette al giorno.

Indice di massa corporea (Imc): un indice è un indice pondo - staturale dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, e il quadrato della sua statura, espressa in metri. Secondo i criteri stabiliti dall'Organizzazione mondiale della sanità il valore soglia dell'Imc per stabilire se un individuo possa considerarsi obeso è pari a 30, sono sottopeso le persone con valori di Imc inferiori a 18,5; sono normopeso le persone con valori di Imc compresi nell'intervallo 18,5-24,9; sono in sovrappeso le persone con valori di Imc compresi nell'intervallo da 25-29,9; si considerano in eccesso di peso le persone con valori di Imc uguali o superiori a 25.

Mammografia: è un esame radiologico effettuato sulla mammella che fornisce informazioni sulle strutture delle ghiandole e su eventuali alterazioni.

Metabolic Equivalent of Task (Met) è un'unità che stima la quantità di energia utilizzata dall'organismo durante l'attività fisica, rispetto al metabolismo a riposo. Il Met può essere espresso in termini di consumo di kilocalorie o di ossigeno. A riposo o seduto, la persona media spende 1 Met, che equivale a: 1 chilocaloria per chilogrammo di peso corporeo per i minuti di attività oppure 3,5 millilitri di ossigeno per chilogrammo di peso corporeo moltiplicato i minuti di attività.

Pap-test o Test HPV: il pap-test è un esame per la diagnosi dei tumori al collo dell'utero effettuato mediante prelievo di cellule dalla cervice uterina. Il test HPV consiste nel prelievo di una piccola quantità di cellule dalla cervice uterina, che vengono successivamente analizzate per verificare la presenza di Papillomavirus: le infezioni causate da questo virus possono infatti essere responsabili del tumore del collo dell'utero. Le modalità di esecuzione dell'esame sono analoghe nei due test.

Porzione di frutta: quantità pari ad esempio ad una mela, una pera, due mandarini, ecc.

Porzione di verdura: quantità che ricopre il fondo del piatto.

Quinti di reddito: per misurare le disuguaglianze nella distribuzione dei redditi, è possibile ordinare le famiglie dal reddito equivalente più basso a quello più alto e classificarle in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20% delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti.

Quozienti standardizzati: per rendere confrontabili popolazioni con diversa distribuzione per età è necessario calcolare dei tassi che rimuovano gli effetti della struttura demografica sui fenomeni oggetto di studio. È stato applicato il metodo della *standardizzazione diretta* prendendo come riferimento la *popolazione standard europea del 2013*.

Ricerca del sangue occulto nelle feci: esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, effettuato mediante test biochimico di tipo immunologico che verifica la presenza anche di piccolissime quantità di sangue nelle feci, non visibili ad occhio nudo

Ripartizioni geografiche: suddivisione geografica del territorio che comprende Nord (Nord-ovest, Nord-est), Centro, Mezzogiorno (Sud e Isole). **Nord:** comprende Piemonte, Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste*, Liguria, Lombardia (Nord-ovest); Trentino-Alto Adige (Bolzano-*Bozen*, Trento), Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna (Nord-est). **Centro:** comprende Toscana, Umbria, Marche, Lazio. **Mezzogiorno:** comprende Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria (Sud); Sicilia, Sardegna (Isole).

Titolo di studio: quello più elevato conseguito. **Alto:** dottorato di ricerca o specializzazione postlaurea, laurea, diploma universitario, diploma accademico di alta formazione (artistica, musicale, coreutica); diploma di tecnico superiore. **Medio:** diploma di scuola superiore 4-5 anni, diploma o di attestato di qualifica professionale di 2-3 anni. **Basso:** licenza elementare, nessun titolo e sa e leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere.

Unione europea (27 paesi): Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Olanda, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria.

Nota metodologica

L'Indagine europea sulla salute (EHIS) è condotta in tutti gli Stati dell'Unione europea con l'obiettivo di costruire indicatori di salute confrontabili a livello europeo sui principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione, il ricorso ai servizi sanitari e i determinanti di salute. L'Indagine è prevista dal Regolamento (Ue) n. 255/2018 della Commissione, del 19 febbraio 2018 (che attua il regolamento (Ce) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro) ed è inserita nel Programma statistico nazionale 2017-2019 (cod. IST 02565).

Questa edizione dell'Indagine, di cui si riportano alcuni dati nel presente report, è stata condotta in Italia, così come nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, nel 2019. La rilevazione presso i Comuni del campione è avvenuta in due periodi dell'anno: il primo da aprile a giugno e il secondo da settembre a dicembre.

Le interviste sono state condotte secondo la tecnica *Pen and paper interview (Papi)* - tecnica di rilevazione che prevede l'utilizzo delle interviste faccia-a-faccia da parte di un rilevatore appartenente alla rete comunale, adeguatamente e prioritariamente formato dall'Istat. Per una parte esigua di quesiti è stata prevista l'autocompilazione del questionario. La maggior parte delle sezioni dei modelli di rilevazione fa riferimento alla popolazione di 15 anni e oltre, come richiesto dal Regolamento europeo, fanno eccezione le prime sezioni del questionario per intervista, dove si raccolgono informazioni anche sui minori di 15 anni, per soddisfare bisogni informativi nazionali, rilasciate su base volontaria da un genitore o un adulto di riferimento della famiglia.

Il campione realizzato è di circa 22.800 famiglie residenti in 835 comuni di diversa ampiezza demografica, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Il disegno campionario è a due stadi con stratificazione delle unità di primo stadio (Comuni). Le unità di secondo stadio sono le famiglie, estratte con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche per i comuni campione con meno di 1.000 abitanti e dalla lista delle famiglie selezionate per il Censimento permanente del 2018 per i comuni campione con 1.000 abitanti e oltre, in modo da costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente.

La popolazione di interesse dell'indagine è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dai membri che le compongono; sono pertanto esclusi i membri permanenti delle convivenze. La famiglia è intesa come *famiglia di fatto*, ossia un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi.

I temi descritti nel presente report sono solo una parte dei contenuti informativi rilevati con l'Indagine e riguardano la prevenzione dei tumori (il ricorso a mammografia, pap-test, test HPV, test di ricerca del sangue occulto nelle feci, colonscopia), la vaccinazione antinfluenzale e la frequenza dei controlli di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa. Inoltre, sono descritti numerosi indicatori relativi agli stili di vita e ai fattori di rischio per la salute: attività fisica, comportamenti sedentari, eccesso di peso, alcune abitudini alimentari, allattamento al seno, consumo di tabacco.

Gli indicatori presentati nel report sono calcolati, per omogeneità con quanto viene fatto da Eurostat, eliminando i "non indicato" e considerando solo le risposte dirette, ovvero escludendo le risposte fornite da persone diverse dall'intervistato, salvo quando non sia specificato diversamente.

Alcune tematiche presenti nell'Indagine sono state trattate nella statistica report "Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia" (<https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>). I risultati completi dell'Indagine sono diffusi mediante tavole statistiche *online* relative a: condizioni di salute (malattie croniche, salute mentale, dolore fisico, limitazioni e riduzioni di autonomia); partecipazione alla vita sociale; ricorso ai servizi sanitari; incidenti e infortuni; difficoltà di accesso a prestazioni sanitarie; salute dei denti; sostegno sociale; cure o assistenza fornite; prevenzione; stili di vita (peso e altezza; consumo di frutta, verdura e bevande zuccherate; attività fisica; consumo di tabacco).

Indicatori calcolati con i dati dell'indagine per tutti i paesi dell'Unione europea sono resi disponibili da Eurostat nel database all'indirizzo <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, sotto le voci "Population and social conditions/Health".

Per prendere visione della formulazione degli specifici quesiti contenuti nei questionari dell'Italia e per approfondire altri aspetti metodologici relativi alla strategia di campionamento e al livello di precisione dei risultati, si suggerisce di consultare la pagina dedicata all'indagine ed i relativi allegati sul sito dell'Istat all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/167485>.

Note

- i. Gli *screening* sono esami condotti a tappeto su una fascia più o meno ampia della popolazione allo scopo di individuare una malattia o i suoi precursori (cioè quelle anomalie da cui la malattia si sviluppa) prima che si manifesti attraverso sintomi o segni. Oltre agli *screening*, il rallentamento ha riguardato anche i controlli di persone con problemi di salute non urgenti.
- ii. L'Indagine EHIS wave3 (*European Health Interview Survey*) condotta in tutti i paesi dell'Unione europea, è stata realizzata in Italia nel 2019, secondo quanto previsto dal Regolamento europeo n.255/2018. Per garantire la comparabilità con gli indicatori pubblicati da Eurostat, gli indicatori presentati nel report sono calcolati eliminando i "non indicato" e considerando solo le risposte dirette, ovvero escludendo le risposte fornite da persone diverse dall'intervistato, salvo quando diversamente specificato.
- iii. Per garantire il confronto a livello europeo si considera solo il Pap-test - senza includere il test HPV - e tenendo conto di un *target* di popolazione di 25-69 anni, più ampio rispetto a quello considerato in Italia (25-64 anni).
- iv. Titolo di studio: vedi glossario.
- v. Rapporto Osservasalute 2020, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Prex 2021.
- vi. WHO (2019), *Global Influenza Strategy 2019-2030*,
https://www.who.int/influenza/Global_Influenza_Strategy_2019_2030_Summary_English.pdf
- vii. WHO 2020 Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- viii. Vedi Glossario.
- ix. Secondo l'indagine Aspetti della vita quotidiana del 2019, guarda la TV giornalmente l'87,2% dei bambini di 6-10 anni, il 77,3% dei ragazzi di 11-14 anni e il 67,5% di 15-17 anni; l'uso quotidiano del PC è del 7,2% tra 6-10 anni, 22,2% tra 11-14 anni, 29,1% tra i 15-17 anni.
- x. Vedi Glossario.
- xi. Vedi Glossario.
- xii. Ministero della salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2426_allegato.pdf
- xiii. L'allattamento al seno ha un ruolo importante nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile essendo collegato a molti degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), in particolare a quelli che riguardano la fame (Goal 2) e la salute e il benessere (Goal 3).
- xiv. Per il calcolo dell'indicatore proposto dall'Oms "*Children Ever breastfed*" vedi Glossario.
- xv. L'Oms suggerisce un indicatore di tipo oggettivo che è depurato dal recall bias, vedi Glossario.

Per chiarimenti tecnici e metodologici

Laura Iannucci
iannucci@istat.it

Lidia Gargiulo
gargiulo@istat.it