

# ben

bollettino  
epidemiologico  
nazionale

Monografia

Rivista peer reviewed dell'Istituto Superiore di Sanità

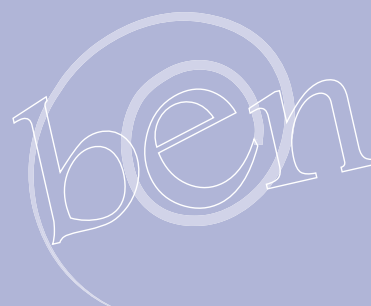
Volume 2 (4) 2021



## Guadagnare Salute: l'impatto sulla salute pubblica in Italia

A cura di Stefania Salmaso e Donato Greco

- i** Editoriale
- iv** Guadagnare Salute: il percorso del Ministero della Salute
- 1** Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione
- 12** Progetto CUORE: *health examination survey* e studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare
- 22** Controllo del tabacco in Italia a 15 anni dal Programma nazionale Guadagnare Salute: ombre sull'approccio intersettoriale al tabacco
- 29** Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol
- 39** Sovrappeso e obesità nei bambini: il contributo del Programma nazionale Guadagnare Salute
- 46** L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020)



**Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità:** Silvio Brusaferrò

**Direttore scientifico:** Antonino Bella

**Direttore editoriale:** Carla Faralli

**Comitato scientifico**

Giovanni Baglio, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma (Italia)

Chiara Donfrancesco, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Lucia Galluzzo, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Donato Greco, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Ilaria Lega, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Cristina Morciano, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Luigi Palmieri, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Valentina Possenti, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Caterina Rizzo, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma (Italia)

Stefania Salmaso, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Stefania Spila Alegiani, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Angela Spinelli, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Marina Torre, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

**Redazione:** Paola Luzi, Luana Penna, Sabrina Sipone

**Progetto grafico:** Lorenzo Fantozzi

**Supporto informatico:** Pierfrancesco Barbariol

**Ringraziamenti**

*Ilaria Luzi e Susanna Lana (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS) per il contributo all'editing del presente fascicolo monografico.*

Legge 16 luglio 2012, n. 103 di conversione del Decreto Legge 18 maggio 2012, n. 63. "Disposizioni urgenti in materia di riordino dei contributi alle imprese editrici, nonché di vendita della stampa quotidiana e periodica e di pubblicità istituzionale"

**Art. 3 bis**

**Semplificazioni per periodici web di piccole dimensioni**

1. Le testate periodiche realizzate unicamente su supporto informatico e diffuse unicamente per via telematica ovvero on line, i cui editori non abbiano fatto domanda di provvidenze, contributi o agevolazioni pubbliche e che conseguano ricavi annui da attività editoriale non superiori a 100.000 euro, non sono soggette agli obblighi stabiliti dall'articolo 5 della legge 8 febbraio 1948, n. 47, dell'articolo 1 della legge 5 agosto 1981, n. 416, e successive modificazioni, e dall'articolo 16 della legge 7 marzo 2001, n. 62, e ad esse non si applicano le disposizioni di cui alla delibera dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni n. 666/08/CONS del 26 novembre 2008, e successive modificazioni.

2. Ai fini del comma 1 per ricavi annui da attività editoriale si intendono i ricavi derivanti da abbonamenti e vendita in qualsiasi forma, ivi compresa l'offerta di singoli contenuti a pagamento, da pubblicità e sponsorizzazioni, da contratti e convenzioni con soggetti pubblici e privati.

## EDITORIALE

*Fino al 2019 le 10 più frequenti cause di morte in Italia, come nel resto del mondo, sono state le malattie cronico-degenerative. Una quota rilevante di queste si sono dimostrate, ormai in modo consolidato, associate, in termini etiologici, a fattori di rischio comportamentali e modificabili. In ordine di rilevanza i fattori “killer” sono stati identificati nel fumo di tabacco (circa 80mila decessi ogni anno), l’inattività fisica, l’alimentazione povera di frutta e verdura, il consumo di alcol, il sovrappeso e l’obesità. Direttamente correlati a questi fattori, alcune condizioni sono predittive di malattia: ipertensione, elevati livelli di emoglobina glicosilata, ipercolesterolemia. Oltre alla mortalità, tali fattori sono responsabili di un numero elevatissimo di anni di vita passati in disabilità, di un costo assistenziale in continua crescita e di enormi disuguaglianze sociali e geografiche. I fattori menzionati sono molto frequenti nella popolazione italiana e per molti anni sono stati in aumento costante, proprio perché legati a consumi e stili di vita rapidamente modificati rispetto a quelli tradizionali. Una epidemia certamente più silenziosa e strisciante rispetto alle epidemie causate da agenti infettivi come batteri e virus, ma anche più pericolosa perché non riconosciuta e spalmata su molti anni di calendario. La multifattorialità delle maggior parte delle malattie cronico-degenerative, come quelle cardiovascolari e i tumori, spiega il grande vantaggio di un approccio trasversale di prevenzione di malattie così diverse, per cui riducendo, ad esempio, l’esposizione al fumo di tabacco, non riduciamo solo una singola patologia cardiovascolare, ma anche una lunga serie di tumori.*

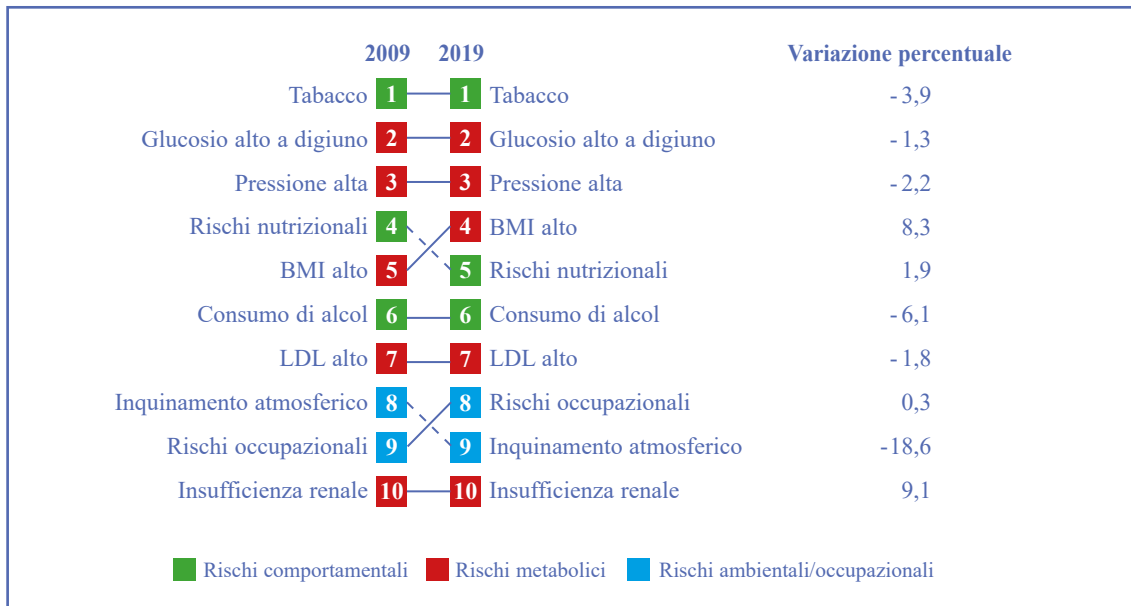
*Il servizio sanitario può comunicare i rischi, può monitorare la frequenza delle condizioni di salute e dei fattori ad essa correlati, può assistere e spesso curare, ma le radici dei comportamenti dannosi per la salute sono altrove ed esterni all’ambito prettamente sanitario. Per questo motivo, nel 2007, è stata lanciata l’ambiziosa iniziativa del Programma nazionale Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari (1) per promuovere un approccio intersettoriale, e non solo legato al comparto sanità. per la riduzione dei fattori “killer”. L’iniziativa marcava anche la necessità di un cambio di approccio della sanità pubblica, dalla prevenzione intesa come atto sanitario (vaccinazioni e screening oncologici) alla promozione della salute in senso più ampio, in cui il mondo sanitario si pone come catalizzatore o almeno controllore che, anche in ambiti non strettamente sanitari, si vada nella direzione di contrasto alle malattie cronico-degenerative. Il postulato di Guadagnare Salute “salute in tutte le politiche”, è uno slogan facile da comprendere, ma non altrettanto facile da mettere in atto e verificare.*

*La pandemia di COVID-19 ha monopolizzato dal 2020 tutta l’attenzione dei media e dell’opinione pubblica ed ha impegnato tutte le energie dei Dipartimenti di Prevenzione; oltre a ricordarci le dinamiche di diffusione inter-umana delle infezioni, ha anche evidenziato i maggiori rischi che corrono le persone affette da malattie cronico-degenerative. Il 9,5% di tutti i decessi registrati in Italia tra febbraio e novembre 2020 è stato attribuito a COVID-19 e dall’analisi di un campione di cartelle cliniche relative a pazienti deceduti per COVID-19 risulta che solo il 3% dei pazienti non aveva patologie pregresse, mentre l’11% presenta 1 patologia, il 18% 2 patologie e il 68% ne presentavano 3 o più. Chi è affetto da patologie cronico-degenerative è riconosciuto essere a maggior rischio di decesso e malattia severa da COVID-19 ed è stato definito come particolarmente vulnerabile agli effetti dell’infezione (2).*

*Le malattie cronico-degenerative non sono passate di moda durante la pandemia, anzi ne potenziano quelli che sono gli effetti negativi.*

*L’aggiornamento del Global Burden of Diseases, che riporta il confronto tra il 2009 e il 2019, fornisce un quadro complessivo sull’Italia e comparativo con altri Paesi in termini di modifica, sull’arco di 10 anni, di frequenza delle principali cause di morte e disabilità e delle quote attribuibili ai diversi fattori di rischio (3).*

*L’ordine relativo di importanza dei fattori, nei confronti della mortalità e della disabilità, non è molto cambiato nei 10 anni analizzati. Il tabacco è sempre il primo “killer” e le condizioni legate a diabete e ipertensione sono al secondo e al terzo posto, rispettivamente. Tuttavia, il dato incoraggiante è la piccola ma significativa riduzione della quota di mortalità e disabilità attribuibili a questi fattori e condizioni: per il tabacco la quota stimata è diminuita di quasi il 4%, per l’emoglobina glicosilata dell’1,3% e per l’ipertensione del 2%. Spostamenti piccoli, ma che generano numeri assoluti non trascurabili nella popolazione. Il peso relativo dell’alcol rimane stabile nel confronto tra i diversi anni, ma la quota di decessi e disabilità correlabili è diminuita di circa il 6%. In controtendenza a questi piccoli, ma incoraggianti spostamenti, sono invece i rischi correlati all’alimentazione e all’obesità e al sovrappeso che nel giro di 10 anni sono aumentati di quasi il 2% e dell’8%, rispettivamente (Figura).*



**Figura** - I primi dieci fattori di rischio che contribuiscono al numero totale di Disability-Adjusted Life Years (DALYs) nel 2019 e variazione percentuale 2009-2019 per tutte le età

Fonte: modificata da [www.healthdata.org/italy](http://www.healthdata.org/italy)

*A distanza di 15 anni dal lancio di Guadagnare Salute sembra rilevante non perdere di vista l'impegno importante che ci eravamo prefissati e fare il punto della situazione sulle patologie e i fattori di rischio, soprattutto per le migliaia di operatori sul campo che da anni hanno investito energie e competenze nel cambio di approccio e che nel periodo della pandemia sono stati chiamati ad occuparsi di altro, consapevoli che il lavoro che avevano intrapreso contro le malattie cronico-degenerative è ancora lontano dagli obiettivi prefissati e che nel futuro sarà ancora l'impegno principale per la sostenibilità del nostro servizio sanitario.*

*Questo fascicolo monografico del Bollettino epidemiologico nazionale presenta lo stato dell'arte attraverso i dati e le attività che il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) aveva avviato all'epoca del lancio di Guadagnare di Salute e che ora sono mantenute dai diversi settori dell'ISS in cui sono confluite le specifiche competenze dopo il riordino strutturale dell'Istituto nel 2016.*

*A sostegno della sorveglianza sugli stili di vita e sulle condizioni predittive di malattia, effettuata dal servizio sanitario nelle sue singole articolazioni territoriali, ma con metodi condivisi, sono stati avviati i sistemi PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI d'Argento per la produzione di dati a sostegno e guida dei Piani di Prevenzione Regionali; l'articolo riportato in questo fascicolo ci fornisce il quadro della situazione attuale e delle sue variazioni dalla fine della prima decade del 2000.*

*Accanto alle sorveglianze, che riportano dati riferiti, è importante valutare anche la misurazione diretta di indicatori biologici delle malattie prevenibili in campioni di popolazione. Questa attività è descritta dall'articolo del Progetto CUORE che ha innestato le attività di monitoraggio di Guadagnare Salute sul consolidato filone di ricerca relativo alle malattie cardiovascolari. Gli studi longitudinali in questo settore hanno fatto scuola nell'epidemiologia internazionale e per l'Italia hanno permesso la costruzione della carta del rischio cardiovascolare e le competenze per le Health Examination Survey ripetute periodicamente. In particolare, le ultime rilevazioni in ordine di tempo hanno incluso la determinazione dell'assunzione di sodio, in diminuzione ma ancora oltre i livelli raccomandati, e di potassio come indicatore del consumo di frutta e verdura, quest'ultimo sotto i livelli raccomandati.*

*L'articolo sul tabacco, ancora oggi primo "killer" anche in Italia, esamina il percorso ondivago dell'approccio intersettoriale, evidenziando le criticità dovute a scelte politiche nel settore economico e del lavoro che non sembrano in linea con l'obiettivo di riduzione del consumo di tabacco. La presenza di nuovi prodotti, propagandati e promossi come possibili strumenti di riduzione del danno, ha fatto attenuare e qualche volta deviare l'impegno contro il fumo di tabacco, che anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene da evitare in qualsiasi forma.*

*Il contributo dedicato all'alcol evidenzia l'impegno di monitoraggio a livello nazionale, che ha avuto anche il vantaggio di una legge quadro nazionale, ma anche le criticità presenti. La sensibile iniziale riduzione del numero di consumatori dal 2007 al 2014 si è arrestata e la prevalenza di consumatori è in crescita a partire dal 2014 per entrambi i generi, ma in modo più spiccato per le femmine, le più suscettibili ai danni provocati dall'alcol.*

*Sovrappeso e obesità sono ancora un problema diffuso in Italia. La prevalenza di eccesso ponderale nei bambini è sensibilmente diminuita nel tempo, sebbene continui ad essere una tra le più alte in Europa, e permangano notevoli differenze geografiche tra le Regioni italiane, indicando quanto le disuguaglianze di salute siano tanto da contrastare quanto evidenti.*

*In linea con il problema di sovrappeso e obesità è la scarsa attività fisica della popolazione italiana. I risultati di diversi studi e sistemi di sorveglianza puntano tutti alla stessa conclusione: in Italia l'attività fisica non è sufficientemente praticata, né promossa. Nel 2019 un bambino su cinque è classificato come inattivo (in peggioramento rispetto alle rilevazioni precedenti), tra gli adolescenti l'attività fisica tende a diminuire con l'aumentare dell'età in entrambi i sessi e tra gli adulti la quota di persone sedentarie è aumentata a livello nazionale, con un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali. La prevalenza di persone sedentarie nella fascia di età di 65 anni e più è intorno al 40%.*

*Questo fascicolo monografico è un insieme di resoconti, ricco per la diversità di argomenti e di approcci metodologici, testimonianza del complesso lavoro svolto per dare attuazione alle strategie intersettoriali, alle azioni di contrasto ai fattori di rischio prevenibili e agli interventi di promozione della salute indicate da Guadagnare Salute e che dimostrano come le priorità che hanno ispirato tale Programma siano ancora sul tavolo.*

#### Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari. 2007. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf); ultimo accesso 7/2/2022.
2. EpiCentro. Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Dati al 10 gennaio 2022. [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_10\\_gennaio\\_2022.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_10_gennaio_2022.pdf); ultimo accesso 7/2/2022.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Italy. [www.healthdata.org/italy](http://www.healthdata.org/italy); ultimo accesso 7/2/2022.

Stefania Salmaso  
Donato Greco

## Guadagnare Salute: il percorso del Ministero della Salute

Il Programma nazionale Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari si è caratterizzato da subito per l'approccio innovativo che, partendo da una visione della salute pubblica non più come un "bene distribuito" dallo Stato bensì come un "bene" alla cui conquista e al cui mantenimento tutti devono contribuire e ispirandosi in tal senso ai principi della Carta di Ottawa e della strategia "salute in tutte le politiche" ha agito e mira ad agire tenendo conto dei molteplici fattori economici, sociali, ambientali, psicologici che sono alla base delle scelte individuali e che condizionano fortemente la capacità della persona di modificare i propri comportamenti, adottando quelli che influiscono positivamente sulla salute.

Guadagnare Salute è stato, dunque, il primo documento programmatico finalizzato alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica, concordati fra livelli istituzionali e di governo, che ha riconosciuto la necessità di assicurare le potenzialità e i requisiti della salute, non soltanto attraverso gli stili di vita individuali e l'offerta di prestazioni sanitarie, ma soprattutto attraverso la creazione di contesti salutogenici, intervenendo sulla qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro che concorrono ad una salute migliore. In tal modo, per la prima volta in Italia è stata elaborata una strategia globale che ha introdotto un nuovo modo di fare prevenzione, attraverso la costruzione di politiche per la salute pubblica, che prevedano l'integrazione e il coordinamento dell'azione di tutti gli organismi interessati per promuovere lo sviluppo umano, la sostenibilità e l'equità del sistema attraverso la creazione di alleanze e sinergie tra attori diversi: sistema sanitario, Amministrazioni centrali e locali, includendo la scuola, il mondo del lavoro e dell'industria, l'ambiente e i trasporti, il volontariato e il privato sociale. A tal fine, Guadagnare Salute ha avviato una stagione di collaborazioni, fino ad allora impensabili, attraverso protocolli d'intesa e accordi che hanno consentito proficue interazioni tra interlocutori istituzionali e non di diversi settori, per la realizzazione di interventi sostenibili e supportati da evidenze di efficacia e/o buone pratiche.

Tale prospettiva è stata legittimata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 che ha aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ridefinendo radicalmente il livello della "assistenza sanitaria collettiva" nei contenuti attuali della "prevenzione collettiva e sanità pubblica" e inserendo, tra le attività che caratterizzano i processi di prevenzione rispetto all'ambito assistenziale, anche la "cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale Guadagnare Salute". Inoltre, anche attraverso i progetti promossi dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), tali principi si sono tradotti nella pratica e, a tendere, nella attività correnti dei servizi, e hanno favorito il consolidamento e la diffusione sul territorio di modelli e buone pratiche di integrazione territoriale in grado di indurre modifiche significative e stabili nei contesti, così da facilitare ulteriormente le scelte salutari.

Proponendo il modello sociale di salute come azione etica volta a proteggere le fasce di popolazione più deboli e svantaggiate e orientare tutti i cittadini, senza discriminazioni, a scegliere per la salute, Guadagnare Salute ha spostato l'attenzione sui determinanti della salute, intesi, più in generale, come le condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali, di vita e di lavoro, delle quali è necessario avere costantemente conoscenza tempestiva per poter fornire una adeguata risposta di salute. Pertanto Guadagnare Salute ha coinciso con lo sviluppo, il consolidamento e l'evoluzione anche normativa dei sistemi di sorveglianza di popolazione che oggi costituiscono la base per la definizione del profilo di salute ed equità, a livello nazionale, regionale e locale, prerequisito (contemplato dai LEA) della programmazione e dell'azione in sanità pubblica, in quanto consente di identificare bisogni di salute e confrontarli con l'offerta, selezionare priorità di problemi e azioni, misurare nel tempo l'impatto dei determinanti di salute e di equità, osservare e valutare i cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati, garantire una programmazione orientata all'equità, partecipata e condivisa, fungendo da catalizzatore di interesse responsabile e consapevole da parte di tutti gli attori del Servizio sanitario regionale e dei settori non sanitari che, con le rispettive policy/interventi/azioni, concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari.

Nella pianificazione di livello centrale, già il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 ha visto l'avvio di partnership e alleanze strutturate, a partire dalla scuola, e l'attuazione di programmi intersettoriali, mentre il PNP 2014-2019 ha fatto proprio l'approccio intersettoriale per promuovere politiche e azioni integrate volte a modificare i determinanti sociali, secondo i principi di "salute in tutte le politiche" e ha individuato obiettivi ad elevata valenza strategica, perseguiti dalle Regioni attraverso programmi di

promozione della salute secondo un approccio trasversale e multifattoriale, per ciclo di vita (life-course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), e con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali. In coerenza, le Linee di supporto centrali del PNP, dette azioni centrali (AC), sono state elaborate e affinate negli anni con l'intento di migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e, in generale, di facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP proprio rendendo più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali e tra questi e gli stakeholder.

Il PNP 2020-2025 e, a cascata, i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) appena avviati, rafforzano la visione della salute come un esito che può essere garantito solo da uno sviluppo combinato, armonico e sostenibile, dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Tale visione viene tradotta nell'indicazione, fornita dal PNP, di una programmazione delle policy multistakeholder, condivisa e partecipata, con il coinvolgimento attivo delle comunità nei processi decisionali.

A distanza di 15 anni, è innegabile che, in termini di processo, Guadagnare Salute e PNP abbiano innescato un rinnovamento, culturale prima che politico, e che tale maturazione si sia manifestata soprattutto nel settore sanitario, sempre più consapevole del proprio fondamentale ruolo di advocacy nei confronti di altri stakeholder e non più solo di erogatore di servizi e prestazioni. Questa evoluzione si è ancorata e, nel contempo, ha stimolato, nella stessa direzione, i canali istituzionali (ad esempio, il sistema di valutazione del PNP e dei PRP 2020-2025 è confluito in quello di verifica degli Adempimenti LEA e nel Nuovo Sistema di Garanzia), rendendoli sempre più cogenti e incisivi rispetto al pericolo, reale, di dissociazione tra adempimento formale ed effettiva adozione dell'approccio alla prevenzione, nonché tra obiettivo/esito atteso e risorse necessarie al suo raggiungimento.

Un analogo percorso è stato intrapreso per le metodologie e per gli strumenti a supporto di Guadagnare Salute e dei PNP, da quelli che sostengono la programmazione e la valutazione, ad esempio con riferimento all'adozione sempre più evoluta e sistematica di un approccio orientato all'equità, attraverso l'applicazione dell'Health Equity Audit a tutti i programmi dei PRP 2020-2025, a quelli che alimentano la definizione di modelli di governance, dal momento che le azioni centrali hanno adottato e mantenuto il modello di stewardship, in base al quale il Ministero della Salute, in collaborazione con altri Ministeri e istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni (e queste il medesimo ruolo nei confronti delle Aziende sanitarie, opportunamente adattato ai contesti) per favorire la programmazione e la realizzazione delle politiche, per stabilire e mantenere collaborazioni, promuovendo la creazione di reti e alleanze e avvalendosi di regole formali (accordi, patti, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale, ecc.).

In termini di esiti di salute è altresì innegabile che la strada da percorrere è ancora lunga e complessa e che accanto a chiari segni di miglioramento si evidenziano tuttora notevoli criticità, tutte convergenti verso la difficoltà, prevalente, di una piena condivisione a livello nazionale dell'ottica di "salute in tutte le politiche", spesso contrastata dalla necessità di conciliare molteplici interessi economici a scapito della tutela della salute. Anche in questo ambito, tuttavia, esistono promettenti aperture di natura politica. Ad esempio, dopo l'adozione da parte delle Nazioni Unite (ONU) dell'Agenda 2030 per lo sviluppo globale, la promozione del benessere umano e la protezione dell'ambiente, nel dicembre 2017 il Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica (CIPE) ha approvato la Strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile (SNSvS), la cui attuazione, finalizzata a contribuire alla realizzazione dei 17 obiettivi dell'Agenda 2030, a loro volta inclusi nel PNP 2020-2025, si raccorda con i documenti programmatici esistenti, in particolare con il Documento di Economia e Finanza, che include, a partire dal 2017, 12 indicatori di benessere equo e sostenibile (BES). Nell'Allegato BES al DEF 2021 viene infatti sottolineato che, nell'ambito delle misure incluse nella Legge di Bilancio 2021 destinate a potenziare l'offerta delle prestazioni sanitarie del Sistema sanitario nazionale, sono fondamentali gli interventi non sanitari per promuovere l'attività sportiva di base e potenziare le infrastrutture per lo sport nella scuola. Tali interventi potrebbero produrre effetti positivi sull'indicatore BES relativo alla dimensione salute (prevalenza di sovrappeso/obesi).

Infine, ma non da ultimo, va considerato che anche per merito dell'evolversi della visione promossa da Guadagnare Salute e dai PNP, ovvero dal riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio e mantenimento sono determinati da fattori sociali, economici, ambientali oltre che biologici, si è aperta la strada al superamento del dualismo tra "prevenzione" e "cura", a lungo considerate

strategie distinte. Attraverso l'affermarsi del paradigma della persona al centro, promozione della salute, prevenzione e assistenza sono sempre più orientate ad occuparsi dei molteplici aspetti, clinico-terapeutici, relazionali, sociali, di contesto che concorrono a garantire salute, attraverso un approccio finalizzato quindi non solo alla riduzione del rischio di malattia, ma anche alla presa in carico globale delle persone affette da patologia, per una gestione integrata, continuativa e sistemica della cronicità che si basi su reti coordinate e integrate tra le diverse strutture, attività e professionalità presenti sul territorio. Questo processo sarà tanto più efficace nel rispondere adeguatamente ai bisogni di salute derivanti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica del nostro Paese quanto più riuscirà ad innestarsi in un ridisegno radicale del sistema sanitario e dei suoi assetti organizzativi.

*Daniela Galeone, Stefania Vasselli  
Ministero della Salute, Roma*



# Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione

Maria Masocco<sup>a</sup>, Valentina Minardi<sup>a</sup>, Benedetta Contoli<sup>a</sup>, Valentina Possenti<sup>a</sup>, Pirous Fateh-Moghadam<sup>b</sup>,  
per il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento\*

<sup>a</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>b</sup>Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

**Nota:** Le Figure 2E, 3D, 4D pubblicate in questo articolo contengono errori dovuti a un problema tecnico.

Le Figure corrette sono disponibili doi: 10.53225/BEN\_058

## SUMMARY

### **PASSI and PASSI d'Argento surveillance systems: more than 10 years of data collection on behavioural risk factors in support of National Prevention Plans**

#### **Introduction**

PASSI and PASSI d'Argento are two Italian ongoing population-based surveillance systems targeting, respectively, people aged 18-69 and over-65. They collect information on health and quality of life, behavioural risk factors associated with the main non communicable diseases (NCDs) onset (smoking and tobacco use, alcohol consumption, sedentary lifestyle, overweight) and compliance with the public health programs developed nationwide for disease prevention. These systems can analyze social inequalities in health and prevention, evaluate changes over time in the short-medium-long term and allow Regions and local health units to promptly access useful data for planning targeted interventions in public health.

#### **Materials and methods**

PASSI 2008-2020 data (about 420,000 interviews) and PASSI d'Argento 2016-2020 data (about 63,000 interviews) were analysed. For smoking, high-risk alcohol consumption, sedentariness and obesity, changes over time since 2008 and up to 2020 were analysed by gender, age, geographical area of residence and social determinants.

#### **Results**

Time series analysis of those four behavioural risk factors shows no improvement over the past decade. Except for cigarette smoking, which continues its slow reduction (although signs of concern remain for some groups), high-risk alcohol consumption, sedentariness and obesity worsen or remain stable at best, and social inequalities, gender differences and geographical gaps persist over time. Furthermore, the 2020 data show that pandemic crisis seriously risks drawing resources and attention away from prevention and even management of NCDs.

#### **Discussion and conclusions**

The surveillance systems are strategic tools for guiding public health policies but need to be enhanced and used more effectively for action. It could be necessary a widespread network of social and health workers to increase the offer of health promotion programs in order to improve the quality of life and well-being of people and to reduce inequalities in health opportunities and in access to prevention and care.

**Key words:** surveillance systems; behavioural risk factors; trends

maria.masocco@iss.it

## Introduzione

Dal 2004 il Ministero della Salute e il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), in collaborazione con le Regioni, ha promosso la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, dedicati a diverse fasce di età, per raccogliere informazioni sui fattori di rischio modificabili associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) come strumenti per ASL e Regioni, utili alla costruzione dei profili di salute dei propri territori e finalizzati a indirizzare le politiche di prevenzione e promozione della salute e monitorarne l'efficacia nel tempo verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali della Prevenzione (PNP), declinati nei Piani Regionali di Prevenzione (PRP).

Nascono così il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), dedicato alla popolazione adulta di 18-69 anni di età e la sorveglianza PASSI d'Argento, dedicata alla popolazione over65.

Entrambi si caratterizzano come strumenti interni al Sistema Sanitario Nazionale: le ASL raccolgono direttamente dagli assistiti i dati e ne utilizzano i risultati per l'azione locale, le Regioni coordinano le attività di rilevazione nelle ASL e monitorano gli indicatori per la prevenzione; l'Istituto Superiore di Sanità coordina la raccolta e garantisce il supporto tecnico-scientifico e il rigore metodologico nella realizzazione dell'indagine e nell'analisi dei risultati.

Oggi, la cornice normativa dei sistemi di sorveglianza di popolazione è solida: sistemi di sorveglianza su MCNT e stili di vita ad esse

(\*) I componenti del Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento sono riportati a p. 11.

associati come strumento per la costruzione dei profili di salute sono inclusi fra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che una Regione deve garantire nell'area prevenzione collettiva e sanità pubblica (1); PASSI e PASSI d'Argento sono riconosciuti come sistemi a rilevanza nazionale (2) e sono fonti di alcuni indicatori LEA nell'area della prevenzione (3, 4) e degli indicatori che descrivono gli obiettivi di salute fissati nei PNP (5) e declinati nei PRP.

Con oltre un decennio di raccolta dati questi sistemi offrono oggi l'opportunità di valutare l'impatto delle politiche di promozione della salute e prevenzione delle MCNT messe in campo a partire dal Programma nazionale Guadagnare Salute, attraverso l'analisi dei trend dei principali fattori di rischio modificabili connessi alle MCNT.

## Materiali e metodi

### Le fonti dei dati

PASSI si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica sul modello della Behavioural Risk Factor Surveillance (adottato in molti Paesi, dagli Stati Uniti all'Australia) che, a regime dal 2008, raccoglie in continuo informazioni su salute e fattori di rischio comportamentali coinvolti nella genesi delle MCNT (abitudine tabagica, consumo di alcol, sedentarietà, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura, rischio cardiovascolare legato a diabete, ipertensione, ipercolesterolemia) in campioni della popolazione adulta di 18-69 anni residente in Italia, e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la prevenzione delle MCNT (ad esempio, screening oncologici, vaccinazioni nell'adulto) (6-8).

PASSI d'Argento completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI su salute e stili di vita, e si arricchisce di informazioni su alcune condizioni peculiari della popolazione over65 volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone anziane, ma, con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, "misura" anche il contributo degli anziani alla società, "anziano risorsa", e la loro partecipazione alla vita sociale.

Sperimentato per la prima volta nel 2009, realizzato nel 2012 come indagine trasversale, PASSI d'Argento è stato avviato come indagine in continuo dal 2016 (9, 10).

La flessibilità di questi sistemi consente di integrare il questionario per la raccolta standard con nuovi moduli di interesse regionale e/o nazionale legati a nuovi bisogni conoscitivi anche in situazioni di emergenza (ad esempio, terremoto a L'Aquila 2009, pandemia AH1N1 2009, pandemia COVID-19 attivo dal 2020) (11-15).

In PASSI dal 2008 al 2020 sono state raccolte circa 420mila interviste fra 18-69enni. Il numero complessivo di ASL partecipanti ha superato ogni anno il 90% delle aziende totali sul territorio italiano (il 70% nel periodo pandemico), con un tasso di risposta di oltre l'85% degli assistiti selezionati nel campione e un tasso di rifiuto che non eccede il 10%.

Analoghe le performance in PASSI d'Argento che dal 2016 al 2020 ha collezionato circa 63mila interviste fra ultra 65enni e ha visto coinvolte ogni anno circa il 90% delle ASL (il 60% nel periodo pandemico).

### Gli indicatori

PASSI e PASSI d'Argento, sono distinti ma accomunati dallo stesso disegno di studio e procedure di raccolta dati; le domande sui fattori di rischio comportamentali sono spesso sovrapponibili e gli indicatori confrontabili, con alcune piccole differenze. Per le definizioni operative degli indicatori si rimanda al [Materiale Aggiuntivo](#).

### Le analisi statistiche

Per fumo, consumo di alcol a rischio, sedentarietà e obesità verranno: i) stimate le prevalenze medie di quadriennio 2017-2020 da PASSI e PASSI d'Argento, totali e per sottogruppi; ii) analizzati i trend temporali attraverso l'analisi delle serie storiche sui dati PASSI 2008-2019; iii) condotte analisi di regressione logistica per ciascun anno dal 2008-2019 per valutare il cambiamento nel tempo dell'associazione fra determinanti sociali e fumo, alcol, sedentarietà e obesità separatamente, aggiustati per genere, età, area di residenza e istruzione.

Per le analisi è stato utilizzato il software STATA 16 (StataCorp LP).

## Risultati

### Abitudine tabagica

Nel quadriennio 2017-2020 in Italia il 25% dei 18-69enni fuma (uno su quattro consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno) e il 18% è ex fumatore.

Negli ultimi anni la percentuale di fumatori si è ridotta, lentamente ma significativamente, seguendo il trend in discesa che si osserva da almeno trenta anni. Fra il 2008 e il 2019 la quota di fumatori adulti scende dal 30% al 25%. Tale riduzione si osserva ovunque nel Paese, sia fra gli uomini che fra le donne e in ogni classe di età, tuttavia non ha coinvolto in egual misura i diversi sottogruppi della popolazione: si riduce decisamente la prevalenza di fumo fra i più giovani

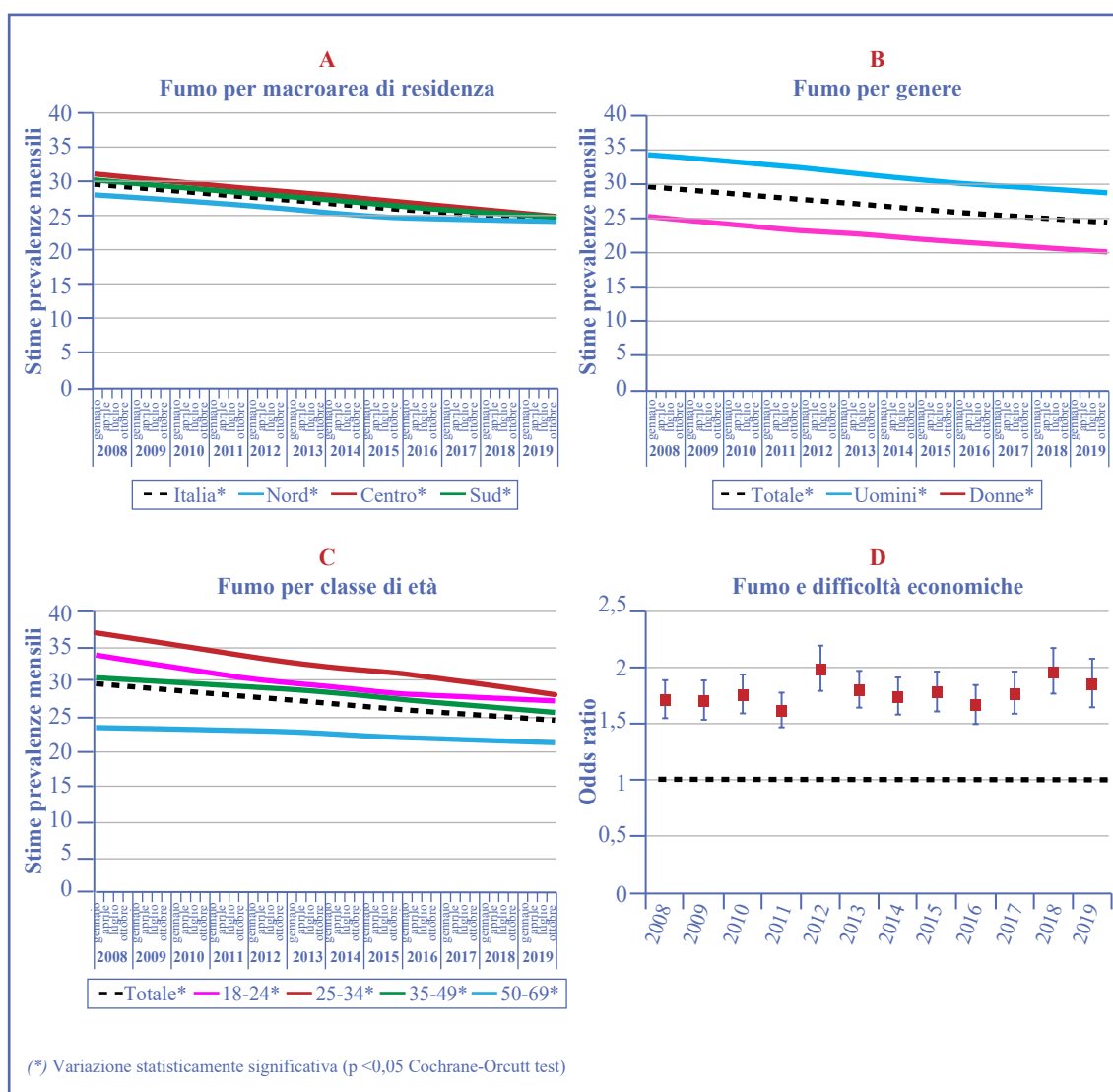
(con meno di 35 anni), fino a 10 punti percentuali, ma i 18-35enni restano quelli con prevalenze di fumo più elevate, mentre fra le generazioni più mature, con prevalenze più basse, la riduzione è meno importante; si riduce più velocemente la prevalenza di fumo nelle Regioni centro-meridionali, dove era (ma comunque resta tale) maggiore la quota di fumatori. Restano significative le differenze per età, genere e determinanti sociali (Figura 1A, 1B, 1C).

Le differenze sociali nel fumo, che vedono più esposte le persone con minori risorse economiche e basso livello di istruzione sono significative e si mantengono inalterate nel tempo. La Figura 1D mostra che ogni anno la prevalenza di fumo fra

le persone con svantaggio economico è 1,5 o 2 volte più elevata di quella osservata in persone senza difficoltà economica a parità di istruzione e caratteristiche anagrafiche.

Nel quadriennio 2017-2020 le prevalenze di fumo fra le persone con molte difficoltà economiche è del 36% (vs 22% fra chi non ne ha), fra le persone con basso titolo di studio (licenza media o meno) è del 30% (vs 19% fra i laureati) e mediamente del 29% fra gli uomini vs 21% nelle donne (PASSI 2017-2020).

Con l'avanzare dell'età diventa più difficile intercettare chi mantiene questa abitudine o perché via via si cumula il numero di persone che smette di fumare o perché gli effetti infausti dell'esposizione



**Figura 1** - Fumo fra gli adulti di 18-69 anni: trend delle prevalenze per macroarea di residenza (A), genere (B) e classi di età (C) e dei rapporti tra tassi di prevalenza per difficoltà economiche (D) - PASSI 2008-2019.

Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locally weighted scatterplot smoothing) (A, B, C) e odds ratio per difficoltà economiche (molte vs nessuna) da modelli di regressione logistica, corretti per età, genere, area di residenza e istruzione (D)

al fumo di sigaretta vanno manifestandosi: fra gli ultra65enni il 10% è fumatore (ma il dato scende a meno del 3% dopo gli 85 anni) e il 28% ex fumatore; tuttavia fra i fumatori ultra 65enni il consumo medio giornaliero resta alto (oltre 11 sigarette) e uno su 5 consuma oltre un pacchetto di sigarette al giorno (PASSI d'Argento 2017-2020).

La quota di persone con cronicità (una o più patologie fra cardiopatie, ictus o ischemia cerebrale, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, malattie croniche del fegato e/o cirrosi, insufficienza renale) è maggiore fra chi fuma o ha fumato in passato; questa differenza è statisticamente significativa a 65-74 anni, quando la prevalenza di cronicità è pari al 57-59% fra i fumatori ed ex fumatori e del 48% fra chi non ha mai fumato. Nelle classi di età successive la differenza nella cronicità fra fumatori e non fumatori si mitiga (sia per l'aumento di cronicità legato all'invecchiamento sia perché la mortalità prematura ha già fatto le sue vittime fra le persone più esposte al fumo), ma le differenze restano comunque visibili (fra i 75-84enni la cronicità è pari al 72% fra i fumatori e gli ex fumatori e al 64% fra i non fumatori; fra gli over85enni è pari al 75% e 79% rispettivamente fra fumatori ed ex fumatori, contro il 70% fra i non fumatori).

### Consumo di alcol

Nel quadriennio 2017-2020 il 16% degli adulti residenti in Italia fa un consumo di alcol a "maggior rischio" per quantità e/o modalità di assunzione: il 9% per consumi episodici eccessivi, *binge drinking* (5 o più unità alcoliche - UA in una unica occasione per gli uomini e 4 o più UA per le donne), l'8% per consumo alcolico esclusivamente/prevalentemente fuori pasto e il 2,5% per un consumo abituale elevato (3 o più UA medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne).

Dal 2010 al 2019 il consumo di alcol a "maggior rischio" nella popolazione adulta sembra stabile, ma è il risultato di direttrici diverse: un aumento nel Nord del Paese (dove è comunque più alto il consumo di alcol) e una riduzione al Sud; da un aumento fra le donne (fra le quali consumare alcol resta comunque abitudine meno frequente) e una riduzione fra gli uomini, sempre di modesta entità ( $\pm 2$  o 3 punti percentuali) ma statisticamente significative. Allarmante il dato dei giovanissimi, 18-24enni, fra i quali il consumo di alcol a "maggior rischio" arriva a coinvolgere anche una persona su tre senza alcun accenno alla riduzione negli ultimi 10 anni (Figura 2A, 2B, 2C).

Il consumo a "maggior rischio" resta dunque caratterizzato da una maggiore frequenza fra i residenti del Nord, fra gli uomini e si caratterizza anche per essere più frequente fra le classi sociali

più abbienti, senza difficoltà economiche e/o con livelli di istruzione elevati. Tuttavia l'indicatore del consumo a "maggior rischio" è un indicatore composito che dà conto di diverse modalità del bere e se l'analisi multivariata non mostra differenze significative per i determinanti sociali, se non occasionalmente e a svantaggio delle classi più abbienti, questo è vero solo per il bere fuori pasto e il *binge drinking* (le due componenti maggiori del consumo a "maggior rischio") ma non vero per il consumo abituale elevato che resta invece significativamente associato allo svantaggio sociale, per difficoltà economiche e bassa istruzione, con odds ratio per difficoltà economiche sempre significativamente superiori all'unità e in aumento nel tempo (Figura 2D, 2E, 2F) (PASSI 2017-2020).

I giovani e soprattutto i giovanissimi restano i più esposti (il 33% fa un consumo di alcol a "maggior rischio" e il 14% è *binge drinker*), ma con l'età si riduce il consumo a rischio anche se non diventa trascurabile e fra gli ultra65enni, nella classe di età in cui le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sul consumo alcolico medio giornaliero fissano la soglia a 1 UA al giorno (equivalente di un bicchiere di vino), il 19% ne consuma quantità maggiori.

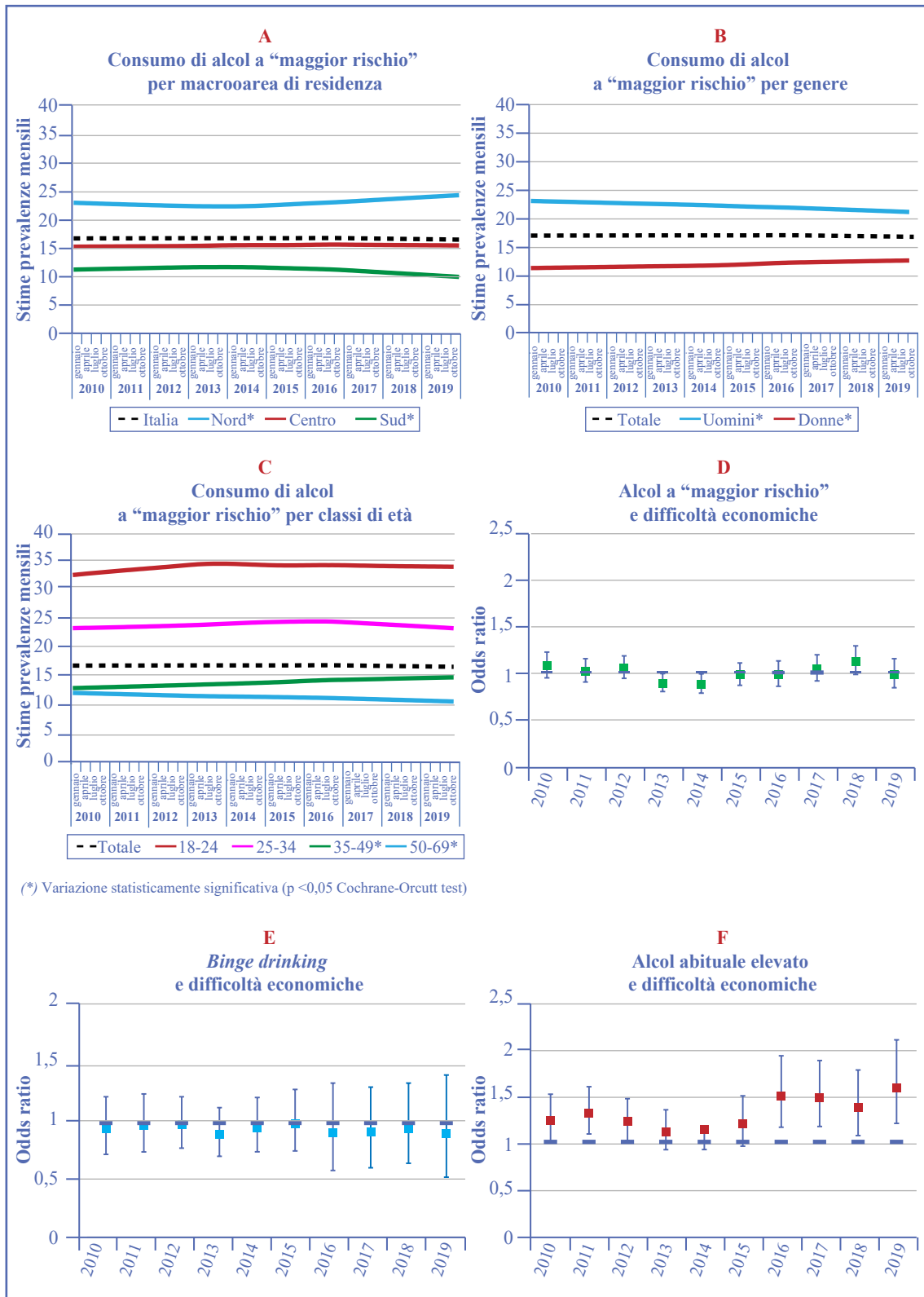
Fra gli over65 che fanno un consumo di alcol rischioso per la salute, bevendo mediamente più di 1 UA al giorno più della metà (11%) non consuma più di 2 UA al giorno e questo fa pensare che si tratti del bere (il bicchiere di vino) durante i pasti, abitudine acquisita nel corso della vita che, si può immaginare, non venga percepita come rischiosa per la salute (PASSI d'Argento 2017-2020).

Altro dato preoccupante riguarda l'assunzione di alcol in condizioni di assoluta controindicazione, come in presenza di patologie croniche del fegato (il 50% fra gli adulti e il 28% degli ultra65enni con patologia epatica dichiarano di consumare alcol) o in gravidanza (il 17% delle donne in gravidanza riferisce di aver consumato alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista) o durante l'allattamento (il 24% delle donne con bimbi di meno di un anno di vita che allattano al seno riferisce di aver consumato alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista).

### Sedentarietà

Secondo i livelli di attività fisica (AF) raccomandati dall'OMS (16) oggi il 47% della popolazione adulta in Italia può essere classificata come "fisicamente attiva", il 23% "parzialmente attiva", ma il 30% è "sedentaria".

Dal 2008 la sedentarietà è andata aumentando ovunque nel Paese (ma in particolare nel Meridione, dove è passata da valori che sfioravano il 35% nel

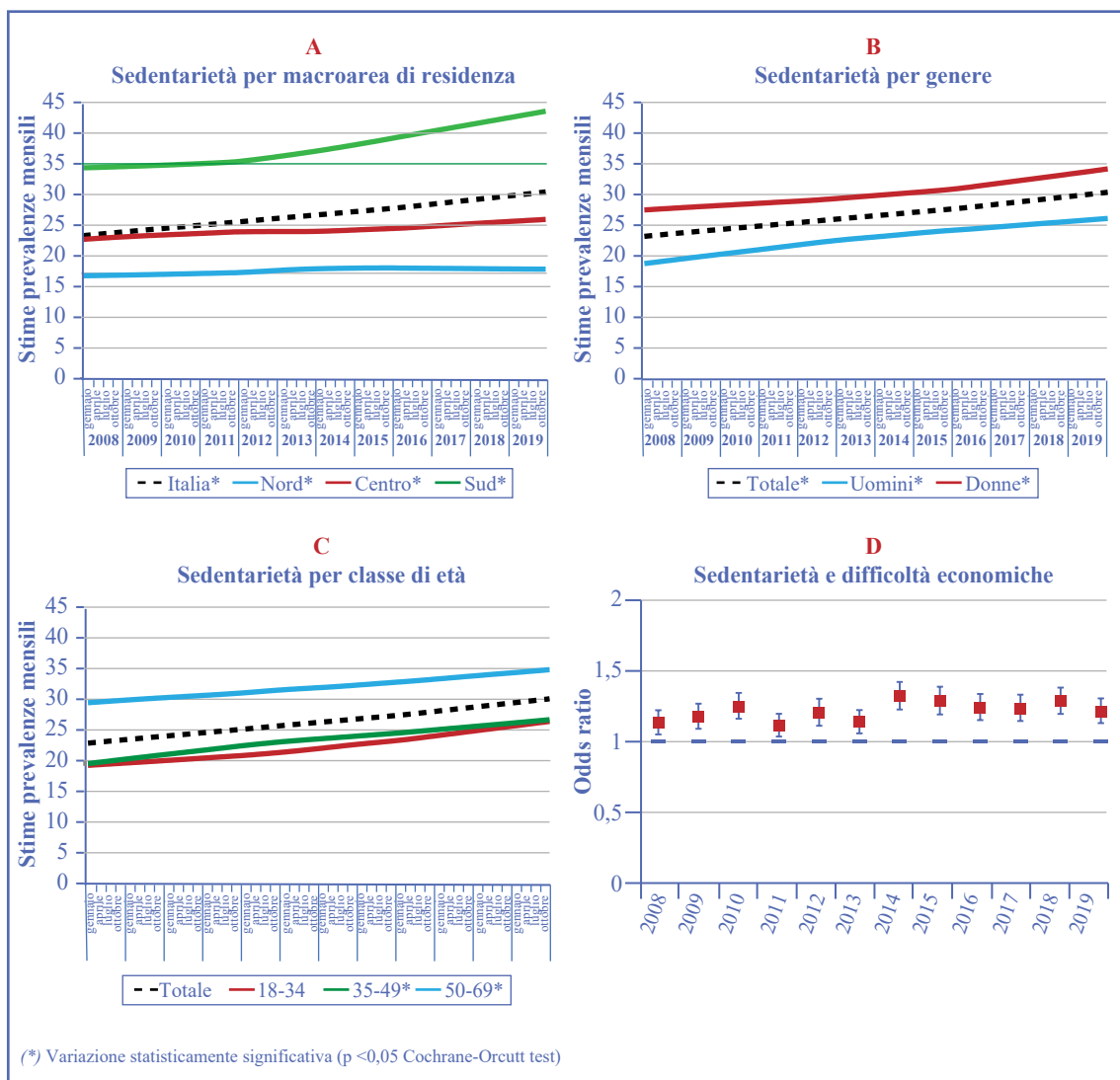


**Figura 2** - Consumo di alcol a "maggior rischio" fra gli adulti di 18-69 anni: trend delle prevalenze per macroarea di residenza (A), genere (B), classi di età (C) e dei rapporti tra tassi di prevalenza del consumo a "maggior rischio" (D) e delle sue componenti "binge drinking" e "consumo abituale elevato" (F) per difficoltà economiche - PASSI 2010-2019. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locally weighted scatterplot smoothing) (A, B, C) e odds ratio per difficoltà economiche (molte vs nessuna) da modelli di regressione logistica, corretti per età, genere, area di residenza e istruzione (D, E, F)

2008 a valori che raggiungono quasi il 45% nel 2019), sia nelle donne che fra gli uomini e a tutte le età; si amplia il gradiente geografico a sfavore del Sud, mentre si mantengono nel tempo le differenze di genere (a sfavore delle donne) (Figura 3A, 3B, 3C).

La sedentarietà aumenta con l'età, dopo i 50 anni raggiunge il 35% (27% e 34% rispettivamente per uomini e donne) e oltre il chiaro gradiente geografico disegna anche un gradiente sociale (Figura 3D) a svantaggio delle persone socialmente meno abbienti, per difficoltà economiche (43% vs 25% rispettivamente fra chi riferisce di avere difficoltà economiche e chi non ne ha) o basso livello di istruzione (51% fra chi ha conseguito la licenza elementare vs 27% laureati) (PASSI 2017-2020).

Fra gli ultra65enni il 32% raggiunge i livelli di AF raccomandati dall'OMS (16), il 28% svolge qualche forma di AF ma non raggiunge i livelli raccomandati, mentre il 40% risulta completamente sedentario. Queste stime si riferiscono al 72% del campione di intervistati autonomi nella deambulazione e nel sostenere l'intervista, ovvero eleggibili al PASE (17, 18), lo strumento utilizzato in PASSI d'Argento per misurare l'AF negli anziani (Materiale Aggiuntivo). La sedentarietà aumenta all'avanzare dell'età e raggiunge il 64% dopo gli 85 anni e in linea con quanto emerge fra le generazioni più giovani; si confermano le differenze di genere a sfavore delle donne,



**Figura 3** - Sedentarietà fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia: trend delle prevalenze per macroarea di residenza (A), genere (B), classi di età (C) e dei rapporti tra tassi di prevalenza per difficoltà economiche (D) - PASSI 2008-2019. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locally weighted scatterplot smoothing) (A, B, C) e odds ratio per difficoltà economiche (molte vs nessuna) da modelli di regressione logistica, corretti per età, genere, area di residenza e istruzione (D)

il gradiente geografico a sfavore del Sud e il gradiente socioeconomico a sfavore delle persone con molte difficoltà economiche e basso livello di istruzione (PASSI d'Argento 2017-2020).

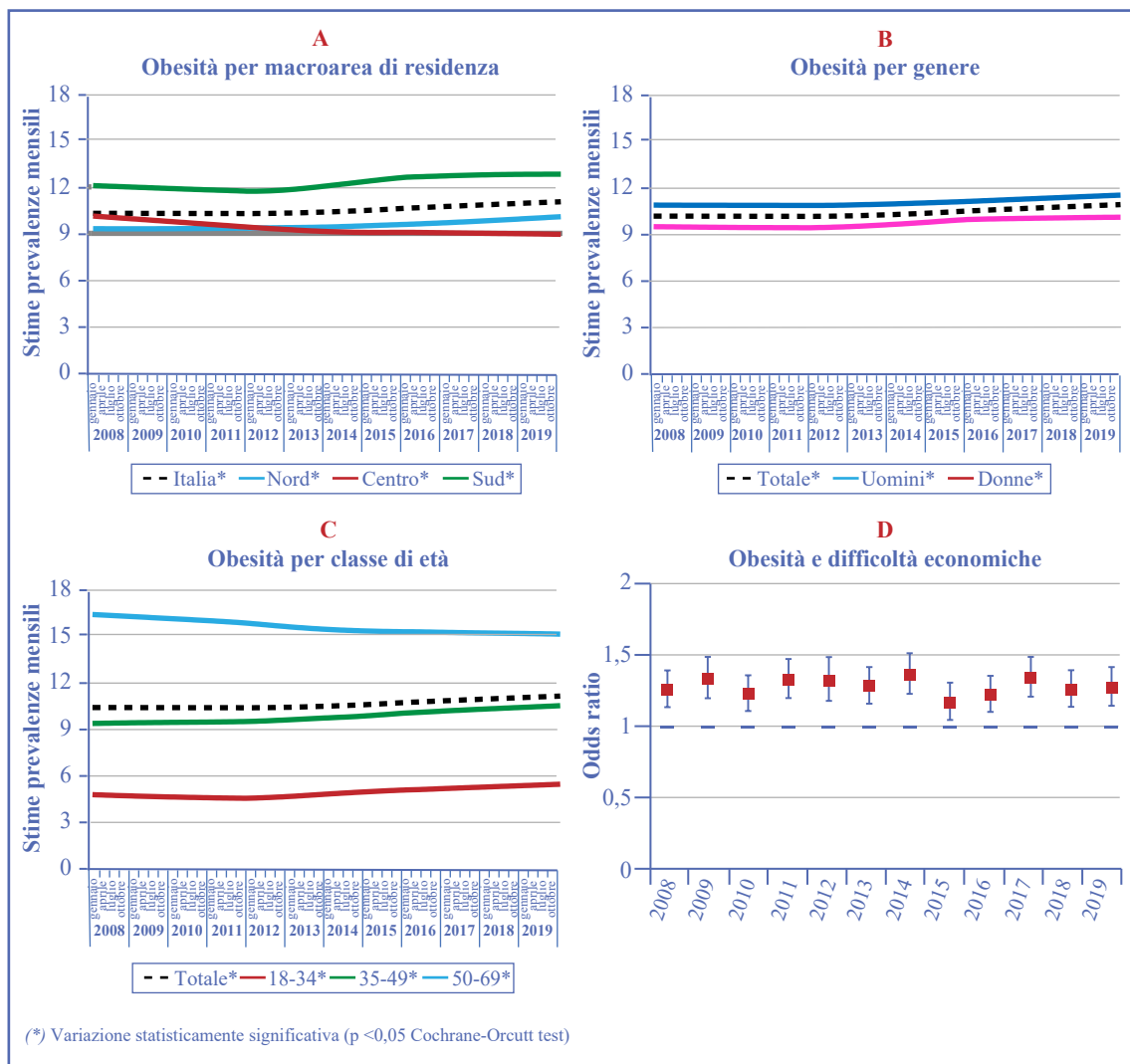
I livelli di AF fra gli over65 sono per lo più ottenuti dal movimento prodotto nello svolgimento delle attività quotidiane, come le attività domestiche, il giardinaggio o la cura dell'orto, oppure camminando, mentre molto meno frequentemente derivano da AF strutturata, che pure sarebbe raccomandata in questa fascia d'età.

### L'eccesso ponderale

I dati riferiti di peso e altezza portano a stimare che più di 4 adulti su 10 sono oggi in eccesso ponderale, ovvero il 32% in sovrappeso e l'11% obesi.

Dal 2008 la quota di adulti in sovrappeso resta sostanzialmente stabile, tuttavia l'obesità, soprattutto negli ultimi anni, è aumentata, in modo contenuto ma statisticamente significativo ovunque nel Paese ad eccezione delle Regioni del Centro, dove si registra una riduzione. L'obesità è aumentata negli uomini come nelle donne e nelle classi di età prima dei 50 anni. Significativo il gradiente sociale dell'obesità e gli odds ratio che misurano l'associazione fra obesità e difficoltà economiche, aggiustati per altre caratteristiche anagrafiche, sono sempre maggiori dell'unità e non accennano a ridursi (Figura 4A,4B, 4C,4D).

Oggi l'eccesso ponderale, sovrappeso e obesità, è più frequente fra gli uomini (51%) e meno fra le donne (34%); coinvolge il 51% delle persone con



**Figura 4** - Obesità fra gli adulti di 18-69 anni residenti in Italia: trend delle prevalenze per macroarea di residenza (A), genere (B), classi di età (C) e dei rapporti tra tassi di prevalenza per difficoltà economiche (D) - PASSI 2008-2019. Prevalenze stimate da modelli di serie storiche (LOWESS - locally weighted scatterplot smoothing) (A, B, C) e odds ratio per difficoltà economiche (molte vs nessuna) da modelli di regressione logistica, corretti per età, genere, area di residenza, istruzione (D)

molte difficoltà economiche (34% in sovrappeso e 17% obesi) contro il 38% di chi non ne ha, il 65% delle persone con basso livello di istruzione (41% in sovrappeso e 24% obesi) contro il 31% dei laureati (PASSI 2017-2020).

L'eccesso ponderale infine aumenta con l'età, perché aumenta sia il sovrappeso che l'obesità, ma diventa una condizione meno frequente superati i 75 anni, poiché l'indice di massa corporea è soggetto a variazioni legate a fattori biologici e patologici, per cui dopo questa età aumenta progressivamente la quota di persone che perdono peso indipendentemente dalla loro volontà, fattore questo potenzialmente fragilizzante. Se l'eccesso ponderale riguarda il 26% dei 18-34enni (21% in sovrappeso e 5% obeso) sale al 54% dopo i 50 anni e raggiunge il 61% fra i 65-74enni per ridursi progressivamente dopo i 75 anni fino al 48% fra gli over 85enni (PASSI e PASSI d'Argento 2017-2020).

Le differenze di genere e il gradiente sociale come quello geografico, in linea con quanto osservato per gli adulti, si confermano anche dopo i 65 anni.

## Discussione

Dall'analisi delle serie storiche dei fattori di rischio comportamentali non si evincono miglioramenti in questo ultimo decennio. Ad eccezione della prevalenza di fumo di sigaretta, che continua la sua lenta riduzione, in corso però da oltre trenta anni e che comunque non tiene conto della quota progressivamente crescente di persone che vanno orientandosi negli ultimi anni verso i nuovi prodotti del tabacco, il consumo di alcol a rischio, la sedentarietà e l'eccesso ponderale peggiorano o al più restano stabili.

Il fumo di sigaretta si riduce, ovunque nel Paese, negli uomini e nelle donne e in ogni classe di età. La prevalenza di fumatori è scesa dal 2008 ad oggi mediamente di circa 5 punti percentuali, tuttavia non ha coinvolto allo stesso modo i diversi gruppi della popolazione e non mancano elementi su cui porre attenzione e che è necessario tener presente per la programmazione di politiche efficaci e mirate di contrasto al tabagismo: i) le generazioni di giovani adulti sono e restano le generazioni più coinvolte, anche se è a loro che si deve la gran parte della riduzione; ii) le generazioni più mature, che hanno già decenni di esposizione agli effetti dannosi del fumo di tabacco, sono invece le più restie al cambiamento e abbandonano difficilmente questa cattiva abitudine; iii) le differenze di genere restano rilevanti, dal momento che la prevalenza di fumo fra gli uomini è maggiore di circa 10 punti percentuali, anche se molta attenzione va posta al fumo fra le donne, in particolare nelle classi centrali di età e fra

le residenti nel Meridione che più difficilmente delle altre generazioni o delle coetanee residenti altrove, sembrano voler abbandonare questa abitudine (19).

Il consumo di alcol a "maggiore rischio" sembra stabile nel tempo ma è il risultato di andamenti opposti delle diverse componenti di questo indicatore composito e di miglioramenti in alcuni gruppi e peggioramenti in altri: aumenta nel Nord Italia (soprattutto il *binge drinking*) e si riduce nel Meridione, si riduce negli uomini ma aumenta nelle donne, resta stabile, peraltro a livelli allarmanti, fra i più giovani sotto i 25 anni.

Solo dal 2018 sembra ci sia un'inversione di tendenza nel consumo di alcol a "maggiore rischio", confermata nel periodo pandemico. Presumibilmente con le chiusure dei locali e le restrizioni imposte per il contenimento dei contagi da SARS-CoV-2 si sono ridotte le occasioni di socialità e del bere in compagnia e dunque il *binge drinking* e il bere fuori pasto, ma il rischio che questo si traduca in un aumento del consumo abituale non è da escludere dal momento che proprio il consumo abituale elevato, pur coinvolgendo una quota ridotta di persone (sotto il 3%), sembra nel 2020 rallentare la discesa che si osservava negli anni.

La sedentarietà aumenta ovunque nel Paese e in particolar modo nel Sud Italia, come l'obesità che negli ultimi anni è aumentata al Sud come al Nord.

Il quadro che emerge del Sud del Paese è preoccupante per l'alta prevalenza di fumo fra gli uomini e per l'aumento o la resistenza che si intravede fra le donne, per la maggiore presenza di sedentari e obesi, che si accompagnano ad una maggiore prevalenza di altri fattori di rischio, come il diabete, ma anche ad una non ancora sufficiente offerta e/o adesione agli screening per la diagnosi precoce dei tumori (6, 20).

In questo ultimo decennio le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione non si sono colmate e ancora oggi sono significative. Con l'unica eccezione per alcune modalità di consumo di alcol a rischio (*binge drinking* e il bere fuori pasto), il consumo di alcol abituale elevato, il fumo, la sedentarietà e l'obesità, condividono lo stesso gradiente sociale e sono più frequenti fra le persone socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche e/o bassa istruzione. Così i determinanti comportamentali e i determinanti sociali della salute si concentrano negli stessi individui, aumentandone l'esposizione al rischio di malattia che si accompagna alla maggiore difficoltà di accesso alla prevenzione e alle cure e ad una maggiore vulnerabilità agli outcome di malattia (21-23).



Peraltro il counselling sanitario, strumento di provata efficacia nel promuovere il cambiamento verso stili di vita salutari e l'adesione ai programmi di prevenzione delle MCNT (24-30), sembra poco utilizzato; i dati PASSI e PASSI d'Argento mostrano che l'attenzione dei medici e degli operatori sanitari a queste tematiche è ancora bassa e orientata più ad una riduzione del danno, perché rivolta soprattutto alle persone con una condizione di salute in parte già compromessa, piuttosto che essere orientata ad una vera azione di prevenzione primaria e promozione della salute: nel 2017-2020 la quota di adulti intervistati che riferisce di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista il consiglio medico di smettere di fumare è del 51%, di perdere peso è del 37% fra le persone in sovrappeso e del 72% fra le persone obese, di praticare AF è del 29% e di bere meno solo del 6% (6, 9, 31, 32).

I dati 2020, raccolti in piena pandemia, mettono in luce che questa emergenza sanitaria rischia seriamente di sottrarre risorse e attenzione alla prevenzione e anche alla gestione delle MCNT. I dati di marzo-dicembre 2020 opportunamente analizzati mostrano che:

- rallenta la discesa dei fumatori e si accentua il calo dei tentativi di smettere di fumare, soprattutto fra le donne;
- si conferma la riduzione del bere fuori pasto e del *binge drinking*, intravista negli ultimi 2 anni dopo un continuo aumento, supportata evidentemente dalle ridotte occasioni di socialità, ma il consumo abituale elevato, anche se riguarda una quota contenuta della popolazione, sembra arrestarsi proprio nel 2020;
- emergono nuove vulnerabilità nella salute mentale: la giovane età, la buona istruzione e vivere al Sud si caratterizzano come nuovi profili di rischio per i sintomi depressivi e perdono la loro connotazione di caratteristiche "protettive";
- cala anche l'adesione alle misure di prevenzione e/o di controllo delle MCNT: c'è una quota consistente di anziani che hanno rinunciato a visite mediche ed esami diagnostici (circa il 40%); si riduce significativamente la copertura degli screening oncologici; si riducono persino i controlli della emoglobina glicata nei diabetici.

## Conclusioni

La ricchezza di informazioni, la continuità di raccolta dati, la tempestività nel rilascio dei risultati caratterizzano queste sorveglianze e ne rappresentano dei punti di forza, che consentono di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione, di valutare i cambiamenti nel tempo su breve-medio-lungo periodo e permettono a Regioni e ASL di disporre,

in tempi molto brevi, di dati utili a programmare, monitorare, valutare e riorientare, attraverso interventi e misure mirate, le azioni di prevenzione e promozione della salute.

Queste sorveglianze sono dunque uno strumento strategico per orientare le politiche di sanità pubblica e oggi godono di una cornice normativa più solida di sempre, ma vanno valorizzate e utilizzate in modo più efficace per l'azione. Nonostante questo, in diverse realtà regionali, si è assistito a un graduale e paradossale impoverimento di risorse impiegate in queste attività e al lavoro collegato alla raccolta dati della sorveglianza a livello di ASL, continua ad essere attribuito un valore inferiore rispetto ad altre attività come le vaccinazioni, nonostante rappresentino entrambi dei LEA. Questo è dovuto verosimilmente alla scarsa disponibilità culturale dei Dipartimenti di Prevenzione ad integrare le proprie attività classiche di prevenzione con quelle, più complesse, di promozione della salute. Per superare le difficoltà e per aumentare ulteriormente la sostenibilità e l'utilità dei sistemi e la gratificazione del lavoro di sorveglianza, occorre costruire un contesto nel quale i dati raccolti siano di primaria importanza nel lavoro quotidiano sul territorio, non solo per predisporre la parte epidemiologica di documenti. È quindi necessario intensificare l'offerta di programmi di promozione della salute, progettando e implementando azioni mirate e intersettoriali con la partecipazione della società civile rendendo più capillare la rete degli operatori sociosanitari sul territorio, al fine di migliorare la qualità di vita e il benessere delle persone e ridurre le disuguaglianze nelle opportunità di salute e nell'accesso alla prevenzione e alle cure.

### Citare come segue:

Masocco M, Minardi V, Contoli B, Possenti V, Fateh-Moghadam P, per il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):1-11.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** Ministero della Salute-Ccm, Istituto Superiore di Sanità.

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

### Ringraziamenti

*Si ringraziano tutti gli Intervistatori, Coordinatori e Referenti locali, a livello aziendale e regionale, delle reti PASSI e PASSI d'Argento che con il loro impegno rendono possibile la disponibilità di queste informazioni. Le reti dei Coordinatori e Referenti locali sono disponibili ai seguenti indirizzi:*

PASSI: <https://www.epicentro.iss.it/passi/network/rete>

PASSI d'Argento: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/network/rete>

### Riferimenti bibliografici

1. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15.
2. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 109 del 12 maggio 2017.
3. Italia. Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 138 del 14 giugno 2019.
4. Italia. Circolare applicativa. Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Art.3, comma 1) del 27 ottobre 2020. Schede tecniche degli indicatori NSG. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5238\\_2\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf); ultimo accesso 15/12/2021.
5. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2955\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf); ultimo accesso 15/12/2021.
6. Epicentro. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. <https://www.epicentro.iss.it/passi>; ultimo accesso 15/12/2021.
7. Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, Minardi V, Minelli, G, et al. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24. PMC3044035. PMID 21159236.
8. Baldissera S, Ferrante G, Quarchioni E, Minardi V, Possenti V, Carrozzi G, et al. Field substitution of nonresponders can maintain sample size and structure without altering survey estimates—the experience of the Italian behavioral risk factors surveillance system (PASSI). *Ann Epidemiol* 2014;24(4):241-5. doi 10.1016/j.annepidem.2013.12.003
9. Epicentro. Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>; ultimo accesso 15/12/2021.
10. Contoli B, Carrieri P, Masocco M, Penna L, Perra A; PDA Study Group. PASSI d'Argento (Silver Steps): the main features of the new nationwide surveillance system for the ageing Italian population, Italy 2013-2014. *Ann Ist Super Sanita* 2016;52(4):536-542.
11. Ferrante G, Baldissera S, Moghadam PF, Carrozzi G, Trinito MO, Salmaso S. Surveillance of perceptions, knowledge, attitudes and behaviors of the Italian adult population (18-69 years) during the 2009-2010 A/H1N1 influenza pandemic. *Eur J Epidemiol* 2011;26(3):211-9. doi: 10.1007/s10654-011-9576-3
12. Gigantesco A, Mirante N, Granchelli C, Diodati G, Cofini V, Mancini C, et al. Psychopathological chronic sequelae of the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Affect Disord* 2013;148(2-3):265-71. doi: 10.1016/j.jad.2012.12.006
13. Gigantesco A, D'Argenio P, Cofini V, Mancini C, Minardi V. Health-Related Quality of Life in the Aftermath of the L'Aquila Earthquake in Italy. *Disaster Med Public Health Prep* 2016;10(1):11-5. doi: 10.1017/dmp.2015.91
14. Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021).
15. Contoli B, Possenti V, Minardi V, Binkin NJ, Ramigni M, Carrozzi G, et al. What Is the Willingness to Receive Vaccination Against COVID-19 Among the Elderly in Italy? Data From the PASSI d'Argento Surveillance System. *Front Public Health* 2021;9:736976. doi: 10.3389/fpubh.2021.736976
16. World Health Organization. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior*. Geneva: WHO; 2020.
17. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46(2):153-62. doi: 10.1016/0895-4356(93)90053-4
18. Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): Evidence for validity. *J Clin Epidemiol* 1999;52(7):643-51. doi: 10.1016/s0895-4356(99)00049-9
19. Masocco M, Minardi V, Contoli B. L'abitudine tabagica fra gli adulti in Italia dai dati della sorveglianza PASSI: cosa è cambiato nell'ultimo decennio? In: *Rapporto Osservasalute 2020*. 78-82 p.
20. Osservatorio nazionale screening. Rapporto sul 2019. <https://www.osservatorionazionale screening.it/>; ultimo accesso 15/12/2021.
21. Ministero della Salute. *L'Italia per l'Equità nella salute*. Roma: Ministero della Salute; 2017.
22. Venturelli F, Sampaolo L, Carrozzi G, Zappa M, Giorgi Rossi P, PASSI Working Group. Associations between cervical, breast and colorectal cancer screening uptake, chronic diseases and health-related behaviours: Data from the Italian PASSI nationwide surveillance. *Prev Med* 2019;120:60-70. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.01.007
23. Gallo R, Minardi V, Contoli B, Pettinicchio V, Santoro V, Masocco M, Gruppo di coordinamento Nazionale Passi e Passi

- d'Argento. Le disuguaglianze sociali nella prevenzione dei tumori secondo la Sorveglianza Passi. I dati 2015-18. Atti del 52° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), Perugia 16-19 ottobre 2019. *J Prev Med Hyg* 2019;60(3):Suppl 1. p.E205.
24. World Health Organization. *Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling*. Geneva: WHO; 2018 (WHO/NMH/NVI/18.1).
  25. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE* 2018;13(10):e0204890. doi: 10.1371/journal.pone.0204890
  26. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet* 2016;388(10059):2492-2500. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31893-1
  27. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(5):CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4
  28. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2009;28(3):301-23. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x
  29. Wilding S, Tsipa A, Branley-Bell D, Greenwood DC, Vargas-Palacios A, Yaziji N, et al. Cluster randomized controlled trial of volitional and motivational interventions to improve bowel cancer screening uptake: A population-level study. *Soc Sci Med* 2020;265:113496. doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113496
  30. Thompson B, Thompson LA, Andersen MR, Hager S, Taylor V, Urban N. Costs and cost-effectiveness of a clinical intervention to increase mammography utilization in an inner city public health hospital. *Prev Med* 2002;35(1):87-96. doi: 10.1006/pmed.2002.1046
  31. Gallo R, Pettinicchio V, Santoro V, Trinito MO, Minardi V, Contoli B, et al. Health counseling and lifestyles. The Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System data. *Europ J Public Health* 2018;28(Suppl 4):38. doi.org/10.1093/eurpub/cky260
  32. Santoro V, Pettinicchio V, Gallo R, Fateh-Moghadam P, Carrozzì G, Campostrini S, et al. Passi surveillance and health professionals' attitude toward healthy habits and citizenship in Italy. *Europ J Public Health* 2018;28(Suppl 4):375-376. doi 10.1093/eurpub/cky214.192

### (\*) Componenti del Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento

Maria MASOCCO, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità  
 Valentina MINARDI, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità  
 Benedetta CONTOLI, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità  
 Nicoletta BERTOZZI, Dipartimento di Sanità pubblica Ausl Romagna, Cesena  
 Stefano CAMPOSTRINI, Dipartimento di economia, Università Ca' Foscari, Venezia  
 Giuliano CARROZZI, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Modena  
 Marco CRISTOFORI, Unità operativa sorveglianza e promozione della salute, AUSL Umbria 2, Orvieto  
 Angelo D'ARGENZIO, Igiene, Sicurezza Luoghi di Lavoro e OER, Regione Campania, Napoli  
 Amalia Maria Carmela DE LUCA, ASP Catanzaro, Catanzaro  
 Pirus FATEH-MOGHADAM, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento  
 Susanna LANA, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità  
 Valentina POSSENTI, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità  
 Mauro RAMIGNI, Dipartimento di Prevenzione, Aulss 2 Marca Trevigiana, Treviso  
 Massimo ODDONE TRINITO, Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma 2  
 Stefania VASELLI, Ministero della Salute, Roma

## Progetto CUORE: *health examination survey* e studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare

Chiara Donfrancesco, Cinzia Lo Noce, Anna Di Lonardo, Serena Vannucchi, Luigi Palmieri

Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### SUMMARY

#### The CUORE Project: health examination surveys and longitudinal studies to support cardiovascular prevention

##### Introduction

As of today, cardiovascular diseases are still one of the most important public health problems in Italy. The activities of the Istituto Superiore di Sanità within the CUORE Project support the National Program Guadagnare Salute of the Italian Ministry of Health in reducing the spread of non-communicable diseases and in particular cardiovascular diseases.

##### Materials and methods

Periodic and cross-sectional population surveys, health examination surveys at national level, which include the examination of random samples representative of the Italian adult general population through the simultaneous collection of information regarding lifestyles (smoking habits, physical activity, alcohol consumption, nutrition), medical history, drug history, family history and the direct and standardized measurement of risk factors for non-communicable diseases (height, weight, waist and hip circumference, blood pressure, lipid profile, glycemia, urine sodium, potassium and iodine, bone densitometry, electrocardiogram). Since the 1980s, population cohorts with available distribution of lifestyle risk factors and conditions, have been followed over time by recording the occurrence of fatal and non-fatal coronary and cerebrovascular events, as well as cause-specific mortality, in order to both investigate the multifactorial etiology of cardiovascular disease and implement tools for risk assessment.

##### Results

In the last 10/20 years there has been a positive trend for cardiovascular risk and for some lifestyle and risk factors, such as the daily consumption of salt and blood pressure, whilst the trend remains tendentially stable for others, such as obesity. However physical inactivity, overweight/obesity and some unfavorable eating habits are still widespread among the population, as well as risk conditions such as hypertension and smoking. Tools were built to support clinical practice, such as the risk chart, for the assessment of coronary and cerebrovascular risk in the Italian population starting from the knowledge of risk factors and conditions.

##### Discussion and conclusions

The scientific evidence shows that the National Program Guadagnare Salute can and is giving good results in the medium and long term - an example is the actions taken to reduce the consumption of salt - however there is still a need to make healthy choices easier and to promote information campaigns that aim to change unhealthy behaviors.

**Key words:** epidemiology; risk factors; cardiovascular diseases; lifestyles

[chiara.donfrancesco@iss.it](mailto:chiara.donfrancesco@iss.it)

### Introduzione

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica: sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Chi sopravvive a un evento acuto diventa un malato cronico e con complicazioni che causano notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e su costi economici e sociali che Sistema Sanitario Nazionale e società devono affrontare. Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono tra i principali determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, maggiore causa di disabilità fisica e di disturbi della capacità cognitiva. Come molte malattie croniche non trasmissibili (MCNT), le malattie coronariche e cerebrovascolari sono fortemente associate a quattro comportamenti prevenibili, uso di tabacco, inattività fisica,

scorretta alimentazione e uso dannoso di alcol, che portano ad altrettanti cambiamenti metabolici/fisiologici: aumento della pressione sanguigna, sovrappeso/obesità, aumento della glicemia e della colesterolemia.

Il Progetto CUORE-Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari, coordinato dal Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nasce nel 1998, (1) con l'obiettivo di valutare nella popolazione generale adulta italiana la distribuzione dei fattori di rischio, condizioni a rischio e stili di vita che maggiormente contribuiscono all'occorrenza delle MCNT, in particolare malattie coronariche e cerebrovascolari e per studiarne prevalenza ed eziologia multifattoriale.

Dal 2007 le attività del Progetto CUORE hanno sostenuto il Programma nazionale Guadagnare Salute (GS) fornendo evidenze scientifiche per la programmazione e per il monitoraggio di strategie volte a prevenire e cambiare i comportamenti nocivi che costituiscono i principali fattori di rischio per le MCNT.

La peculiarità del Progetto CUORE è la conduzione di indagini di popolazione trasversali e longitudinali, che prevedono anche la misurazione diretta di parametri biologici. Gli studi trasversali (health examination survey, HES) hanno permesso di valutare nella popolazione generale italiana adulta la distribuzione e il trend temporale di alcuni dei fattori e delle condizioni di rischio delle MCNT, nonché della prevalenza delle malattie cardiovascolari e del rischio coronarico e cerebrovascolare. Sempre nell'ambito del Progetto gli studi longitudinali hanno permesso di valutare l'eziologia multifattoriale delle malattie coronariche e cerebrovascolari e stimare strumenti per la valutazione della probabilità di andare incontro a un evento coronarico o cerebrovascolare maggiore, fatale o non fatale, nei successivi 10 anni nella popolazione italiana adulta.

Nell'ambito delle diverse linee di ricerca del Progetto CUORE, dal 2007, molte attività sono state promosse e supportate dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) - Ministero della Salute e ricadono nell'ambito del Programma GS.

## Materiali e metodi

### Le indagini di popolazione

Attraverso l'implementazione di indagini di popolazione periodiche, HES, è stato possibile esaminare campioni casuali di popolazione generale di età compresa tra i 35 e i 79 anni, considerati rappresentativi della popolazione italiana, raccogliendo informazioni riguardanti stili di vita (abitudine al fumo, attività fisica, consumo di alcol, alimentazione), anamnesi patologica, anamnesi farmacologica, anamnesi familiare e misurazione diretta e standardizzata di fattori di rischio per le MCNT: altezza, peso, circonferenza vita e fianchi, pressione arteriosa, assetto lipidico, assetto glicemico, sodiuria, potassiuria, iodiuria, densitometria ossea, elettrocardiogramma.

Le HES sono state condotte dall'ISS nei periodi 1998-2002, 2008-2012, 2018-2019, in collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri per le prime due indagini (1-4). Se non diversamente specificato, i dati qui presentati, in relazione alle tre HES, si riferiscono alla popolazione generale italiana di età compresa tra i 35 e i 74 anni, classe di età comune alle indagini.

## Gli studi longitudinali

A partire dagli anni Ottanta, nell'ambito delle attività svolte dall'ISS, sono stati raccolti, seguendo procedure e metodologie standardizzate, i dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio, alla frequenza delle condizioni a rischio e agli stili di vita in campioni di popolazione generale adulta italiana, per i quali nel tempo si è provveduto a raccogliere l'occorrenza di eventi coronarici e cerebrovascolari fatali e non fatali, nonché la mortalità specifica per causa (4-8). Lo studio longitudinale di queste coorti di popolazione ha permesso di creare strumenti per la valutazione nella popolazione del rischio coronarico e cerebrovascolare a supporto della pratica clinica. Questi studi sono entrati a far parte, nel 1998, delle linee di ricerca afferenti al Progetto CUORE.

## Risultati

Gli studi condotti nell'ambito del Progetto CUORE hanno permesso di valutare nella popolazione generale italiana adulta la distribuzione e il trend temporale di alcuni dei fattori e delle condizioni di rischio delle MCNT più frequenti, nonché di valutare l'andamento delle malattie cardiovascolari e stimare strumenti per la valutazione del rischio cardiovascolare.

## Alimentazione

Un'ampia raccolta di informazioni sull'alimentazione è stata introdotta a partire dalla HES 2008-2012, usando il questionario EPIC, European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (2, 3, 9-12). I dati collezionati tra il 2008 e il 2012 sulla popolazione adulta italiana hanno mostrato che: un terzo del campione consumava quantità di verdura e pesce adeguate; il 14% degli uomini e il 15% delle donne consumavano una quantità di alimenti dolci in linea con le raccomandazioni; più alta la prevalenza delle persone che hanno aderito alle raccomandazioni relativamente al consumo di frutta (53% degli uomini e 59% delle donne); i formaggi erano consumati dal 41% degli uomini e dal 50% delle donne. Importanti differenze di genere, a favore delle donne, si sono riscontrate nel consumo adeguato di salumi e insaccati e in quello di alcol. Complessivamente, il 2,7% degli uomini e lo 0,6% delle donne non seguiva nessuna indicazione alimentare sana e solo l'11% degli uomini e il 24% delle donne presentava un numero di comportamenti alimentari corretti, compreso tra 5 e 8 (consumo giornaliero di verdura, di frutta, consumo settimanale di pesce, di formaggi, di salumi e insaccati, di dolci, di bibite zuccherate e di alcol) (12, 13). La prevalenza di comportamenti

alimentari sani, se analizzata stratificando per livello di educazione, ha mostrato valori simili negli uomini con un grado di istruzione più alto (scuola secondaria o università) e più basso (elementari e scuola media), mentre per le donne è stata registrata una tendenza ad abitudini più sane tra le più istruite (13).

Grazie alle misurazioni della pressione arteriosa, al prelievo di sangue (colesterolemia e glicemia) e alla raccolta delle urine delle 24 ore (sodiuria), è stato possibile valutare nella popolazione italiana di età compresa tra i 35 e i 79 anni se l'assunzione di nutrienti in trattamento farmacologico per ipertensione, dislipidemia e diabete rientrasse nei valori raccomandati proposti dalle linee guida: i partecipanti trattati per ipertensione avevano un consumo di sale più elevato rispetto ai partecipanti non trattati, il valore medio dell'assunzione di acidi grassi saturi nei partecipanti trattati per dislipidemia era superiore al livello raccomandato e solo le donne risultavano avere un'assunzione raccomandata di colesterolo. I partecipanti trattati per il diabete avevano una media di consumo di fibre decisamente inferiore a quella consigliata (14).

I dati relativi alle componenti dell'alimentazione raccolti nell'ambito della HES 2018-2019 sono in fase di elaborazione e saranno inclusi, insieme a quelli della HES 2008-2012, nella revisione in corso dei LARN (livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana).

Dal monitoraggio del consumo di sale (importante perché un'assunzione eccessiva di sale aumenta il rischio di ipertensione, malattie coronariche e ictus), effettuato attraverso la raccolta delle urine delle 24 ore nella HES 2008-2012 e nella HES 2018-2019, è stato possibile stimare una riduzione significativa, nella popolazione generale italiana dell'assunzione di sale di circa il 12% in 10 anni: l'assunzione media giornaliera di sale nella popolazione esaminata è stata di 10,8 g negli uomini e 8,3 g nelle donne nel periodo 2008-2012 e rispettivamente di 9,5 g e 7,2 g nel periodo 2018-2019 (Tabelle 1 e 2) (2). La riduzione è stata rivelata, sebbene con ampiezza diversa, in tutte le classi di età, categorie di indice di massa corporea - IMC (normopeso, sovrappeso, obesi) e livelli di istruzione. In entrambi i periodi, i livelli medi di assunzione di sale sono risultati significativamente più alti negli uomini che nelle donne, in quelli con sovrappeso e obesità rispetto

**Tabella 1** - Fattori di rischio e condizioni a rischio. *Health examination survey* del Progetto CUORE. Uomini, 35-74 anni<sup>a</sup>

Fattori di rischio	1998-2002 <sup>b</sup>			2008-2012 <sup>b</sup>			2018-2019 <sup>c</sup>		
	n.	%	IC 95%	n.	%	IC 95%	n.	%	IC 95%
Obesità <sup>d</sup>	4.870	18	16-19	3.931	25	23-26	822	19	16-22
Iperensione <sup>e</sup>	4.881	52	51-54	3.934	51	50-53	930	43	40-46
Inattività fisica <sup>f</sup>	4.879	34	33-35	3.926	32	31-34	930	33	30-36
Abitudine al fumo <sup>g</sup>	4.878	32	31-34	3.931	24	23-25	926	23	21-26
<b>Condizioni a rischio</b>									
Indice di massa corporea (kg/m <sup>2</sup> )	4.870	27	27-27	3.931	28	28-28	822	27	27-27
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	4.878	135	135-136	3.933	132	132-133	930	131	127-135
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	4.878	86	85-86	3.933	84	84-85	930	77	76-78
Escrezione urinaria giornaliera di sodio (g/die)	-	-	-	942	10,8	10,5-11,1	967 <sup>b</sup>	9,5 <sup>b</sup>	9,3-9,8 <sup>b</sup>
Escrezione urinaria giornaliera di potassio (mg/die)	-	-	-	942	3.147	3.086-3.208	967 <sup>b</sup>	3.043 <sup>b</sup>	2.968-3.118 <sup>b</sup>

(a) Medie e percentuali standardizzati per età attraverso popolazione italiana Istat 2000, 2010 e 2019, rispettivamente; i dati definitivi sono stati estrapolati dai riferimenti bibliografici 2, 3, 9; (b) dati definitivi; (c) dati preliminari in parte estrapolati dalle pubblicazioni 15, 17 e 19; (d) obesità: indice di massa corporea  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (peso ed altezza misurati); (e) ipertensione: pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  mmHg o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg o in trattamento specifico (pressione arteriosa misurata); (f) inattività fisica: attività prevalentemente sedentaria nel tempo libero; (g) abitudine al fumo: fumatore corrente di sigarette autodichiarato (almeno una sigaretta al giorno)

**Tabella 2** - Fattori di rischio e condizioni a rischio. *Health examination survey* del Progetto CUORE. Donne, 35-74 anni<sup>a</sup>

Fattori di rischio	1998-2002 <sup>b</sup>			2008-2012 <sup>b</sup>			2018-2019 <sup>c</sup>		
	n.	%	IC 95%	n.	%	IC 95%	n.	%	IC 95%
Obesità <sup>d</sup>	4.752	22	21-23	3.956	25	24-26	869	22	19-25
Iperensione <sup>e</sup>	4.774	44	43-46	3.961	37	36-39	968	31	28-34
Inattività fisica <sup>f</sup>	4.774	46	45-48	3.948	42	40-43	968	43	40-46
Abitudine al fumo <sup>g</sup>	4.774	23	21-24	3.954	20	19-21	966	17	15-20
<b>Condizioni a rischio</b>									
Indice di massa corporea (kg/m <sup>2</sup> )	4.752	26	26-27	3.956	27	27-27	869	26	26-26
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	4.771	132	132-133	3.960	127	126-127	968	122	118-126
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	4.771	82	82-82	3.960	79	78-80	968	73	72-74
Escrezione urinaria giornaliera di sodio (g/die)	-	-	-	916	8,3	8,1-8,5	1.010 <sup>b</sup>	7,2 <sup>b</sup>	7,0-7,4 <sup>b</sup>
Escrezione urinaria giornaliera di potassio (mg/die)	-	-	-	916	2.784	2.727-2.841	1.010 <sup>b</sup>	2.561 <sup>b</sup>	2.508-2.614 <sup>b</sup>

(a) Medie e percentuali standardizzati per età attraverso popolazione italiana Istat 2000, 2010 e 2019, rispettivamente; i dati definitivi sono stati estrapolati dai riferimenti bibliografici 2, 3, 9; (b) dati definitivi; (c) dati preliminari in parte estrapolati dalle pubblicazioni 15, 17 e 19; (d) obesità: indice di massa corporea  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (peso ed altezza misurati); (e) ipertensione: pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  mmHg o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg o in trattamento specifico (pressione arteriosa misurata); (f) inattività fisica: attività prevalentemente sedentaria nel tempo libero; (g) abitudine al fumo: fumatore corrente di sigarette autodichiarato (almeno una sigaretta al giorno)

alle persone di peso normale e in individui meno istruiti rispetto a quelli più istruiti, confermando l'importante ruolo delle disuguaglianze sociali. Grazie alla raccolta delle urine delle 24 ore è stato possibile monitorare anche l'apporto di potassio, come proxy del consumo di frutta e verdura, rilevando una diminuzione, tra il 2008-2012 e il 2018-2019, dell'escrezione media giornaliera di potassio principalmente tra le persone di età compresa tra 45 e 74 anni e in particolare tra le donne e gli uomini obesi e meno istruiti (Tabella 1 e 2). Nel 2008-2012, la prevalenza delle persone con un'adeguata assunzione di potassio (cioè  $\geq 3.510$  mg al giorno) era del 31% per gli uomini e del 18% per le donne; nel 2018-2019 era, rispettivamente, 26% e 12%. I livelli medi di escrezione urinaria di potassio sono risultati più alti negli uomini che nelle donne e in quelli con sovrappeso e obesità rispetto alle persone di peso normale (9).

### Inattività fisica

I risultati preliminari della HES 2018-2019 mostrano che nella popolazione generale adulta italiana l'inattività fisica durante il tempo libero è ancora più frequente nelle donne (circa il 43%) che negli uomini (circa il 33%), confermando una

frequenza stabile se confrontata con dieci anni fa (Tabella 1 e 2) (15). Nella HES 2008-2012 era emersa una diminuzione della prevalenza di inattività fisica nel tempo libero in entrambi i sessi rispetto ai dati raccolti nella HES 1998-2002, con livelli comunque ancora preoccupanti nella HES 2008-2012: 32% di uomini e 42% delle donne (Tabella 1 e 2) (3, 16). La prevalenza di inattività fisica nella HES 1998 era risultata simile tra i livelli di educazione, ma se confrontata con i dati della HES 2008-2012 risultava diminuire significativamente negli uomini con livello di istruzione più elevato, mentre era invariata tra gli uomini con livello di istruzione più basso. Nelle donne era stata riscontrata una tendenza diversa: la prevalenza di inattività fisica era diminuita tra la HES 1998-2002 e la HES 2008-2012 negli individui con minore istruzione ed era rimasta stabile in quelli con livello di istruzione più alto (13, 16). Era stato, inoltre, registrato un gradiente Nord-Sud nella prevalenza di inattività fisica a sfavore delle Regioni meridionali (16).

### Abitudine al fumo

I risultati preliminari della HES 2018-2019 mostrano nel campione, sia per gli uomini che per le donne, una prevalenza all'abitudine al fumo

stabile in confronto a dieci anni fa, quando più del 20% dei partecipanti fumava correntemente (HES 2008-2012: uomini 24% e donne 20%) (**Tablelle 1 e 2**) (3). Tra la HES 2008-2012 e la precedente era stata invece registrata una importante diminuzione negli uomini, in misura maggiore tra i livelli di istruzione più elevata, mentre solo una tendenza alla riduzione era stata registrata nelle donne rispetto alla HES 1998-2002: uomini 32% e donne 23% (**Tablelle 1 e 2**) (3, 13, 16).

Come indicatore di sane abitudini fin dalla giovinezza, è stata considerata la prevalenza di persone che non hanno mai fumato. Questa prevalenza era nettamente più alta nelle donne rispetto agli uomini nella HES 1998-2002, ma era aumentata negli uomini e diminuita nelle donne nel decennio successivo (HES 2008-2012) (3, 13).

Complessivamente, tra i partecipanti alla HES 2008-2012, solo il 7% degli uomini e il 13% delle donne risultavano aderenti a uno stile di vita corretto, considerato come la presenza contemporanea di almeno 5 degli 8 comportamenti alimentari sani, la non sedentarietà e l'assenza di fumo di sigaretta (3, 16).

### Sovrappeso e obesità

I risultati preliminari relativi alla rilevazione diretta delle misure antropometriche nella popolazione generale adulta italiana valutata nella HES 2018-2019 mostrano un arresto del trend di crescita rispetto ai dati delle precedenti HES, sia negli uomini che nelle donne, simile ai livelli medi riscontrati nella HES 1998-2002 e una tendenziale diminuzione della prevalenza di obesità ( $IMC \geq 30$   $kg/m^2$ ) negli uomini rispetto alla HES 2008-2012, mentre si registra una stabilità nelle donne e una tendenziale diminuzione della prevalenza di sovrappeso in entrambi i sessi (**Tablelle 1 e 2**) (17). Permane in tutti i periodi un gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali, con un carico maggiore nelle persone con titolo di studio più basso (13, 16).

Confrontando le indagini HES 1998-2002 e HES 2008-2012 si era evidenziato un aumento medio dell'IMC tra gli uomini, non nelle donne, e una prevalenza di obesità e sovrappeso ( $IMC$  compreso tra 25,0-2,9  $kg/m^2$ ) negli uomini pari a 18% e 50% nella prima indagine e 25% e 48% nella seconda, nelle donne rispettivamente 22% e 34% nella prima indagine e 25% e 32% nella seconda (**Tablelle 1 e 2**) (3, 16). I dati relativi alle misure di peso ed altezza nell'ambito delle HES 2008-2012 e 2018-2019 sono stati rilevati non solo grazie alla misurazione diretta, ma anche attraverso le dichiarazioni dei partecipanti; questo ha permesso, attraverso la collaborazione con l'Istat, l'implementazione di uno

studio di fattibilità per la correzione dell'IMC rilevato nella popolazione adulta attraverso dati auto-riportati, nel quale vengono stimate funzioni basate sul confronto dei dati auto-riportati e misurati nell'ambito della HES 2008-2012 e HES 2018-2019.

### Ipertensione

I risultati preliminari della HES 2018-2019 mostrano nella popolazione generale adulta italiana il proseguimento del trend favorevole di riduzione nei valori medi della pressione arteriosa e nella prevalenza di ipertensione (pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg o in trattamento antipertensivo) riscontrato nel decennio precedente, coerentemente con la riduzione del consumo di sale osservata nella popolazione italiana adulta nell'ultimo decennio (**Tablelle 1 e 2**) (2, 18). Tra la HES 1998-2002 e la HES 2008-2012 si era infatti evidenziata una diminuzione del valore medio della pressione arteriosa sistolica sia negli uomini che nelle donne, mentre quello della diastolica risultava diminuito solo nelle donne (3, 16). La prevalenza di ipertensione arteriosa (tra le due prime HES) risultava diminuita solo nelle donne (**Tablelle 1 e 2**) (3, 16). La tendenza alla diminuzione del livello medio della pressione arteriosa persisteva tra HES 1998-2002 e quella 2008-2012 nel gruppo di persone non trattato farmacologicamente e lo stato del controllo dell'ipertensione risultava migliorato in entrambi i generi, anche se permaneva più adeguato nelle donne (3, 19). Considerando il livello di istruzione, la pressione sistolica media era diminuita tra l'indagine 1998-2002 e quella 2008-2012 indipendentemente dal livello di istruzione per entrambi i sessi e il livello medio di pressione arteriosa diastolica era diminuito solo nelle donne, a prescindere dal livello di istruzione; la prevalenza di ipertensione era diminuita in entrambe le categorie di istruzione nelle donne, pur rimanendo più alta nelle donne con livello di istruzione meno elevato. Negli uomini la prevalenza d'ipertensione rimaneva invariata tra HES 1998-2002 e HES 2008-2012, indipendentemente dal livello di istruzione (13, 16). Lo stato del controllo dell'ipertensione non aveva mostrato differenze per livelli di istruzione negli uomini nella HES 1998-2002, mentre sembrava essere migliore nelle donne con istruzione più bassa; dopo 10 anni, un miglioramento si era evidenziato in entrambi i sessi indipendentemente dal grado di istruzione (13). La prevalenza di persone ipertese che nella HES 2008-2012 non era a conoscenza della propria condizione di pressione elevata (pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg) era del 40% negli uomini e del 35% nelle donne (3).



### Prevalenza di malattie cardiovascolari

Nell'ambito della HES 1998-2002 e 2008-2012 è stato possibile rilevare la prevalenza di alcune malattie cardiovascolari (infarto del miocardio, accidenti cerebrovascolari, angina pectoris, claudicatio intermittens, fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare sinistra, attacco ischemico transitorio, interventi di bypass aortocoronarico o rivascolarizzazioni) attraverso questionari standardizzati e la conduzione di un elettrocardiogramma.

Nell'indagine HES 2018-2019 le suddette patologie sono state indagate attraverso questionari standardizzati e i risultati preliminari mostrano, dal confronto con i dati relativi a dieci anni fa, un tendenziale aumento negli uomini della prevalenza di infarto del miocardio, probabilmente dovuto alla riduzione della mortalità e al miglioramento della sopravvivenza, un aumento della prevalenza di fibrillazione atriale che potrebbe essere dovuto a un miglioramento della diagnosi, in termini di accuratezza e tempestività, e una stabilità nella prevalenza di accidenti cerebrovascolari e di interventi di bypass aortocoronarico o rivascolarizzazioni.

Attraverso la valutazione dei dati raccolti nell'ambito della HES 2008-2012 si era riscontrata una prevalenza di precedente infarto del miocardio pari all'1,5% negli uomini e allo 0,6% nelle donne, di accidenti cerebrovascolari pari allo 0,6% sia negli uomini che nelle donne, di angina pectoris di 2,6% negli uomini e 4,6% nelle donne e non rilevando differenze significative rispetto alla HES 1998-2002, se si escludono la riduzione della prevalenza della fibrillazione atriale e l'aumento degli interventi di bypass aortocoronarico o rivascolarizzazioni negli uomini (3).

La prevalenza di precedente infarto miocardico, procedure di rivascolarizzazione e ipertrofia ventricolare sinistra era significativamente maggiore negli uomini rispetto alle donne, sia nella HES 1998-2002 che nella HES 2008-2012; l'opposto era risultato per l'angina pectoris. Tra le prime due HES, la prevalenza di claudicatio intermittens era significativamente aumentata negli uomini con minor livello di istruzione, stabile tra quelli con maggior livello di istruzione, mentre aveva mostrato tendenze opposte nelle donne: in aumento per i livelli di istruzione più bassi e in diminuzione per quelli più alti. Tra il 1998 e il 2008 era risultata significativa la diminuzione della prevalenza di fibrillazione atriale e l'aumento di quella delle procedure di rivascolarizzazione nelle donne con livello di istruzione più basso (13).

### Valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto

I dati derivanti da studi longitudinali, condotti su gruppi di popolazione seguiti nel tempo, consentono la stima di funzioni matematiche che permettono di valutare, a livello individuale, il rischio cardiovascolare globale assoluto, un indicatore della probabilità di ammalare di un evento cardiovascolare maggiore negli anni successivi, essendo a conoscenza del livello di alcuni fattori di rischio.

In Italia, grazie agli studi longitudinali implementati nell'ambito del Progetto CUORE, è stato possibile stimare tali funzioni matematiche sulla popolazione adulta italiana e costruire due strumenti di valutazione del rischio globale assoluto: le carte del rischio cardiovascolare e il punteggio individuale (20-22). I fattori e le condizioni considerate nelle carte del rischio sono: età, sesso, diabete, fumo, pressione sistolica e colesterolemia totale, mentre nel punteggio individuale si aggiungono HDL-colesterolemia e trattamento con terapia antipertensiva. Il risultato della valutazione viene fornito in percentuale, come proporzione di persone che, su 100 con gli stessi valori dei fattori di rischio della persona valutata, avranno un evento cardiovascolare maggiore nei successivi 10 anni.

Il rischio cardiovascolare globale, stimato con l'equazione del punteggio individuale, è stato calcolato a tutte le persone di età compresa tra 35 e 69 anni, partecipanti alle HES 1998-2002 e 2008-2012, riscontrando una riduzione in entrambi i generi, significativa solo nelle donne (da 8,1% a 7,6% negli uomini, da 3,2% a 2,7% nelle donne). La prevalenza delle persone a rischio elevato (rischio  $\geq 20\%$  in 10 anni) è risultata tendenzialmente in diminuzione in entrambi i generi, mentre la classe di rischio 15,0-19,9% ha avuto un andamento divergente, risultando stabile negli uomini e in diminuzione nelle donne (3). È probabile che la riduzione della prevalenza del rischio elevato sia dovuta alla riduzione del valore medio della pressione arteriosa sistolica e dell'abitudine al fumo di sigaretta, nonostante l'aumento della colesterolemia. Uomini e donne con livello di istruzione maggiore hanno mostrato una significativa riduzione del rischio cardiovascolare tra la HES 1998-2002 e quella 2008-2012; in tutte le categorie di rischio cardiovascolare e in entrambi i sessi, la prevalenza delle diverse classi di rischio è sempre stata inferiore nelle persone più istruite rispetto ai soggetti meno istruiti sia nella HES 1998-2002 che nella HES 2008-2012 (13). Il risultato complessivo incoraggiante è stato che la prevalenza della classe di rischio più

basso (soggetti con rischio cardiovascolare <5% in 10 anni) tendeva ad aumentare in entrambi i livelli di istruzione e in entrambi i sessi (13). Nell'ambito della HES 2018-2019 non è stato possibile effettuare il prelievo di sangue ed eseguire le determinazioni di colesterolemia totale ed HDL in maniera centralizzata; è quindi in corso la valutazione del rischio cardiovascolare stimato con l'equazione del Progetto CUORE per un sotto campione con informazioni di laboratorio disponibili su recenti determinazioni di colesterolemia totale ed HDL.

### Discussione

I risultati del Progetto CUORE qui presentati offrono indicazioni per la salute pubblica basate sull'evidenza scientifica ed evidenziano un andamento positivo per alcuni stili di vita, fattori di rischio, condizioni a rischio e per il rischio cardiovascolare, avvalorando l'importanza del consolidamento delle strategie attuate anche alla luce di prevalenze di stili di vita corretti e di condizioni di rischio ancora non a livello desiderabile, così come la prevalenza delle malattie cardiovascolari e la valutazione del rischio cardiovascolare nella popolazione generale.

Il confronto dei dati raccolti durante le HES 1998-2002 e 2008-2012 offre la possibilità di contestualizzare la situazione della popolazione adulta italiana nella quale il Programma GS ha preso forma e impostato le proprie attività. Il trend dei fattori di rischio, delle abitudini e delle malattie cardiovascolari evidenziato con l'indagine HES 2018-2019 permette invece di raccogliere le tendenze, anche se non è dimostrabile che sia direttamente legato all'impatto delle iniziative intraprese nell'ambito di GS. Un esempio è il consumo di sale: nel corso degli anni sono stati siglati protocolli d'intesa tra il Ministero della Salute e numerose associazioni di produttori di alimenti artigianali o industriali volti a favorire la riduzione del contenuto di sale in diverse categorie di prodotti alimentari, attraverso un'azione graduale e progressiva coerente con le strategie proposte sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che dall'Unione Europea. La riduzione del consumo eccessivo di sale ha rappresentato uno degli obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, prorogato al 2019, perseguito dalle Regioni attraverso la realizzazione di diverse azioni. Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 prevede una linea strategica di intervento per la riduzione del consumo di sale, confermando

l'importanza dell'obiettivo nel contesto della promozione di una sana alimentazione per la prevenzione delle MCNT.

Il Ministero della Salute-Ccm ha promosso e sostenuto l'implementazione di un monitoraggio del consumo di sale nella popolazione italiana e dal confronto dell'escrezione urinaria di sodio riscontrata nell'ambito della HES 2008-2012 e della HES 2018-2019 è stato possibile valutare l'efficacia delle azioni intraprese a riguardo, riscontrando negli ultimi 10 anni una riduzione del consumo di sale (2). La riduzione ha permesso di raggiungere più di un terzo dell'obiettivo del 30% indicato nel Piano d'azione globale per la prevenzione ed il controllo delle MCNT 2013-2020 dell'OMS (2, 23), pur rimanendo ben al di sopra di quello raccomandato dall'OMS stesso, inferiore a 5 g al giorno. Viceversa, il confronto dei dati alimentari raccolti nell'ambito delle HES con il modello mediterraneo degli anni Sessanta ha evidenziato come il consumo di cereali, patate e legumi sia ridotto alla metà, mentre il consumo di carni, formaggi, latte e, in particolare, di dolci sia più che raddoppiato (12).

Attraverso i dati raccolti con misurazione diretta nella HES 1998-2002, HES 2008-2012 e HES 2018-2019 è in corso la valutazione del raggiungimento nella popolazione italiana adulta di altri tre obiettivi inclusi nel Piano d'azione globale (23): riduzione relativa del 25% della prevalenza di pressione arteriosa elevata sanguigna, fermare l'aumento dell'obesità, ricezione di terapia farmacologica in almeno il 50% delle persone ammissibili per prevenire infarti e ictus (valutabile per ipercolesterolemia totale, diabete e pressione arteriosa in HES 1998-2002 e 2008-2012 e pressione arteriosa in HES 2018-2019).

I dati, a livello nazionale, regionale, per classi di età e istruzione, relativi all'andamento dei fattori di rischio e degli stili di vita attraverso misurazione diretta, man mano che vengono elaborati in via definitiva, sono resi disponibili sulla piattaforma di interrogazione dati del Progetto CUORE (16).

La visione intersettoriale di GS è stata recepita negli anni anche dai Piani Nazionali della Prevenzione (PNP) che hanno adottato l'approccio di "salute in tutte le politiche"; questo è avvenuto anche per la prevenzione delle malattie cardiovascolari per la quale le indicazioni di GS puntano su un approccio intersettoriale, con interventi di promozione della salute che agiscono lungo tutto il corso della vita (life-course approach) sui determinanti di salute con modalità efficaci, efficienti e sostenibili (24). Di duplice utilità lo sviluppo di strumenti, tarati specificatamente sulla popolazione italiana, per la valutazione del rischio

cardiovascolare che, da una parte, permettono a livello individuale di rispettare l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare (il valore viene stimato per ogni individuo a partire dai principali fattori di rischio presenti) e offrono opzioni multiple al trattamento delle persone con rischio aumentato (la modificazione di ciascuno dei singoli fattori può infatti influenzare in maniera chiaramente prevedibile il rischio assoluto) e, dall'altra, consentono di monitorare l'andamento del rischio cardiovascolare a livello di popolazione considerando, direttamente e indirettamente, la sinergia tra molteplici stili di vita e condizioni a rischio.

La prevenzione cardiovascolare attraverso la stima del rischio cardiovascolare globale assoluto è stata inclusa tra gli obiettivi principali del PNP 2005-2007. Il Ccm si è fatto promotore di un piano di formazione nazionale con l'obiettivo di aumentare tra i medici di medicina generale la consapevolezza del valore della prevenzione cardiovascolare, dell'importanza della valutazione del rischio cardiovascolare e degli strumenti con cui misurarlo. Su queste basi è stata costituita, presso il Ccm, una task force composta da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'ISS, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, e aperta alla partecipazione di rappresentanti delle Regioni, con il compito di predisporre il Piano Nazionale della Formazione sul Rischio Cardiovascolare, quale componente del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. L'ISS ha realizzato a partire dal 2005, nell'ambito del Progetto CUORE, la progettazione e l'attivazione di corsi di formazione rivolti ai medici di medicina generale e agli altri operatori sanitari sull'uso e l'applicazione della carta e del punteggio individuale del rischio cardiovascolare nella pratica clinica e sulla promozione di interventi di counselling per favorire cambiamenti dello stile di vita sia tra gli individui ad alto rischio che nella popolazione generale (25, 26). Tra gli obiettivi della formazione anche l'utilizzo del programma 'cuore.exe' per il calcolo del rischio cardiovascolare, disponibile online e scaricabile gratuitamente dalle pagine del sito web del Progetto CUORE, che permette agli operatori sanitari la raccolta e l'archiviazione dei fattori di rischio, la valutazione del rischio cardiovascolare, il monitoraggio nel tempo attraverso misure ripetute e l'invio dei dati, in forma anonima, all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare del Progetto CUORE (1). Questo strumento permette ancora oggi di monitorare l'utilizzo della valutazione del rischio cardiovascolare nella pratica clinica e l'andamento del rischio medio nella popolazione italiana

sottoposta a valutazione dagli operatori sanitari, che vengono supportati nella promozione di scelte di vita salutari anche attraverso il materiale divulgativo creato nell'ambito del Progetto CUORE (1).

Una valutazione combinata dell'impatto dell'andamento dei fattori di rischio e dell'efficacia dei trattamenti è possibile anche attraverso la combinazione di più fonti di informazione (meta-analisi, statistiche ufficiali, studi longitudinali e indagini di popolazione, ecc.) e la stima di modelli validati in diversi Paesi. Utilizzando anche i dati ricavati dagli studi afferenti al Progetto CUORE qui riportati, è stato possibile spiegare la riduzione di 42.930 decessi per malattia coronarica registrata in Italia tra il 1980 e il 2000 attraverso la modificazione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione e l'uso di trattamenti medici e chirurgici: circa il 40% di questa diminuzione è stata attribuita ai trattamenti, mentre il 55% alle variazioni dei fattori di rischio e agli stili di vita nella popolazione (27). Anche questo caso conferma come le evidenze scientifiche prodotte siano sempre più importanti per comprendere le tendenze passate e per pianificare future strategie di prevenzione e trattamento.

## Conclusioni

Nella popolazione generale adulta, le HES del Progetto CUORE mostrano, negli ultimi venti anni, un andamento favorevole per alcuni fattori di rischio, come consumo giornaliero di sale e pressione arteriosa e una tendenziale stabilità sul lungo periodo per altri (l'obesità), mettendo in evidenza come le condizioni a rischio per le MCNT, in particolare per le malattie cardiovascolari e gli stili di vita non corretti, siano ancora diffusi nella popolazione e come la dimensione e l'andamento nel tempo risulti a svantaggio dei livelli di istruzione più bassi.

Gli studi longitudinali del Progetto CUORE hanno permesso di valutare l'eziologia multifattoriale delle malattie cardiovascolari nella popolazione generale adulta e di valutare, monitorare e modulare il rischio nella pratica clinica attraverso strumenti tarati sulla popolazione italiana.

Tali risultati mostrano come permanga l'esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgenza di MCNT di grande rilevanza epidemiologica.

Nell'ambito del Progetto CUORE è previsto il proseguimento della raccolta dei dati a supporto delle attività di monitoraggio della

salute dei cittadini per verificare l'efficacia delle azioni intraprese e pianificare interventi intersettoriali, quali quelli previsti da GS, nonché il proseguimento degli studi per la valutazione di strumenti sempre più accurati per la valutazione del rischio cardiovascolare.

**Citare come segue:**

Donfrancesco C, Lo Noce C, Di Lonardo A, Vannucchi S, Palmieri L. Progetto CUORE: *health examination survey* e studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):12-21.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** Ministero della Salute, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), Fondazione per il Tuo cuore onlus (HCF) e Joint Action della Comunità Europea - European Health Examination Survey.

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

**Riferimenti bibliografici**

1. Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto CUORE. <https://www.cuore.iss.it/>; ultimo accesso 21/1/2022.
2. Donfrancesco C, Lo Noce C, Russo O, Minutoli D, Di Lonardo A, Profumo E, et al. Trend of salt intake measured by 24-h urine collection in the Italian adult population between the 2008 and 2018 CUORE project surveys. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2021;31(3):802-13. doi: 10.1016/j.numecd.2020.10.017
3. Giampaoli S, Vanuzzo D, a nome del Gruppo di Ricerca del Progetto Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey. La salute cardiovascolare degli italiani. Terzo Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. Edizione 2014. *G Ital Cardiol* 2014;15(4 Suppl 1):7S-31S.
4. Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto CUORE. Le coorti di popolazione. <https://www.cuore.iss.it/indagini/cuore-data-coorti>; ultimo accesso 21/1/2022.
5. Palmieri L, Donfrancesco C, Giampaoli S, Trojani M, Panico S, Vanuzzo D, et al. Favorable cardiovascular risk profile and 10-year coronary heart disease incidence in women and men: results from the Progetto CUORE. *Eur J Cardiovasc Prev and Rehabil* 2006;13(4):562-70. doi: 10.1097/01.hjr.0000221866.27039.4b
6. Donfrancesco C, Palleschi S, Palmieri L, Rossi B, Lo Noce C, Pannozzo F, et al. Estimated glomerular filtration rate, all-cause mortality and cardiovascular diseases incidence in a low risk population: the MATISS study. *PLoS One* 2013;8(10):e78475. doi: 10.1371/journal.pone.0078475
7. Giampaoli S, Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D, Ferrario M, Chiodini P, et al. Favorable cardiovascular risk profile (low risk) and 10-year stroke incidence in women and men: findings from 12 Italian population samples. *Am J Epidemiol* 2006;163(10):893-902. doi: 10.1093/aje/kwj110
8. Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, Panico S, Pilotto L, Addis A, et al. Progetto CUORE I.S.S.: carta e punteggio. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2005; n.5/6:17-22. [https://www.simg.it/Riviste/rivista\\_simg/2005/05-06\\_2005/5.pdf](https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2005/05-06_2005/5.pdf); ultimo accesso 21/1/2022.
9. Donfrancesco C, Lo Noce C, Russo O, Buttari B, Profumo E, Minutoli D, et al. Trend in potassium intake and Na/K ratio in the Italian adult population between the 2008 and 2018 CUORE project surveys. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2021;31(3):814-26. doi: 10.1016/j.numecd.2020.11.015
10. Pisani P, Faggiano F, Krogh V, Palli D, Vineis P, Berrino F. Relative validity and reproducibility of a food frequency dietary questionnaire for use in the Italian EPIC centres. *Int J Epidemiol* 1997;26(Suppl 1):S152-S160. doi: 10.1093/ije/26.suppl\_1.s152
11. Pala V, Sieri S, Palli D, Salvini S, Berrino F, Bellegotti M, et al. Diet in the Italian EPIC cohorts: presentation of data and methodological issues. *Tumori* 2003;89(6):594-607. PMID: 14870824
12. Giampaoli S, Krogh V, Grioni S, Palmieri L, Gulizia MM, Stamler J, et al. Comportamenti alimentari degli italiani: risultati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey. *Epidemiol Prev* 2015;39(5-6):373-9. PMID: 26554689
13. Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, Lo Noce C, Pilotto L, Vanuzzo D, et al. Cardiovascular health in Italy. Ten-year surveillance of cardiovascular diseases and risk factors: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998-2012. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22(2 Suppl):9-37. doi: 10.1177/2047487315589011
14. Guastadisegni C, Donfrancesco C, Palmieri L, Grioni S, Krogh V, Vanuzzo D, et al. Nutrients Intake in Individuals with Hypertension, Dyslipidemia, and Diabetes: An Italian Survey. *Nutrients* 2020;12(4):923. doi: 10.3390/nu12040923.
15. EpiCentro. De Mei B, Donfrancesco C. Politiche di promozione dell'attività fisica nel contrasto delle malattie cardiovascolari. [https://www.epicentro.iss.it/attivita\\_fisica/attivita-fisica-prevenzione-cardiovascolare](https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/attivita-fisica-prevenzione-cardiovascolare)
16. Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto CUORE. Indagini di popolazione. <http://www.cuore.iss.it/indagini/CuoreDataInfo>; ultimo accesso 21/1/2022.
17. Donfrancesco C, Lo Noce C, Profumo E, Buttari B, Minutoli D, Di Lonardo A, et al. Obesity in the Italian Adult Population: Preliminary Results of the 2018-2019 Cuore Project-health Examination Survey. Abstract. *Circulation* 2020;141:AP220. doi: 10.1161/circ.141.suppl\_1.P220

18. Donfrancesco C, Di Lonardo A, Minutoli D, Lo Noce C, Buttari B, Profumo E, et al. Ipertensione nella popolazione generale adulta italiana: risultati preliminari dell'indagine del Progetto CUORE 2018-2019. In: *XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa* (modalità virtuale). 1-3 ottobre 2020. <https://siia2020.webaimgroup.eu/abstract-book/>
19. Di Lonardo A, Donfrancesco C, Palmieri L, Vanuzzo D, Giampaoli S. Time Trends of High Blood Pressure Prevalence, Awareness and Control in the Italian General Population: Surveys of the National Institute of Health. *High Blood Press Cardiovasc Prev* 2017;24(2):193-200. doi: 10.1007/s40292-017-0201-8
20. Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D, Ferrario M, Pilotto L, Sega R, et al. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del Progetto CUORE. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(4):393-9. PMID: 15815105
21. Istituto Superiore di Sanità. Il Progetto CUORE. Valutazione del rischio. <http://www.cuore.iss.it/valutazione/>; ultimo accesso 21/1/2022.
22. Donfrancesco C, Palmieri L, Cooney M-T, Vanuzzo D, Panico S, Cesana G, et al. Italian cardiovascular mortality charts of the CUORE project: are they comparable with the SCORE charts? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(4):403-9. doi: 10.1097/HJR.0b013e328334ea70
23. World Health Organization. *Global Action Plan for the Prevention and Control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
24. Galeone D. La pianificazione intersettoriale per la prevenzione delle malattie croniche e la promozione della salute. In: *Convegno PAN II "La ristorazione collettiva in Italia"*. Roma, 4 febbraio 2009. [https://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/convegni/Pan\\_II\\_Galeone.pdf](https://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/convegni/Pan_II_Galeone.pdf); ultimo accesso 21/1/2022.
25. Istituto Superiore di Sanità. Il corso di formazione sull'uso e l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare - Progetto CUORE. <https://www.cuore.iss.it/formazione/corso>; ultimo accesso 21/1/2022.
26. Orsi C, Trojani M, Donfrancesco C, Palmieri L, De Mei B, Dima F, et al. Il piano di formazione per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto. *Not Ist Super Sanità - Insetto BEN* 2006;19(5):iii-iv.
27. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health* 2010;100(4):684-92. doi: 10.2105/AJPH.2008.147173

# Controllo del tabacco in Italia a 15 anni dal Programma nazionale Guadagnare Salute: ombre sull'approccio intersettoriale al tabacco

Paolo D'Argenio<sup>a</sup>, Giuseppe Gorini<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Tobacco Endgame, Alleanza per un'Italia senza Tabacco

<sup>b</sup>Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica, Firenze

## SUMMARY

### **Tobacco control in Italy, 15 years after the National Program Guadagnare Salute, shadows on the intersectoral approach to tobacco control**

#### **Introduction**

According to the National Program Guadagnare Salute, to combat smoking, as well as other health risk behaviors, the Government has to implement coherent health, economic, industrial, agricultural, trade and education policies. After almost 15 years from its issuing, we describe the evolution of the tobacco products consumption in Italy and the practice of the intersectoral approach for smoking prevention and control as outlined by Guadagnare Salute.

#### **Materials and methods**

We used the data on tobacco products sales provided by the Italian Ministry of Health and those on the prevalence of smokers, by type of product used, by the PASSI surveillance system that collects data through telephone interviews using samples of population aged 18-69 years. The evolution of tobacco control policies has been described through the analysis of Italian tobacco legislation.

#### **Results**

Over the period considered, sales of cigarettes fell by 37.5%, while those of loose tobacco for roll-your-own cigarettes, heated tobacco products, cigarillos and cigars increased. The prevalence of smokers, which had been decreasing since 2018, seems to have reached a plateau, while the total number of consumers of electronic cigarettes and heated tobacco products is close to 4% of the adult population. As regards policies, the Italian Ministry of Health has pursued the objectives of tobacco prevention and control, while other sectors of the governments that have changed over time have pursued conflicting measures in the fight against smoking.

#### **Discussion and conclusions**

It is necessary to motivate and raise awareness among the Government's non-health ministries on the need for policies that consistently aim at the prevention and control of smoking in Italy, following the intersectoral approach of the National Program Guadagnare Salute.

**Key words:** tobacco control; intersectoral policies; health impact

[dargeniopaolo@gmail.com](mailto:dargeniopaolo@gmail.com)

## Introduzione

Il movimento antifumo in Italia nasce tra gli anni Ottanta e Novanta, con la consapevolezza diffusa che il fumo rappresenta una minaccia per la salute pubblica (1). La strada è stata lunga e complessa (2) prima di arrivare al divieto di fumare nei luoghi aperti al pubblico con la legge entrata in vigore il 10 gennaio 2005 (2), il cui impatto positivo è stato fin da subito evidente (3).

Nel 2007 il Programma nazionale Guadagnare Salute (GS) ha rappresentato uno step importante nel contrasto ai comportamenti a rischio per la salute, tra cui il fumo, con un approccio multisettoriale che coinvolgesse tutte le politiche: sanitarie, economiche, industriali, agricole, commerciali e dell'istruzione (4).

Poco dopo, nel 2008, l'Italia ratificava, con la Legge 75/2008, la Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il trattato internazionale che, riconoscendo il conflitto insanabile tra la salute della popolazione e gli interessi dell'industria del tabacco, ha individuato efficaci misure regolatorie per contrastare l'epidemia del fumo di sigarette (5). La Convenzione ha cercato di condurre tutte le nazioni verso un regime condiviso di regolamentazione del tabacco, stabilendo rigorosi standard di controllo relativi a tassazione finalizzata all'aumento dei prezzi dei prodotti del tabacco, etichettatura, pubblicità, contrabbando, protezione dei

minori, protezione dei non fumatori, sostegno ai fumatori intenzionati a smettere, contrasto all'ingerenza dell'industria nelle politiche relative al tabacco (6).

Dall'altra parte, l'industria del tabacco ha cominciato a offrire ai consumatori nuovi prodotti (sigarette elettroniche dal 2004 e prodotti a tabacco riscaldato dal 2014), proponendoli con nuove retoriche e utilizzando per il marketing le opportunità rese disponibili dai social media.

Nel presente lavoro viene descritta l'evoluzione del consumo di prodotti del tabacco in Italia e la pratica dell'approccio intersettoriale delineato dal Programma GS nella prevenzione e nel controllo del tabagismo.

### Materiali e metodi

I prodotti del tabacco comprendono sigarette tradizionali, trinciati per sigarette rollate a mano, sigari, sigaretti, prodotti per uso orale, prodotti per pipa e prodotti a tabacco riscaldato (Heated Tobacco Products - HTP), questi ultimi commercializzati in Italia dal quarto trimestre del 2014.

Viene descritta l'evoluzione delle vendite dei prodotti del tabacco, utilizzando i dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, forniti dal Ministero della Salute, che misurano le vendite in termini di kg equivalenti di tabacco, per cui un kg equivale a 1.000 sigarette (dati messi a disposizione degli autori dal Ministero della Salute).

I dati sulla prevalenza di fumatori, per tipo di prodotto fumato, sono tratti dalla sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) nella popolazione residente in Italia di 18-69 anni (7). In base alla definizione per cui: "un fumatore è una persona che dichiara di

aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi", PASSI ha stimato la prevalenza di fumatori di sigarette dal 2008. A partire dal 2014 stima la prevalenza di consumatori di sigarette elettroniche e, dal 2018, quella dei consumatori di prodotti a tabacco riscaldato.

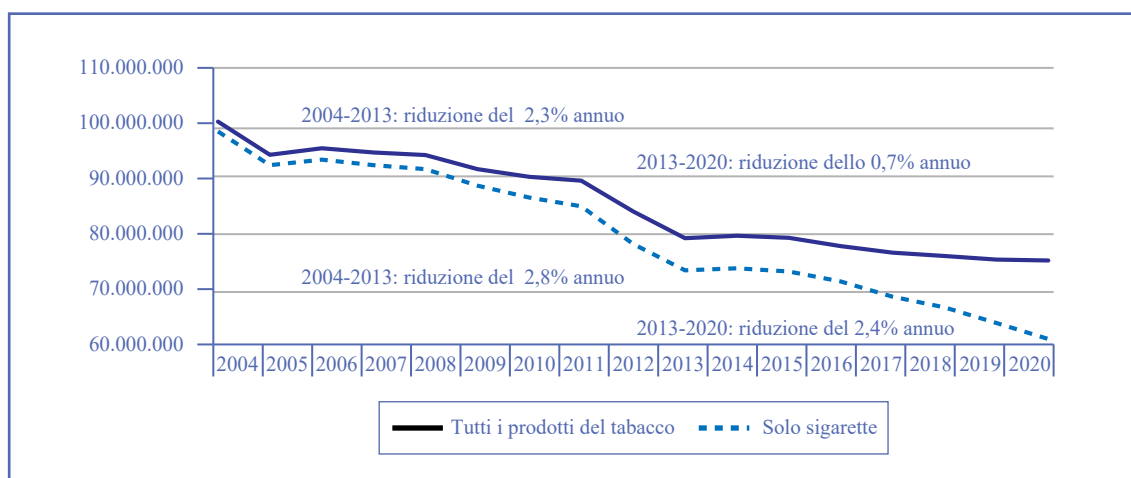
L'evoluzione delle politiche di controllo del tabagismo è stata descritta attraverso l'analisi della legislazione italiana sul tabacco e gli atti rilevanti riguardanti accordi tra Ministeri e industria del tabacco (**Materiale Aggiuntivo - Tabella**).

### Risultati

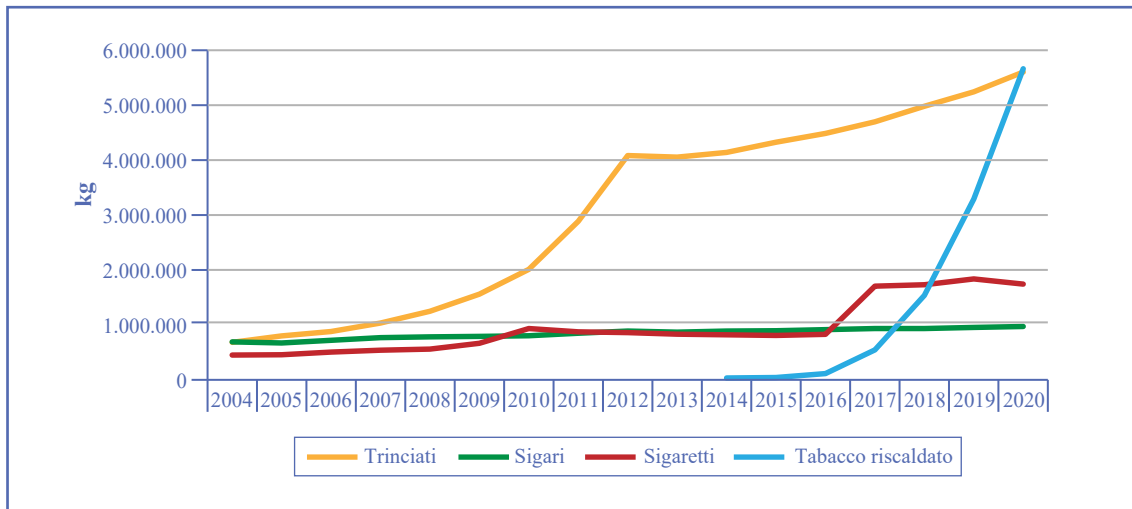
La **Figura 1** mostra che, dal 2004 al 2013, le vendite di tutti i prodotti del tabacco si sono ridotte del 2,3% all'anno e che la riduzione delle sole sigarette tradizionali, di gran lunga il prodotto più venduto, è stata di poco superiore, intorno al 2,8% annuo. Considerando tutto il periodo, la riduzione delle vendite di sigarette è stata pari al 37,5%.

Nel periodo successivo, dal 2013 al 2020, mentre il consumo di sigarette tradizionali continuava a diminuire come in precedenza, la riduzione di tutti i prodotti del tabacco è stata meno marcata (0,7% annuo). Da sottolineare che in questo computo non sono considerate le sigarette elettroniche, per le quali non sono disponibili i dati delle vendite.

La **Figura 2** mostra le vendite dei prodotti del tabacco diversi dalle sigarette: dal 2004 le vendite di trinciati (il tabacco sciolto per sigarette rollate in proprio) sono aumentate di circa il 47% annuo, mentre l'aumento delle vendite di sigari e sigaretti è stato di minore intensità, rispettivamente del 3% e del 19% annuo.



**Figura 1** - Vendite di prodotti del tabacco in Italia, 2004-2020



**Figura 2** - Vendite di prodotti del tabacco diversi dalle sigarette in Italia, 2004-2020

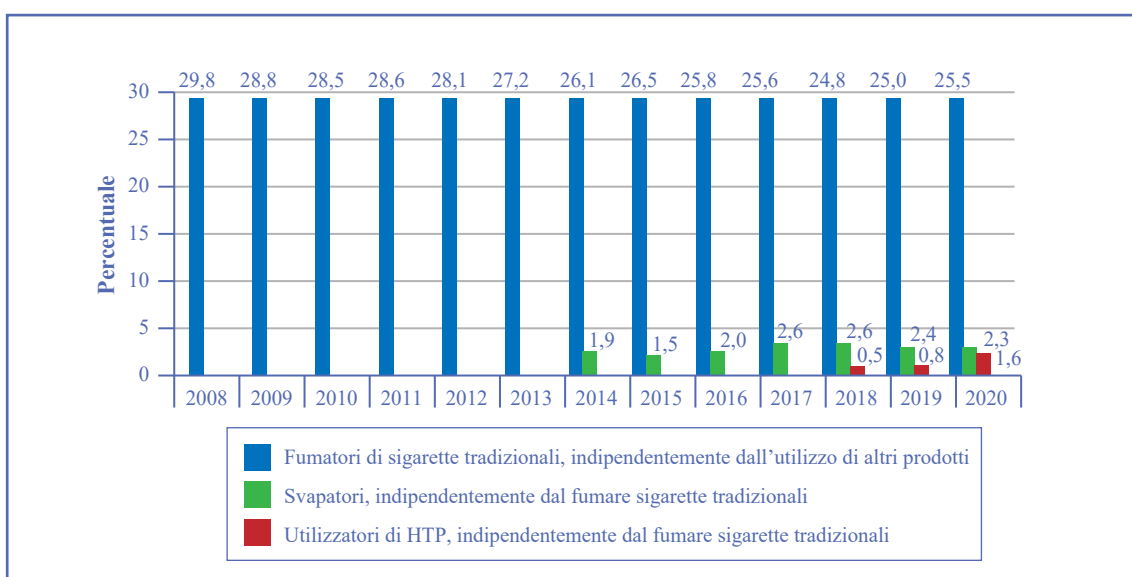
Le vendite di prodotti a tabacco riscaldato sono passate da 11.514 kg nel 2015 a 5.691.693 kg nel 2020, diventando così il secondo prodotto del tabacco più venduto in Italia. La vendita dell'insieme di questi quattro prodotti (trinciato per rollare sigarette, prodotti a tabacco riscaldato, sigari e sigaretti) è passata da una quota di mercato dell'1,7% nel 2004 al 18,5% nel 2020, in dettaglio: trinciati 7,4%, prodotti a tabacco riscaldato 7,5%, sigari 1,3%, sigaretti 2,3%.

Nella **Figura 3** si può osservare che la prevalenza di fumatori è diminuita dal 29,8% nel 2008 al 26,1% nel 2014, per poi registrare un plateau intorno al 25-26% fino al 2020.

La prevalenza di uso di sigarette elettroniche, raccolta a partire dal 2014, tende a un lieve aumento. Gli utilizzatori di HTP risultano triplicati dal 2018 al 2020, anno in cui costituiscono l'1,6% della popolazione.

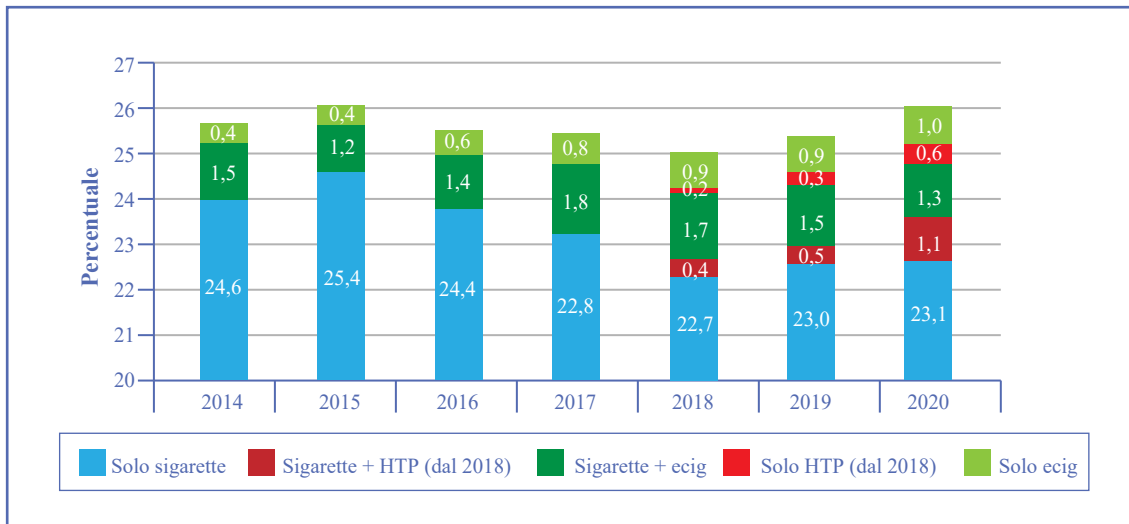
La **Figura 4** illustra l'andamento della prevalenza di consumatori di sigarette tradizionali, di sigarette elettroniche, di tabacco riscaldato e uso di più di un prodotto (uso duale).

La maggior parte dei consumatori di uno di questi prodotti rimane fedele alla sigaretta; infatti se si guarda il dato del 2020, si può osservare che 9 consumatori su 10 fumano solo sigarette.



**Figura 3** - Prevalenza di consumatori di sigarette tradizionali, sigarette elettroniche e heated tobacco products (HTP).  
Fonte: PASSI 2008-2020





**Figura 4** - Prevalenza di utilizzo di sigarette tradizionali, sigarette elettroniche (ecig), heathed tobacco products (HTP), considerando anche l'uso di più di un prodotto

Tuttavia, dal 2014, si osserva una lieve diminuzione dello 0,7% annuo nell'uso esclusivo di sigarette. Permane, invece, consistente l'uso duale: più della metà (60%) degli utilizzatori di sigarette elettroniche fuma anche sigarette tradizionali o rollate a mano e circa il 70% degli utilizzatori di tabacco riscaldato continua a fumare sigarette tradizionali.

Complessivamente, si osserva che l'uso dei tre prodotti riportati in Figura 4, dopo una lieve diminuzione dal 26,5% nel 2014 al 25,8% nel 2017, aumenta di nuovo fino al 27,1% nel 2020. Evidentemente l'ingresso sul mercato dei prodotti a tabacco riscaldato ha determinato un'inversione di tendenza sul numero complessivo di consumatori di almeno uno dei tre prodotti.

### Discussione

I dati di vendita dal 2004 al 2020 mostrano un mercato in forte evoluzione. Le vendite delle sigarette si sono ridotte del 37,5%. Può essere individuata una serie di motivi: riduzione della prevalenza di fumatori, riduzione del numero medio di sigarette fumate al giorno (che si registra in tutte le indagini sul fumo negli ultimi 20 anni), diversificazione dell'offerta di prodotti del tabacco.

Infatti, dal 2004 al 2012, sono aumentate consistentemente le vendite di trinciati per sigarette rollate, diventati in pochi anni il secondo prodotto più venduto, superato recentemente dai nuovi prodotti a tabacco riscaldato, introdotti nel 2014, le cui vendite sono aumentate esponenzialmente negli ultimi 3 anni.

Non sono ancora disponibili i dati di vendita delle sigarette elettroniche, ma il fatto che la prevalenza di persone che "svapano" (2,3% nel 2020) è maggiore di quella di fumatori di prodotti a tabacco riscaldato (1,6% nel 2020) induce a pensare che i liquidi per le sigarette elettroniche abbiano volumi di vendita paragonabili o superiori a quelli del tabacco riscaldato.

Il mercato del tabacco si basa sul potere della nicotina di creare dipendenza e sembra aver compensato il calo delle vendite con l'ampliamento della gamma di prodotti disponibili, allo scopo di tenere agganciati: i) i giovani con minori capacità di spesa, con il tabacco sciolto per sigarette fatte in proprio (8); ii) i fumatori che vogliono smettere, offrendo l'alternativa di un prodotto, presentato dall'industria come meno tossico; iii) gli adolescenti che andranno a costituire le nuove generazioni di dipendenti dalla nicotina (9).

Esistono diversi dati di fatto a sostegno di questa interpretazione.

Innanzitutto, il trend della prevalenza dei fumatori, che in Italia era in riduzione fin dagli anni Sessanta (10), negli ultimi anni ha prima rallentato la sua corsa e successivamente si è stabilizzato. Nel periodo 2008-2020 i fumatori che hanno dichiarato di aver fatto un serio tentativo di smettere di fumare, restando almeno 24 ore senza fumare, sono diminuiti, passando dal 42,4% del 2008 al 31,7% del 2020 (11).

A partire dal 2014 è stato registrato un aumento dei consumatori di sigarette elettroniche e di prodotti a tabacco riscaldato, che il più delle volte usano questi nuovi prodotti

alternandoli all'uso di sigarette convenzionali. La raccomandazione principale che si può dare agli utilizzatori di nuovi prodotti è quella di smettere completamente di fumare le sigarette tradizionali, ma questo avviene solo in circa la metà degli utilizzatori di questi nuovi prodotti. Questi ultimi sono stati immessi nel mercato con il messaggio promosso dalle industrie produttrici che siano meno dannosi rispetto alle sigarette convenzionali. Nonostante la posizione del Ministero della Salute che nel corso degli anni, e in linea con l'OMS, ha più volte ribadito che la cosiddetta "riduzione del danno" non è una strategia di sanità pubblica, gli altri settori dei Governi che si sono succeduti in Italia hanno perseguito misure contrastanti nella lotta contro il tabagismo, perdendo di vista il principio cardine di GS: la salute come obiettivo di tutte le politiche. I dati relativi alla normativa sul tabacco e gli atti dei Governi nel corso degli anni sono riportati nel [Materiale Aggiuntivo - Tabella](#).

Per quanto riguarda le politiche sanitarie, il Ministero della Salute ha introdotto nel 2016, con il recepimento della Direttiva Europea 40/2014, misure volte a estendere il divieto di fumare nelle automobili in presenza di bambini o donne in gravidanza, nelle pertinenze all'aperto di scuole e ospedali pediatrici, provvedimenti volti a regolamentare le caratteristiche dei liquidi e la concentrazione di nicotina nelle sigarette elettroniche e misure per regolamentare e limitare l'uso di alcuni aromi presenti nelle sigarette tradizionali, come il mentolo.

Inoltre, i livelli essenziali di assistenza (LEA) prevedono che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attui la sorveglianza dei fattori di rischio degli stili di vita nella popolazione, la prevenzione e il contrasto del tabagismo a livello di comunità, come quelle scolastiche. Infine, essendo il fumo una dipendenza patologica, il trattamento del tabagismo dovrebbe rientrare nel trattamento delle dipendenze patologiche gestito dal Distretto sanitario.

L'offerta degli interventi efficaci per smettere di fumare è a carico dei Centri antifumo (CAF). Presso i 292 CAF dell'SSN e quelli di alcune sedi provinciali della Lega italiana per la lotta contro i tumori, presenti su tutto il territorio nazionale, operatori sanitari opportunamente formati (medici, psicologi, educatori professionali) offrono interventi farmacologici e psico-comportamentali per smettere di fumare. Tuttavia pochi fumatori si rivolgono ai CAF, principalmente per due motivi: sono ubicati all'interno di Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerD) o nei reparti ospedalieri

di pneumologia che, nella maggior parte dei casi, non hanno personale e finanziamenti dedicati allo smettere di fumare. I trattamenti farmacologici e psico-comportamentali offerti non sono inoltre rimborsabili. Infine, durante l'emergenza sanitaria legata alla pandemia, molti CAF hanno interrotto l'offerta di percorsi di cessazione dal fumo.

Il Telefono Verde per smettere di fumare (800.554088), gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che fornisce supporto psico-comportamentale e può essere considerato un vero e proprio intervento per smettere di fumare, ha registrato un incremento degli accessi a partire dal 2016, quando, a seguito del recepimento della Direttiva EU 40/2014, il suddetto numero verde è stato riportato su tutti i pacchetti di sigarette. Prima del 2016, circa 3.000 fumatori l'anno chiamavano il numero verde per ricevere supporto, mentre dal 2016, è aumentato: intorno a 12.000 fumatori l'anno. Anche questo servizio però riesce a coprire solo un numero limitato di richieste di supporto, se si pensa che circa 3 milioni di fumatori in Italia ogni anno tentano di smettere (12).

Tra i possibili interventi, infine, va considerato il consiglio di smettere che gli operatori sanitari dovrebbero erogare ai pazienti fumatori. La sorveglianza PASSI riporta che i medici di medicina generale hanno fornito un consiglio per smettere di fumare solo al 52% dei fumatori nel 2010 e negli anni la percentuale è scesa fino al 47% nel 2020.

Contrariamente al settore sanitario che, pur con i limiti menzionati, ha lavorato nel corso degli anni per implementare misure di contrasto al tabagismo, i settori che si occupano di tabacchicoltura e manifattura del tabacco non si sono mossi nella stessa direzione.

L'Italia resta il primo produttore in Europa di tabacco e non vengono previsti adeguati investimenti per la ricerca di alternative economicamente valide alla tabacchicoltura.

Una misura fortemente raccomandata dall'OMS (13) e dalla Banca Mondiale (14) è l'incremento dei prezzi dei prodotti del tabacco, realizzabile aumentando le aliquote fiscali. Tuttavia, l'Italia ha un'accisa pari a € 3,8 a pacchetto, posizionandosi all'undicesimo posto nell'Unione Europea per imposizione fiscale, meno della metà dell'accisa, ad esempio, in vigore in Francia (15).

I nuovi prodotti del tabacco godono di una politica di vantaggi fiscali per la supposta riduzione del danno non ancora certificata dall'ISS e dal Ministero della Salute, con aliquote che per

le sigarette elettroniche sono pari al 10%, e per il tabacco riscaldato al 25% di quelle gravanti sulle sigarette convenzionali (**Materiale Aggiuntivo - Tabella**).

Sempre sul lato dell'offerta, non sono stati adottati interventi per limitare il proliferare della pubblicità delle sigarette elettroniche su internet e sui social media; non sono state, inoltre, vietate pubblicità ai dispositivi che riscaldano il tabacco, trattati oggi alla stregua di gadget elettronici.

Il Ministero dell'Ambiente ha fissato, con proprio Decreto (**Materiale Aggiuntivo - Tabella**), le regole per attuare il divieto di abbandono dei mozziconi entrato in vigore nel 2016, prevedendo che le industrie del tabacco, anche in collaborazione con le istituzioni, conducano campagne informative nazionali o locali. Tali collaborazioni, che sono in contrasto con il dettato della Convenzione Quadro dell'OMS, hanno dato la possibilità alle industrie del tabacco di accreditarsi come partner delle comunità locali in città come Roma, Bologna, Napoli, Palermo (16).

L'Italia non è riuscita ad applicare molte misure per il controllo del tabacco raccomandate dall'OMS e nella classifica europea dell'implementazione della Convenzione Quadro, dall'8° posto che occupava nel 2005 (17) è passata al 15° posto nel 2019 (18).

## Conclusioni

La spinta propulsiva della lotta al tabagismo, che ha raggiunto l'apice nel 2005 con la legge sul divieto di fumo nei luoghi pubblici, si va esaurendo. L'approccio intersettoriale promosso da GS non sembra aver avuto rilevanti esiti positivi nel dare priorità alla salute in tutte le politiche inerenti il tabacco.

Se da un lato il settore sanitario (Ministero della Salute e Servizio Sanitario), nel corso degli anni, ha perseguito gli obiettivi di prevenzione e controllo del tabagismo, altre istituzioni, sulla spinta di interessi settoriali, hanno trattato il tabacco come un qualsiasi prodotto commerciale, senza considerare che in Italia, secondo stime relative al 2016, sono attribuibili al fumo circa 72.000 decessi l'anno (51.000 uomini e 21.000 donne), di cui circa 43.000 per tumori fumo-correlati (19).

### Citare come segue:

D'Argenio P, Gorini G. Controllo del tabacco in Italia a 15 anni dal Programma nazionale Guadagnare Salute: ombre sull'approccio intersettoriale al tabacco. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):22-28.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** nessuno.

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

## Riferimenti bibliografici

1. Ipsen C. *La storia d'amore tra gli italiani e la sigaretta*. Firenze: Edizioni Le Monnier; 2019. 199-232.
2. Tabacco Endgame. La legislazione a difesa della salute dei non fumatori dal fumo passivo. Un percorso lungo, tortuoso e accidentato. <https://www.tabaccoendgame.it/news/3-la-legislazione-a-difesa-della-salute-dei-non-fumatori-dal-fumo-passivo-un-percorso-lungo-tortuoso-e-accidentato/>; ultimo accesso 3/2/2022.
3. Tabacco Endgame. Legge Sirchia: chi se ne è avvantaggiato. <https://www.tabaccoendgame.it/category/sirchia>; ultimo accesso 3/2/2022.
4. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico «Guadagnare salute». *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.117 del 22 maggio 2007 - Suppl. Ordinario n. 119*.
5. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. WHO: Geneva; 2003.
6. World Health Organization. M-POWER Measures. <https://www.who.int/initiatives/mpower>; ultimo accesso 3/2/2022.
7. Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, Minardi V, Minelli G, Ferrante G, et al. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24. PMID: PMC3044035; PMID: 21159236
8. Minardi V, Ferrante G, D'Argenio P, Spizzichino L, Gallo R, Oddone MT, et al. Uso delle sigarette rollate in Italia: dati dalla sorveglianza PASSI, 2017-2018. *Boll Epidemiol Naz* 2020;1(1):24-8.
9. Cerrai S, Potente R, Gorini G, Gallus S, Molinaro S. What is the face of new nicotine users? 2012-2018 e-cigarettes and tobacco use among young students in Italy. *Int J Drug Policy* 2020;86:102941. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102941
10. Pacifici R, Di Pirchio R, Palmi I, Mastrobattista L. Il fumo di tabacco in Italia. *Tabaccologia* 2019;3:9-11.
11. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo?tab-container-1=tab1>; ultimo accesso 3/2/2022
12. Di Pirchio R. Valutazione d'impatto dell'introduzione di avvertenze combinate attraverso l'utenza del telefono verde ISS e dei centri antifumo. In: *Atti del Workshop del progetto MADES "Sistema di monitoraggio dell'applicazione del DLgs di recepimento della direttiva 2014/40/UE e di valutazione dei suoi effetti sui comportamenti associati alla salute"*. Roma, 9 febbraio 2018.
13. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, sixth session. DECISION: Guidelines for implementation of Article 6 of the WHO FCTC (Price and tax measures

- to reduce the demand for tobacco). 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145110>; ultimo accesso 3/2/2022
14. The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/914041468176678949/pdf/multi-page.pdf>; ultimo accesso 3/2/2022.
  15. Commissione Europea. Taxes in Europe Database. [https://ec.europa.eu/taxation\\_customs/tedb/splSearchForm.html](https://ec.europa.eu/taxation_customs/tedb/splSearchForm.html); ultimo accesso 3/2/2022.
  16. Tobacco Endgame. Mozziconi: quando il diavolo ti accarezza, vuole la tua anima! <https://www.tabaccoendgame.it/news/mozziconi-quando-il-diavolo-ti-accarezza-vuole-la-tua-anima/>; ultimo accesso 3/2/2022.
  17. Joossens L, Raw M. Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. <https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2005-2007.pdf>; ultimo accesso 3/2/2022.
  18. Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology; 2020. <https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf>; ultimo accesso 3/2/2022.
  19. Carreras G, Battisti F, Borzoni L, Cortini B, Lachi A, Giovannetti L, et al. Deaths from non-communicable diseases attributable to behavioural risk factors in Italy and Italian regions, 2016. *Epidemiol Prev* 2019;43(5-6):338-46. doi: 10.19191/EP19.5-6.P338.103

## Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone

Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Center ITA-79 for Research on Alcohol and Alcohol-related Problems, Centro nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### SUMMARY

#### The National Program Guadagnare Salute and the fight against alcohol abuse

##### Introduction

Alcohol consumption has a causal impact on more than 200 conditions (diseases and injuries) and causes almost one million deaths every year in the WHO European Region alone. In addition to having devastating impacts on communities, alcohol is one of the main causes of lost productivity and increase of health and social costs, and impairs the ability to management of addiction treatment services. In this respect, the activities of the National Program Guadagnare Salute have been developed through appropriate policy interventions, identified and promoted by the National Alcohol and Health Plan (NAHP) and by the National and Regional Prevention Plans in the field of alcohol prevention.

##### Materials and methods

The Italian National Center for Disease, Prevention and Control has funded several projects and Central Actions in support of the Regions, in order to assess and evaluate the achievement of universal and selective prevention aims, through dedicated monitoring systems: among these, the SISMA (Alcohol Monitoring System), the formal surveillance of the National Observatory on Alcohol of the Istituto Superiore di Sanità as for the Prime Ministerial Decree of 03/03/2017 "Identification of surveillance systems and records of mortality, cancer and other pathologies" and the SISTIMAL and SIAS-SISTIMAL projects such as "Indicator Systems for Monitoring Alcohol-related Impact".

##### Results

The analysis of the indicators used by the national alcohol consumption monitoring system, from 2007 to 2019, shows that trends are not sufficiently aligned with the strategic objectives set by international bodies for the reduction of the harmful use of alcohol and areas of interventions made explicit by the National Program Guadagnare Salute that need more attention/specific actions.

##### Discussion and conclusions

A merit analysis can be considered appropriate in verifying the results achieved and the gaps that still exist for the areas of intervention of the National Program Guadagnare Salute in light of the 10 objectives and 8 strategic areas defined by the NAHP and what is annually reported in the Report of the Minister of Health to Parliament on the interventions carried out under the frame of the law 30.3.2001 n. 125 on alcohol and alcohol related problems.

**Key words:** alcohol consumption; monitoring; prevention; public health; lifestyles

[emanuele.scafato@iss.it](mailto:emanuele.scafato@iss.it)

### Introduzione

Il consumo di alcol ha un impatto causale per più di 200 condizioni (7 tipi di cancro, lesioni, malattie cardiovascolari, disfunzioni metaboliche, ecc.) e, nella sola Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), provoca circa un milione di morti ogni anno, pari a circa 2.500 decessi quotidiani (1).

L'alcol è, inoltre, tra le cause principali della perdita di produttività, dell'aumento dei costi sanitari e sociali e pregiudica la capacità di gestione dei servizi sanitari (1).

Relativamente al contrasto ai danni da alcol, la peculiarità del Programma nazionale Guadagnare Salute (GS) è stata quella di agire in maniera integrata e coordinata sul "contrasto all'abuso di alcol", privilegiando azioni tese a informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, l'empowerment della persona, protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie

scelte come risorsa e investimento reale, valutabile nel medio e lungo periodo, con la riduzione del peso delle condizioni alcol-correlate sul sistema sanitario e sulla società e, a breve termine, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli (2).

Per quanto riguarda il contrasto all'abuso, al consumo dannoso di alcol, le strategie e gli interventi previsti dal Programma GS sono stati:

1. ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali;
2. favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche;
3. informare correttamente i consumatori;
4. evitare gli incidenti stradali alcol-correlati;
5. rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base;
6. trovare alleanze con il mondo del lavoro;
7. proteggere i minori dal danno alcol-correlato;
8. formare gli operatori.

La cornice normativa di riferimento per le azioni di prevenzione relative all'abuso di alcol è rappresentata dalla Legge quadro nazionale sull'alcol (125/2001) (3), dal Piano Nazionale Alcol e Salute (2007) (4), dai Piani Nazionali della Prevenzione, dai Piani Regionali di Prevenzione (5-7) e da piani strategici internazionali (8, 9) di contrasto al consumo dannoso di alcol.

Significativi, nell'ambito di azioni volte a prevenire l'abuso di alcol, una serie di progetti europei che sono stati attivati nel periodo preso in esame, 2007-2020 (10-20) (**Materiale Aggiuntivo**).

È importante rammentare che la valutazione degli interventi in materia di alcol e problemi alcol-correlati in Italia sono a norma di legge e riportati annualmente dal Ministro della Salute in Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 (Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001, n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati). Le relazioni al Parlamento del Ministro della Salute sintetizzano ogni anno trend, attività svolte e analizzano le principali criticità. Per la stesura di tale Relazione, il Ministero della Salute si avvale di un gruppo di lavoro, in cui l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Centro OMS per la ricerca sull'alcol, contribuisce a predisporre, attraverso SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol), la statistica SDE (statistiche derivate o rielaborazioni) 00136 richiesta anche dal Piano Statistico Nazionale Istat; il contributo dell'ONA-ISS prevede, inoltre, la partecipazione a stesura, revisione e lettura critica della suddetta Relazione (21).

La Legge quadro sull'alcol è la principale normativa nazionale di riferimento delle strategie e ipotesi di intervento per quanto riguarda l'alcol, a cui il Programma GS ha allineato strategie e azioni; la stessa normativa ha promosso l'istituzione di una consulta multi-professionale, la Consulta Nazionale Alcol, con sede presso il Ministero della Salute, che ha operato fino al 2011.

Il conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione necessita della pianificazione di strategie e di una programmazione sociosanitaria.

In quest'ottica risulta di fondamentale importanza, per la definizione delle attività da intraprendere in una prospettiva di sanità pubblica, l'analisi dell'impatto del monitoraggio alcol-correlato in Italia, nell'intervallo di tempo tra il 2007 e il 2019, quale strumento di supporto alla verifica e alla valutazione del raggiungimento dei suddetti obiettivi.

## Materiali e metodi

Per le attività previste da GS, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie-Ccm del Ministero della Salute ha approvato progetti e azioni centrali a sostegno delle Regioni per la verifica e la valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione universale e selettiva, attraverso sistemi di monitoraggio dedicati; tra questi, il sistema di monitoraggio SISMA, la sorveglianza formale trasferita, attraverso il DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" (3, 4, 22), alle competenze dell'ONA-ISS, i progetti SISTIMAL e SIAS-SISTIMAL quali "sistemi di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol correlato", garanti dei meccanismi d'interfaccia con l'OMS e la Commissione Europea, oltre che base per la Relazione annuale al Parlamento.

Per il monitoraggio del consumo di alcol e degli outcome di salute, l'ONA-ISS utilizza indicatori originali e specifici, costruiti e validati attraverso l'applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale che permette di andare oltre la semplice registrazione del consumo medio pro capite di alcol, producendo dettagliati flussi informativi nazionali e regionali.

Attraverso il sistema di monitoraggio SISMA è possibile misurare le abitudini di consumo delle bevande alcoliche e le quantità consumate per la popolazione di età superiore a 11 anni (Indicatori Gruppo 1), il consumo medio pro capite (Indicatori Gruppo 2), il carico di mortalità legato al consumo di alcol per la popolazione di età superiore a 15 anni (Indicatori Gruppo 3) e i servizi preposti alla presa in carico dei soggetti alcolodipendenti (Indicatori Gruppo 4) (23).

Il monitoraggio alcol-correlato SISMA consente, inoltre, di stimare l'entità e il trend del consumo rischioso di alcol, e cioè, secondo la definizione dell'OMS, un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio per la salute nel caso di persistenza di tali abitudini, in cui si annida il bacino di utenza di potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia.

Oltre al monitoraggio, l'ONA-ISS, in collaborazione con l'OMS, ha sviluppato e reso disponibile un sistema di valutazione periodico (*policy in action*) sull'implementazione delle politiche sull'alcol attraverso 10 indicatori compositi relativi alle 10 aree di azione dell'European Alcohol Action Plan (EAAP) per valutare la misura in cui l'Italia abbia adottato gli standard raccomandati dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS per la realizzazione di una *alcohol policy* nazionale (24).

La fonte di dati utilizzata per gli indicatori del sistema SISMA volti a misurare le abitudini di consumo delle bevande alcoliche e le quantità consumate dalla popolazione di età superiore a 11 anni è l'Indagine Multiscopo Istat, i cui dati vengono rielaborati dall'ONA-ISS attraverso l'utilizzo di indicatori *ad hoc* (23, 25).

Per gli indicatori compositi, relativi alle 10 aree di azione dell'EAAP, le fonti principali sono quelle dell'European Information System on Alcohol and Health (EISAH) e dell'European Regional Information System on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (RSUD) (24).

## Risultati

Dal 2007 al 2020 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche di sesso maschile in Italia ha subito delle oscillazioni, stabilizzandosi nel corso degli ultimi anni, mentre, nelle femmine, dopo una iniziale diminuzione, si è assistito ad un lieve e progressivo aumento. Complessivamente, nel 2019, ultimo anno disponibile, il 66,8% degli italiani di 11 anni e più (pari a oltre 36 milioni di persone) ha consumato bevande alcoliche con un aumento del 2,2% rispetto al 65,4% del 2017 (Figura 1). In particolare, si evidenzia come il trend delle prevalenze di consumatori è in crescita a partire dal 2014 per entrambi i generi, ma in modo più spiccato per le femmine, le più suscettibili ai danni provocati dall'alcol (Figura 1).

Il 20,6% dei consumatori, ovvero 11 milioni e 232 mila persone, beve quotidianamente: il 31,1% dei maschi e il 10,9% delle femmine (dati non mostrati). Dal 2007 al 2019 sono aumentati,

soprattutto nelle femmine, i consumatori fuori pasto: dell'8,5% nei maschi e del 44,8% nelle femmine (Figura 2).

La prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking*, cioè più di 6 unità alcoliche in un'unica occasione (26, 27), è diminuita rispetto al 2007 nei maschi e pressoché stabile nelle femmine. Nel 2019, i *binge drinker* maschi hanno raggiunto il 10,8% e le femmine il 3,5% (Figura 3).

Dopo un'iniziale riduzione dei consumatori a rischio registrata tra il 2007 e 2012, la prevalenza è rimasta pressoché stabile fino al 2018 (circa 8,7 milioni) ed è diminuita nel corso dell'ultimo anno nei maschi; non si rilevano variazioni significative nelle femmine (Figura 4).

Ulteriore dato è quello relativo ai consumatori che hanno già un danno d'organo in funzione di elevate quantità di alcol consumate (> 40 g/die femmine, > 60 g/die maschi). Complessivamente, in entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione italiana adulta sopra i 18 anni diminuisce fino al 2012, si stabilizza tra il 2012 e il 2018. Nel 2019 la prevalenza di consumatori dannosi è stata dell'1,80% tra gli uomini e dello 0,94% tra le donne, pari a circa 670.000 persone. Rispetto all'anno precedente sono aumentati i consumatori dannosi, passando da 1,46% a 1,80% (Figura 5), soprattutto nella popolazione anziana (+22,7%), che rappresenta la fascia dove si registra la maggior concentrazione di consumatori dannosi (dato non mostrato).

L'analisi a livello regionale evidenzia alcune criticità relative all'anno 2019. Sia per gli uomini che per le donne, la prevalenza dei consumatori a rischio è stata più elevata in Valle d'Aosta (M = 36,6%, F = 13,7%), Provincia Autonoma (PA)

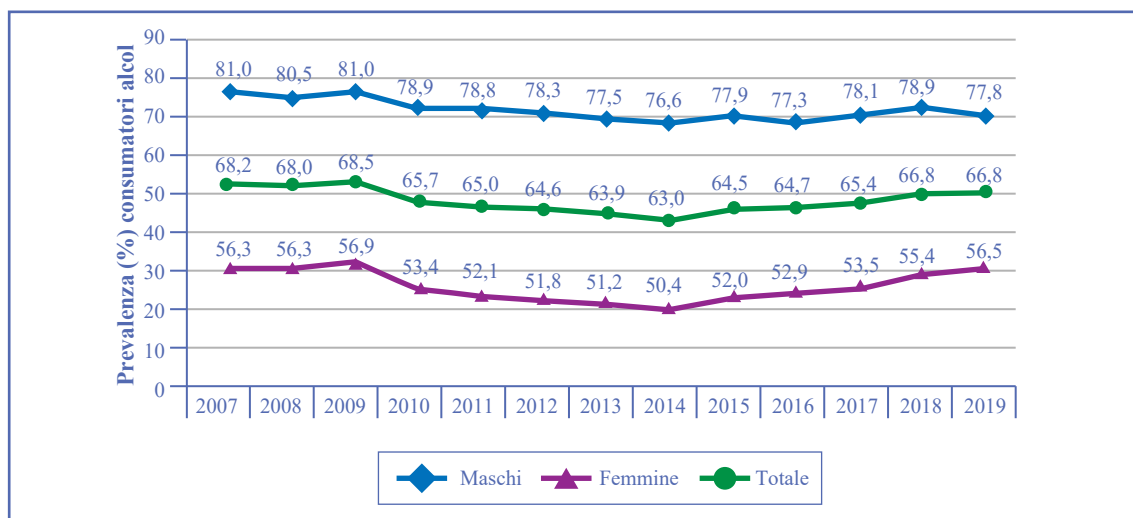


Figura 1 - Prevalenza (%) consumatori di bevande alcoliche per genere. Italia, 2007-2019

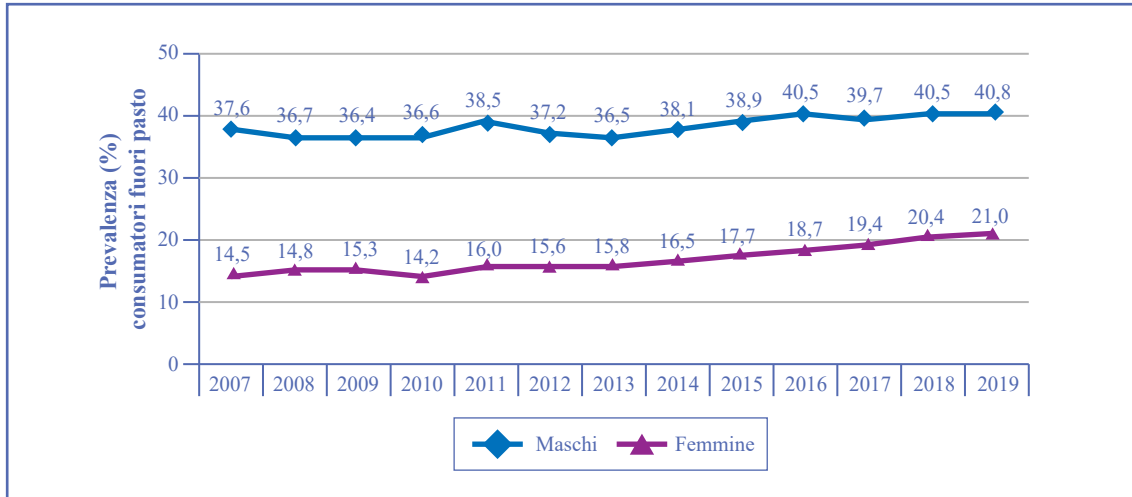


Figura 2 - Prevalenza (%) consumatori lontano dai pasti per genere. Italia, 2007-2019

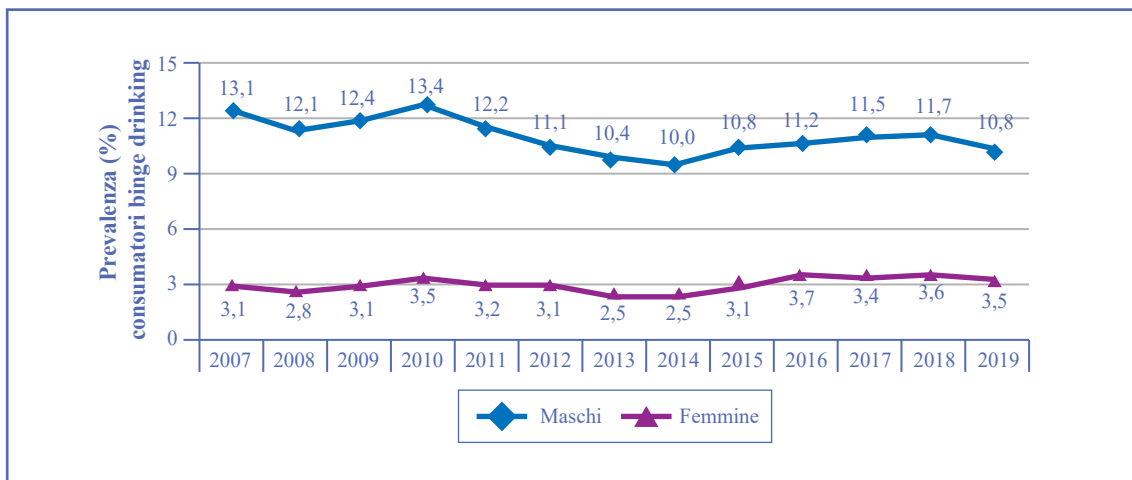


Figura 3 - Prevalenza (%) consumatori *binge drinking* per genere. Italia, 2007-2019

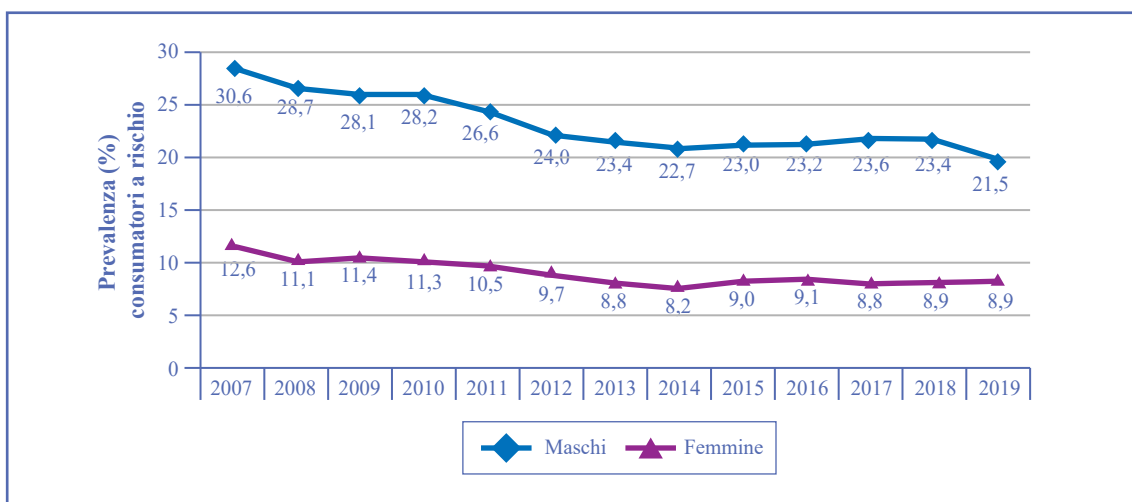


Figura 4 - Prevalenza (%) consumatori a rischio per genere. Italia, 2007-2019



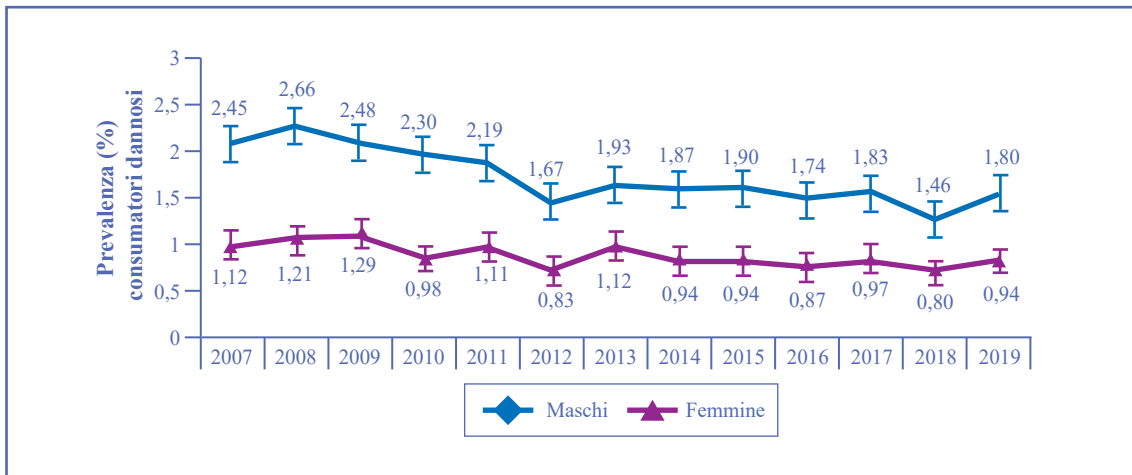


Figura 5 - Prevalenza (%) dannosi per genere. Italia, 2007-2019

di Bolzano (M = 29,6%; F = 13,9%) e Piemonte (M = 24,1%; F = 11,0%); la prevalenza è stata superiore alla media nazionale per il solo genere maschile anche nella PA di Trento (28,5%), Sardegna (28,0%), Friuli Venezia Giulia (26,7%), Molise (25,9%), Basilicata (24,7%) ed Emilia-Romagna (25,4%), mentre per il solo genere femminile in Liguria (13,1%), Toscana (11,5%) e Piemonte (11,0%). Valori inferiori alla media italiana si registrano

invece per entrambi i generi in Campania (M = 14,7%; F = 5,9%) e Sicilia (M = 15,8%; F = 5,4%), oltre a Calabria (6,5%) e Lazio (7,2%) per le sole donne (Figura 6).

Ogni anno, in occasione dell'Alcohol Prevention Day che si svolge in ISS, vengono presentati i dati del monitoraggio, gli "interventi in materia d'informazione e comunicazione" condotti in collaborazione tra Ministero della Salute e ISS e

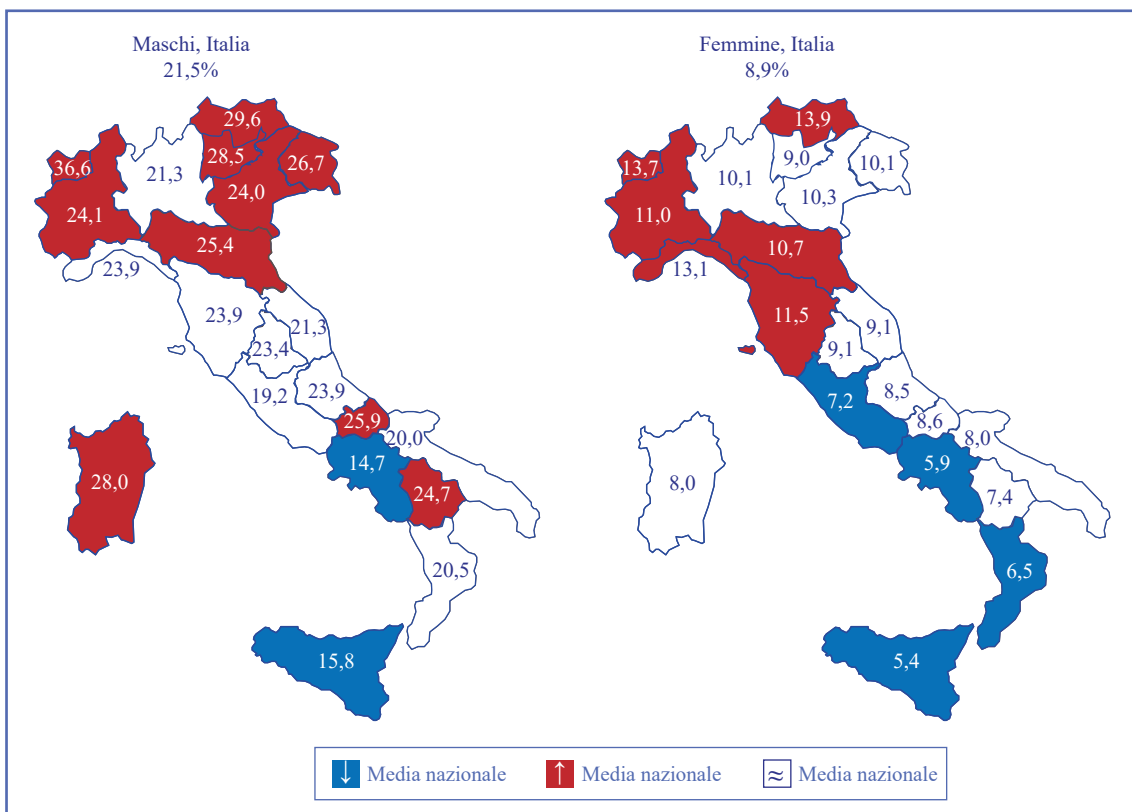


Figura 6 - Prevalenza (%) consumatori a rischio per genere e Regione. Italia, 2019

gli outcome relativi al contributo nazionale agli obiettivi conseguiti attraverso la partecipazione alle politiche internazionali.

Per quanto riguarda i 10 indicatori compositi, la **Figura 7** ne illustra i punteggi relativi al 2016, come stima dell'eshaustività delle strategie messe in atto per contrastare il consumo dannoso dell'alcol. Il confronto tra i dati italiani e quelli europei mostra il livello di implementazione delle diverse azioni sottese dalle aree dell'EAAP (24, 28).

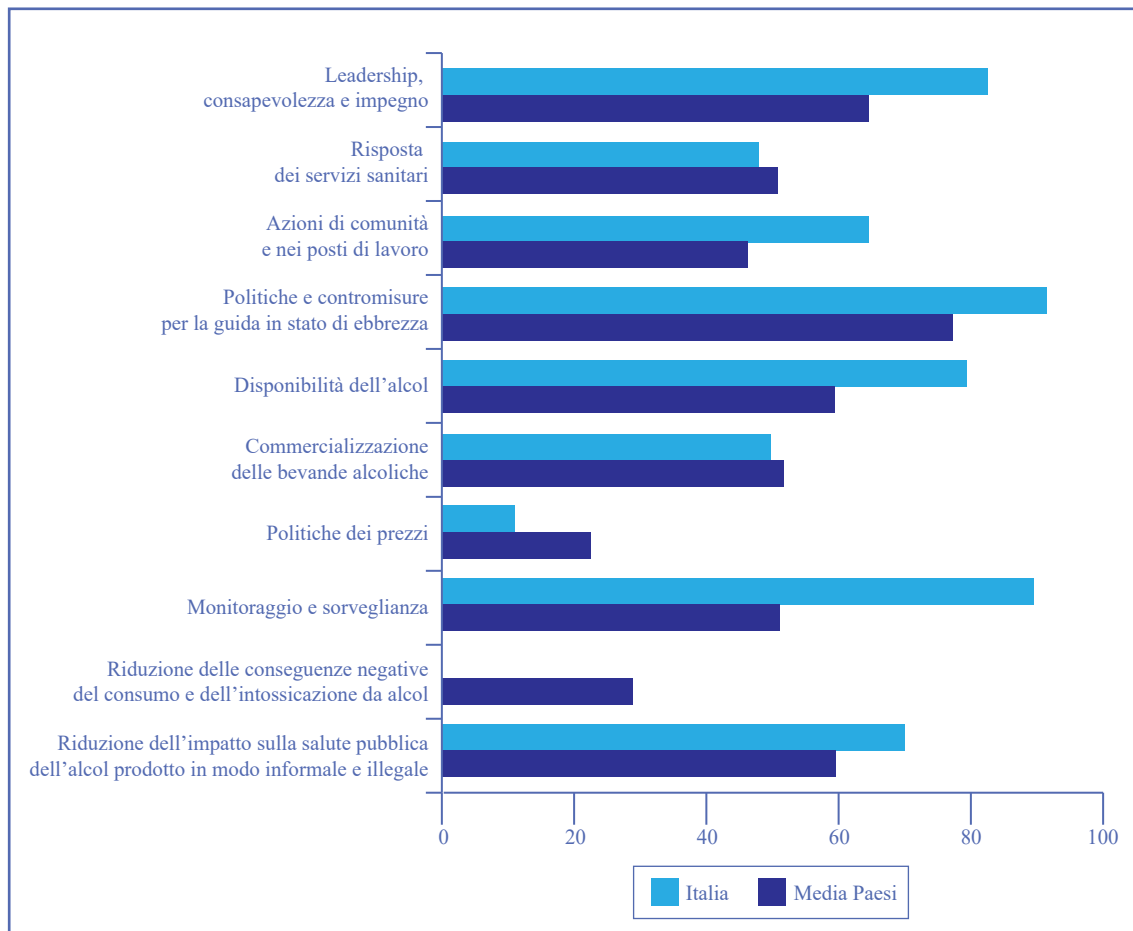
### Discussione e conclusioni

L'aumento della quota dei consumatori dannosi di alcol, quindi con danno d'organo già in atto, di cui meno del 10% intercettato da servizi alcolologici e di questi meno di un terzo con una qualunque forma di intervento/trattamento, erogato, tra l'altro in modo estremamente disomogeneo tra Regioni, insieme all'impatto in termini di ricoveri e accessi al Pronto Soccorso per condizioni o eventi attribuibili all'alcol, delinea una situazione di sostanziale insufficienza funzionale e operativa. Tale situazione è resa ancora più fragile

dagli esiti del lockdown che ha determinato un incremento delle disuguaglianze di salute tra i consumatori dannosi o rischiosi di alcol che, in funzione della mancanza d'identificazione e d'intervento a causa della insufficiente disponibilità delle strutture territoriali, sono stati marginalizzati e stigmatizzati in una dimensione di scarsa disponibilità di accesso a servizi e prestazioni, urgenti ma differiti, e nella stragrande maggioranza dei contesti sanitari, ancora da erogare (26).

Nonostante le iniziative, le strategie, le indicazioni per azioni prioritarie individuate dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e le numerose progettualità finanziate dalla Commissione Europea che hanno reso disponibili strumenti, buone pratiche e linee guida, gli Stati Membri dell'Unione Europea, Italia inclusa, hanno continuato a risentire di livelli significativi di danni attribuibili all'alcol (29).

In estrema sintesi, nel corso degli anni non è risultato adeguatamente colmato il divario netto tra obiettivi indicati dal Programma GS e



**Figura 7** - Punteggi (medie) dei dieci indicatori compositi dell'EAAP per l'Italia e l'Europa (2016)

misure di contrasto e di prevenzione messe in atto, nonché regolamenti e normative adottati a supporto dell'implementazione delle strategie e delle azioni europee di accompagnamento. A tal riguardo, in funzione di un'evidente disapplicazione di ottime norme di riferimento, si ribadisce l'importanza di determinare la rigorosità del livello di applicazione da parte delle autorità competenti e degli stessi governi nazionali delle buone pratiche raccomandate nel Piano d'azione europeo, ricomprese nelle azioni adottate attraverso i documenti programmatici nazionali (8, 9, 30).

L'analisi dell'andamento degli indicatori utilizzati dal sistema di monitoraggio del consumo di alcol nazionale, dal 2007 al 2019, mostra tendenze non sufficientemente allineate agli obiettivi strategici prefissati dagli organismi internazionali per la riduzione del consumo dannoso di alcol. Infatti, l'evidenza di uno zoccolo duro di sostanziale invarianza sino al periodo pre pandemico e la risalita verso livelli di maggior rischio nella popolazione (29), sono emblematici del richiamo espresso dall'ISS e dallo stesso Ministro della Salute all'adozione di correttivi che, a oggi, non risultano essere ricompresi nelle strategie di prevenzione nazionale e regionali o non adeguatamente implementati; ciò viene invece richiesto da una indispensabile politica sull'alcol, maggiormente incisiva e più aderente alle dimensioni del rischio e del danno che sono peggiorate ulteriormente nell'era post lockdown (30).

Se, da un lato, l'impatto alcol-correlato ha visto negli anni un impegno governativo nella produzione di norme, come quelle relative all'alcol alla guida, all'età minima legale, alla regolamentazione di somministrazione e vendita, dall'altro numerosi ambiti d'intervento sono risultati privi di attenzioni specifiche e di azioni pur espressamente esplicitate da GS.

In Italia, nel corso degli ultimi anni si è assistito a un peggioramento del profilo epidemiologico e d'impatto dell'alcol nei target di popolazione più a rischio, ancor prima dell'inizio della pandemia da COVID-19, e confermato dagli indicatori compositi e cioè dalla valutazione dell'implementazione delle azioni nelle aree dell'EAAP che suggerisce di rinnovare l'impegno in particolari aree (31). A tale riguardo, nel 2016 sono stati evidenziati gli scostamenti delle medie dell'Italia nelle aree dell'EAAP rispetto alle medie europee, attraverso l'applicazione dello *scoring system* delle alcohol policy adottato, ufficialmente dall'OMS, dopo una fase pilota.

Come già illustrato, in Italia sono almeno 4 le aree d'azione che richiedono interventi prioritari:

- l'area della **risposta dei servizi sanitari** (quali l'utilizzo di screening e intervento breve per il consumo rischioso e dannoso di alcol e la disponibilità di interventi terapeutici standardizzati);
- il **marketing delle bevande alcoliche** (pubblicità e sponsorizzazioni da parte dell'industria dell'alcol di eventi sportivi e che riguardano i giovani, restrizioni sulle vendite promozionali);
- le **politiche sui prezzi**;
- le **politiche per la riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione** (ad esempio, la formazione del personale addetto alla somministrazione delle bevande, le etichette con le informazioni sulla salute nei contenitori delle bevande) avevano già richiamato l'indispensabilità e l'urgenza di rinnovare i sistemi di rilevazione precoce e d'intervento, di rivedere i protocolli di gestione degli stati d'intossicazione acuta e la gestione nei Pronto Soccorso delle conseguenze del bere per ubriacarsi.

Dalla rielaborazione delle indagini avviate tra il 2017 e il 2018 emerge una nuova e più lusinghiera performance dell'Italia, in cui molti gap sono in via di recupero rispetto alla precedente rilevazione e ai punteggi iniziali. L'eccezione è tuttavia per l'area 2 dell'EAAP, quella cioè relativa alla risposta dei servizi sanitari, che continua a rimanere al di sotto della media europea e in forte ritardo applicativo rispetto alle altre aree oggetto di politiche e azioni; queste ultime, tuttavia, non hanno potuto (né avrebbero potuto per il breve lasso di tempo intercorso) migliorare il profilo dell'impatto epidemiologico sui consumi, in aumento oramai da anni, dei consumatori a rischio, specie tra i giovani.

Tutti gli indicatori sono da prendere in considerazione anche per il monitoraggio previsto delle azioni legate alla salute orientate al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (Development Sustainable Goals - SDG) che per l'Italia sono mirati alla riduzione del 10% dei consumi pro capite di alcol, alla riduzione dei consumatori a rischio e della mortalità alcol-correlata registrata in aumento. Ogni giorno nei Paesi UE circa 800 persone muoiono per cause attribuibili all'alcol.

In Italia le stime indicano in 17.000 i decessi annuali evitabili causati dall'alcol, in media 50 persone al giorno. Ciò richiede altri sforzi per ridurre il consumo di alcol e gli episodi d'intossicazione

che sono spesso la causa dei frequenti episodi di decessi rilevati a causa della guida sotto l'influenza dell'alcol.

Ogni Paese europeo può ridurre i danni attribuibili all'alcol e muoversi verso il raggiungimento degli SDG, implementando una serie di misure di comprovata politica sull'alcol per cui sono disponibili prove di efficacia con esperienza accumulata a livello europeo e nazionale.

Affrontare il consumo dannoso di alcol rimane una priorità di salute pubblica per Unione Europea e il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite richiede un'analisi di quanto fatto a oggi per il raggiungimento dei suddetti obiettivi. Tale analisi ha dimostrato che sono necessari ulteriori investimenti in selezionate aree sensibili di azione:

- la risposta dei servizi sanitari, attraverso il potenziamento dell'attuazione degli screening e degli interventi brevi nell'assistenza primaria;
- le azioni e gli interventi in contesti di vita comune (ad esempio, la scuola) e nei luoghi di lavoro. Tali azioni e interventi dovranno affrontare non solo il rischio e il conseguente danno del bevitore, ma anche il danno a terzi, attraverso programmi articolati rivolti all'incremento di consapevolezza, evitando modelli privi di efficacia come quello del "bere responsabile" rivolto a minori e giovani. È necessario un cambiamento del comportamento collettivo e della cultura del bere che riduca le conseguenze negative dell'intossicazione da alcol, il contrasto alle fake news e ai falsi miti, elementi chiave da considerare per garantire scelte informate dei consumatori;
- le politiche dei prezzi adeguate al contesto sociale, culturale ed economico sembrano essere la misura politica più urgente, ma meno considerata: i Paesi europei hanno ottenuto il punteggio più basso nel monitoraggio di questa area d'azione, raggiungendo solo 17 punti su 100 (mediana e media), e l'Italia tra questi;
- i progressi nell'attuazione delle politiche dovrebbero essere supportati da sistemi di controllo e guidati dall'interesse della salute pubblica, proteggendo da interferenze industriali e interessi commerciali. Un forte richiamo alle problematiche inerenti il marketing, la pubblicità e le sponsorizzazioni connota l'ambito in cui appare inderogabile intervenire, come peraltro sancito dall'art. 2 della Legge 125/2001.

In definitiva, dall'analisi effettuata e tenendo conto delle strategie correnti, la realizzazione di un nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute, dopo quello del 2007, risulterebbe l'elemento di sintesi e l'aggiornamento necessario per progredire verso gli obiettivi che non possono ricomprendere quelli più ampi di salute sostenibile, allo stato attuale non considerati, e colmare i gap identificati.

Sebbene il progetto originale di *scoring* delle politiche sull'alcol dell'OMS si focalizzi sui Paesi della Regione Europea, gli indicatori compositi EAAP si riflettono in maniera indiretta anche alle realtà delle Regioni italiane, come indicato dalle azioni centrali SISTIMAL, che dovrebbero comunque considerare la portata della valutazione d'implementazione delle politiche ispirate al perseguimento degli obiettivi sull'alcol del Piano Nazionale della Prevenzione, al quale i Piani Regionali di Prevenzione s'ispirano, e avviare una riflessione su ciò che è stato conseguito e su come valorizzare tale risultato.

**Citare come segue:**

Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):29-38.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** SISTIMAL, Ccm 2016.

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

**Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018.
2. Ministero della salute. Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari. 2007; [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.
3. Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 90 del 18 aprile 2001.
4. Ministero della Salute. Piano Nazionale Alcol e Salute 2007. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.
5. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1383\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.
6. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.
7. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5029\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.

8. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010.
9. WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
10. Scafato E (Ed.). *Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*; 2008. <https://xdocs.net/preview/programma-di-5dc9bde958e25>; ultimo accesso 3/2/2022.
11. Scafato E, Gandin C, Patussi V, Gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Progetto PHEPA*; 2009. [https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee\\_guida\\_cliniche.pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.
12. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. *Alcohol interventions and treatments in Europe*. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*; 2013. p. 72-93.
13. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, et al. *A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in the primary health care: the European Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (Amphora) project*. *Addict Sci Clin Pract* 2013;8(Suppl 1):A66. doi: 10.1186/1940-0640-8-S1-A66
14. Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. *Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective*. *Front Psychiatry* 2014;5:161. doi: 10.3389/fpsy.2014.00161
15. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, et al. *Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners*. *Alcohol* 2014;49(5):531-9. doi: 10.1093/alcalc/agu043
16. Scafato E, Gandin C, Laurant M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, et al. *The ODHIN assessment tool: a tool to describe the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption at the country and regional level*. *Addict Sci Clin Pract* 2013;8(Suppl 1):A67. doi: 10.1186/1940-0640-8-S1-A67
17. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, et al. *Costeffectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy*. *BMC Fam Pract* 2014;15:26. doi: 10.1186/1471-2296-15-26
18. Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L, Gruppo di Lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto BISTAIRS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016 (Rapporti ISTISAN 16/5).
19. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA; 2016. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultimo accesso 3/2/2022.
20. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R, Scafato E per il gruppo di lavoro RARHA WP5. *Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017 (Rapporti ISTISAN 17/2).
21. Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Anno 2019. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2984\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2984_allegato.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.
22. Istituto Nazionale di Statistica. *Programma Statistico Nazionale 2017-2019*. <https://www.sistan.it/index.php?id=511>; ultimo accesso 3/2/2022.
23. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, et al. *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporti ISTISAN 21/7).
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen: WHO; 2017.
25. Istituto Nazionale di Statistica. *SiquaL. Sistema informativo sulla qualità*. <http://siquaL.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000>; ultimo accesso 3/2/2022.
26. Centro di ricerca alimenti e nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Centro di ricerca alimenti e nutrizione; 2020.

27. World Health Organization. The Global Health Observatory. [https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458#:~:text=Heavy%20episodic%20drinking%20\(drinkers%20only\)%20is%20defined%20as%20the%20proportion,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458#:~:text=Heavy%20episodic%20drinking%20(drinkers%20only)%20is%20defined%20as%20the%20proportion,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks;); ultimo accesso 3/2/2022.
28. World Health Organization. Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019.
29. Istituto Nazionale di Statistica. Microdati. Aspetti della vita quotidiana: file per la ricerca. <https://www.istat.it/it/archivio/129916>; ultimo accesso 3/2/2022.
30. Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *An Ist Super Sanità*; 2022 (in stampa).
31. Istituto Nazionale di Statistica. BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia. [https://www.istat.it/it/files/2021/03/BES\\_2020.pdf](https://www.istat.it/it/files/2021/03/BES_2020.pdf); ultimo accesso 3/2/2022.

## Sovrappeso e obesità nei bambini: il contributo del Programma nazionale Guadagnare Salute

Angela Spinelli<sup>a</sup>, Paola Nardone<sup>b</sup>, Marta Buoncristiano<sup>b</sup>, Michele Antonio Salvatore<sup>b</sup>, Mauro Bucciarelli<sup>b</sup>,  
Silvia Andreozzi<sup>b</sup>, Silvia Ciardullo<sup>b</sup>, Gruppo OKkio alla SALUTE 2019\*

<sup>a</sup>già Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>b</sup>Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### SUMMARY

#### Childhood overweight and obesity: the contribution made by the National Program Guadagnare Salute

##### Introduction

Obesity is a complex condition, now recognized as a pathology, as well as being a risk factor for other non-infectious diseases (diabetes, cardiovascular diseases, tumours etc.) The data from the COVID-19 pandemic demonstrate that obesity can also be an important factor for the development of complications in infectious diseases. International studies have shown that the prevalence of obesity has increased in many countries from about 1975, especially among youngsters, which threatens a new emergency for public health. With the encouragement of the WHO and the National Program Guadagnare Salute, the surveillance system OKkio alla SALUTE was launched in Italy in 2007, and since then, has collected data to estimate the prevalence of childhood overweight and obesity and its associated risk factors.

##### Materials and methods

Between 2008 and 2019 data were collected on children aged 8-9 years, on six occasions using samples that were representative at regional level (and sometimes at local health service level) using personnel who were trained using methods and instruments that were validated and the same throughout the country. Other information on possible associated variables was collected using four questionnaires which were completed by the children, their parents, their teachers and the head-teachers of the selected classes. Participation in the Childhood Obesity Surveillance Initiative of the WHO European Region makes international comparisons possible. On the basis of the results obtained so far, a series of initiatives for communication and activities for prevention have been developed at national and local level.

##### Results

The prevalence of overweight (including obesity) in children tends to decrease between 2008 (32.2%) and 2019 (29.8%), in contrast to the trend observed in studies in the preceding 30 years. However, the prevalence remains among the highest in Europe and there are still notable regional differences (from 14.0% in Valle d'Aosta to 44.2% in Campania in the year 2019), and differences according to socio-demographic variables. Some levels of risk factors have changed during the period of study. In accordance with the National Program Guadagnare Salute, promoted and coordinated by the Ministry of Health, materials designed to increase public awareness of the problem have been produced and distributed and various projects and initiatives have been developed for local use.

##### Discussion and conclusions

OKkio alla SALUTE, conceived as a product of the National Program Guadagnare Salute, has enabled the trend in obesity in children to be observed over the years and promote initiatives for prevention. However, given the remaining high prevalence and the complexity of the problem, there still remains much to be done.

**Key words:** obesity; children; prevention; surveillance

[spinelliosborn@gmail.com](mailto:spinelliosborn@gmail.com)

### Introduzione

L'obesità è un fenomeno complesso e un noto fattore di rischio per altre malattie, come diabete, malattie cardiovascolari, tumori. È ormai riconosciuta come una vera e propria malattia cronica non trasmissibile (MCNT) da molte organizzazioni, società scientifiche ed esperti, contribuendo alla morte di milioni di individui ogni anno nel mondo, con elevati costi diretti e indiretti (1). I dati della pandemia di COVID-19 hanno mostrato che l'obesità

può essere anche un fattore importante per lo sviluppo di complicanze di malattie infettive, probabilmente per lo stato infiammatorio che crea nell'organismo. Una recente metanalisi (2), che include 75 studi con 399.461 pazienti COVID-19, ha mostrato che la presenza di obesità si associa a maggior rischio di risultare positivi ai test diagnostici per infezione da SARS-CoV-2, di ospedalizzazione, di ricovero in unità di terapia intensiva e di mortalità. Uno studio svolto in Italia ha mostrato un aumento della

(\*) I componenti del Gruppo OKkio alla SALUTE 2019 sono riportati a p. 45.

probabilità di complicanze non respiratorie in pazienti COVID-19 obesi, in particolare shock e insufficienza renale acuta (3).

Numerosi studi internazionali, pubblicati già a partire dalla fine del Novecento, hanno evidenziato un aumento della prevalenza di obesità, specie in fase giovanile in molti Paesi, tanto che si parla spesso di "epidemia" e l'obesità rappresenta ormai una delle emergenze in sanità pubblica. Un'analisi dei dati di oltre 2.000 studi e 128,9 milioni di individui ha stimato un aumento dell'obesità dal 1975 al 2016: le donne adulte sono passate da 69 a 390 milioni e gli uomini da 31 a 281 milioni (4).

Per bambini e adolescenti (tra i 5 e i 19 anni) si è stimato un aumento dell'obesità di circa 10 volte, passando dall'1% del 1975 (pari a 5 milioni di ragazze e 6 milioni di ragazzi) a quasi il 6% nelle ragazze (50 milioni) e l'8% nei ragazzi (74 milioni) nel 2016. A questi vanno aggiunti i 213 milioni di bambini e ragazzi che nel 2016 erano stimati in condizione di sovrappeso. In Italia la percentuale di bambini e adolescenti obesi è aumentata di quasi 3 volte dal 1975 al 2016, con una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni.

Per affrontare l'epidemia di obesità, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha convocato nel 2006 a Istanbul la Conferenza Ministeriale di contrasto all'obesità in cui i Paesi Membri hanno adottato la Carta Europea sull'Azione di Contrasto all'Obesità, impegnandosi a inserire tale obiettivo tra le priorità dell'agenda politica governativa e promuovendo iniziative e monitorando la situazione. Il governo italiano, anche sullo stimolo della strategia delineata dal Programma nazionale Guadagnare Salute (GS), ha deciso di monitorare la problematica e, in particolare per i giovani, di promuovere il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE e di aderire alla Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), lanciata dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS dopo la Conferenza del 2006. Il coordinamento della sorveglianza è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in stretta collaborazione con le Regioni e i Ministeri della Salute e dell'Istruzione. In questo articolo saranno descritti i principali risultati di questi 13 anni di attività e alcune iniziative promosse collegate al Programma GS.

### Materiali e metodi

Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE ha lo scopo principale di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale dei bambini di 8-9 anni, dei loro stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico e delle attività scolastiche favorevoli la sana

nutrizione e l'attività fisica, essendo la scuola il luogo dove i bambini trascorrono una lunga parte della giornata. Come ogni buon sistema di sorveglianza si concentra su fattori che possono essere modificati e su informazioni utili alla programmazione di attività di prevenzione. Nel caso specifico, soprattutto in considerazione delle caratteristiche della popolazione in studio (bambini di 8-9 anni), la sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure accurate ma semplici, altamente accettabili e sostenibili nella pratica. La raccolta dati avviene a cadenza regolare (ogni due anni fino al 2016 e successivamente ogni 3, in accordo con l'OMS) su campioni rappresentativi di popolazione (8-9 anni) a livello regionale e, in caso di loro scelta, a livello di ASL.

Come luogo di raccolta delle informazioni è stata scelta la scuola che rappresenta l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza, sia per ragioni di efficienza operativa, in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento, sia per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi legati alla sorveglianza.

Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di 8-9 anni, per vari motivi: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà e i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e attendibilità ad alcune semplici domande.

Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto a grappolo o cluster. Tale approccio prevede che le classi terze delle scuole primarie (denominate "grappoli"), e non i bambini individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dal Ministero dell'Istruzione e dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dalle ASL. La selezione viene effettuata in modo che le classi con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di essere estratte rispetto alle classi con numerosità inferiore (metodo della *probability proportional to size*).

Il peso e la statura dei bambini sono misurati, utilizzando strumentazioni di alta precisione uguale in tutto il Paese secondo le indicazioni dell'OMS (5), da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è calcolato l'indice di massa corporea (IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale.



Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e colleghi (6), raccomandati dall'International Obesity Task Force (IOTF), e dal 2010 anche quelli dell'OMS (7).

Informazioni su abitudini alimentari, attività motoria e comportamenti sedentari sono state raccolte attraverso 3 questionari compilati dai bambini, dai loro genitori e dagli insegnanti. Ulteriori dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso un quarto questionario destinato ai dirigenti scolastici e agli insegnanti.

La metodologia di OKkio alla SALUTE, così come il contenuto dei questionari di rilevazione, è stata vagliata e approvata dal Comitato Etico dell'ISS; maggiori dettagli sono presentati in altre pubblicazioni (8, 9).

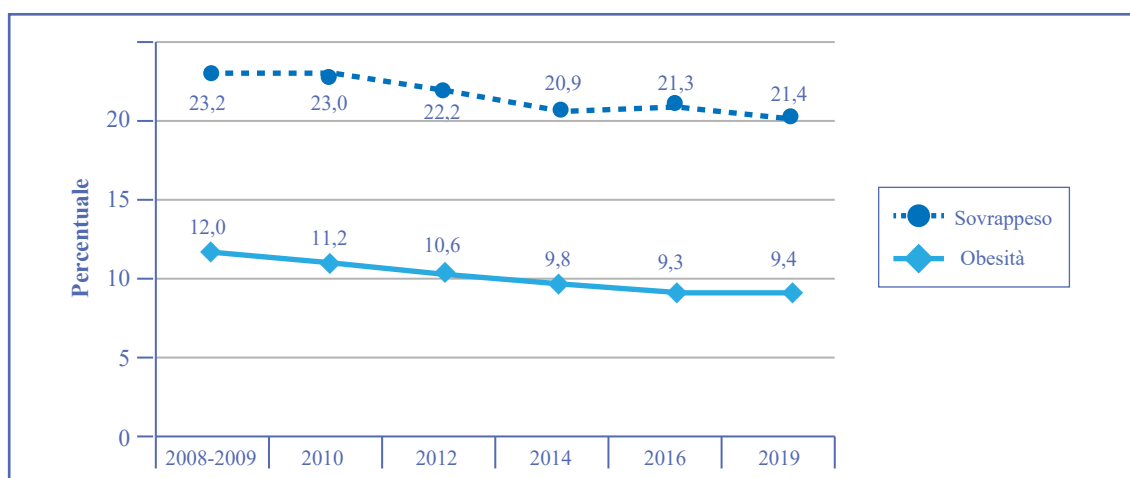
I dati della sorveglianza hanno permesso di stimare, sia a livello nazionale che regionale, le prevalenze di sovrappeso e obesità e di alcuni fattori di rischio (ad esempio, consumo di colazione, merenda, frutta e verdura, bevande zuccherate; svolgimento di attività fisica, ore trascorse davanti a TV e altri dispositivi con schermi, ore di sonno), facendo confronti a livello territoriale e per altre variabili. Inoltre, grazie alla partecipazione a COSI, è possibile confrontare il dato italiano con quello di altri Paesi (10).

Per diffondere i risultati ottenuti e aumentare la consapevolezza del fenomeno nella popolazione e nei portatori di interesse, sono stati sviluppati dall'ISS format di report per i professionisti sanitari e per la scuola, schede sintetiche per i decisori e materiali di comunicazione per i bambini e i loro genitori. A livello nazionale e locale sono state intraprese iniziative per la prevenzione del fenomeno.

## Risultati

Dal 2008, ogni 2-3 anni, il personale delle ASL, appositamente addestrato, misura peso e statura di più di 45.000 bambini delle classi campionate e raccoglie informazioni tramite i questionari compilati dai bambini, dai genitori (circa 50.000) e dal personale scolastico (circa 2.500 persone).

Ad oggi sono state svolte 6 raccolte dati (2008-2009, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019). Tutte le Regioni hanno partecipato a tutte le raccolte dati con campioni rappresentativi almeno a livello regionale e i tassi di rifiuto da parte delle scuole selezionate e dei genitori sono sempre stati inferiori al 5%. Le prevalenze di sovrappeso e obesità sono presentate nella **Figura**. Si osserva un andamento in diminuzione per entrambi gli indicatori: dal 2008-2009 al 2019 il sovrappeso (esclusa obesità) è diminuito da 23,2% a 20,4% e l'obesità da 12,0% a 9,4%, utilizzando i valori soglia dell'IOTF. I maschi hanno valori di obesità leggermente superiori alle femmine (bambini obesi 9,9% vs bambine obese 8,8%). Si evidenzia un chiaro trend geografico che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Così, nel 2019, se la prevalenza di sovrappeso+obesità in Valle D'Aosta era 14,0%, in Campania raggiungeva il 44,2% (11). Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata, quando i genitori sono in sovrappeso od obesi e tra i bambini che sono stati allattati al seno per meno di 1 mese o mai (11). Utilizzando le curve OMS, le prevalenze, specie nei maschi, risultano ancora più elevate e, confrontandole con quelle degli altri Paesi europei partecipanti al COSI, l'Italia presenta valori tra i più elevati: 41,9% di sovrappeso+obesità nei bambini e 38,5% nelle bambine nel 2015-2017 (10).



**Figura** - Andamento della prevalenza (calcolata utilizzando i cut-off dell'International Obesity Task Force) del sovrappeso e dell'obesità nei bambini di 8-9 anni. OKkio alla SALUTE dal 2008-2009 al 2019

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, nel 2019, l'8,7% dei bambini non consumava la prima colazione e il 35,6% la consumava in maniera inadeguata (11). Come mostrato nella **Tabella**, alcuni indicatori riguardanti le abitudini alimentari sono migliorati negli anni, con una diminuzione del consumo di una merenda abbondante di metà mattina (da 82,0% nel 2008-2009 a 55,2% nel 2019) e dell'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate (da 41,0% a 25,4%). Sono rimasti invece invariati il consumo non quotidiano della colazione (9% nel 2019) e di frutta e/o verdura dei bambini (24,3%). Nel 2019 i legumi sono stati consumati dal 38,4% dei bambini meno di una volta a settimana, mentre il 48,3% e il 9,4% consumava rispettivamente snack dolci e salati più di 3 giorni a settimana.

Gli indicatori riferiti all'attività fisica e alla sedentarietà sono pressoché stabili negli anni, con una piccola diminuzione della percentuale di bambini che non ha svolto alcuna attività fisica il giorno precedente l'indagine (20,3% nel 2019, rispetto a 26% nel 2008-2009). Quasi un bambino su due ha la TV nella propria camera da letto (43,5%) e trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV/tablet/cellulare (44,5%).

Riguardo la percezione materna dello stato di salute dei propri figli, emerge che il 40,3% dei bambini in sovrappeso od obesi è percepito dalla madre come sotto-normopeso; il 59,1% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga attività fisica adeguata e tra le madri di bambini in sovrappeso od obesi, il 69,9% pensa che la quantità di cibo assunta dal proprio figlio non sia eccessiva.

Rispetto alle ore di sonno in un normale giorno feriale, fattore indicato in alcuni studi come associato all'obesità (12), i dati 2019 evidenziano che il 14,4% dei bambini, secondo quanto riportato dai genitori, dorme meno di 9 ore per notte.

Per quanto riguarda i questionari compilati dalla scuola, emerge che nel 2019 il 75,4% aveva la mensa, il 42,7% prevedeva la distribuzione di alimenti sani, il 62,7% la partecipazione a iniziative finalizzate alla promozione di sane abitudini alimentari, coinvolgendo i genitori (34,0%). Rispetto alla promozione del movimento, il 53,0% delle classi svolgeva almeno 2 ore di educazione fisica a settimana, con una forte variabilità a livello regionale, il 57,4% svolgeva attività motoria extracurricolare, il 92,6% delle scuole prevedeva attività di rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria e il coinvolgimento dei genitori era avvenuto nel 18,9% dei casi (11).

Al fine di diffondere i risultati delle raccolte dati sono stati organizzati convegni e pubblicati rapporti sui dati nazionali e tutte le Regioni e Province Autonome (e anche alcune ASL) hanno utilizzato i format di report ricevuti per pubblicare i propri dati che sono disponibili anche sul sito EpiCentro dell'ISS (13).

Per aumentare le conoscenze e la consapevolezza della problematica e promuovere stili di vita sani, nel 2010 il Gruppo OKkio alla SALUTE, in collaborazione con i coordinatori del Programma d'informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del Programma Guadagnare Salute (PinC), finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute, ha predisposto materiale informativo indirizzato a bambini, genitori, insegnanti, pediatri e agli altri professionisti che si occupano di prevenzione delle malattie e promozione della salute (14). Prima di ogni raccolta, tutte le scuole e classi partecipanti ricevono dei poster strutturati con un linguaggio semplice e divulgativo che hanno come testimonial il Canguro, animale agile, naturalmente simpatico e con spiccate

**Tabella** - Andamento temporale di alcuni indicatori di abitudini alimentari, attività motoria e abitudini sedentarie. OKkio alla SALUTE dal 2008-2009 al 2019

Indicatori	Anno di rilevazione					
	2008-2009 %	2010 %	2012 %	2014 %	2016 %	2019 %
Colazione non ogni giorno	11	9	9	8	8	9
Merenda abbondante	82	68	65	52	53	55
Frutta e/o verdura non ogni giorno	23	23	22	25	20	24
Bevande zuccherate e/o gassate ogni giorno	41	48	44	41	36	25
Nessuna attività fisica il giorno precedente	26	18	17	16	18	20
Andare a scuola a piedi o in bicicletta	26	27	26	28	27	26
TV in camera	48	46	44	42	44	44
Più di 2 ore al giorno di TV e/o videogiochi/ tablet/cellulare	47	38	36	35	41	46

caratteristiche di genitorialità. I contenuti sono stati concordati anche con la Società Italiana di Pediatria e con la Federazione Italiana dei Medici Pediatri. Il poster per la scuola, per mezzo di una piramide alimentare rovesciata sostenuta dall'immagine del Canguro, fornisce informazioni sulla corretta alimentazione e promuove l'attività fisica, attraverso messaggi chiari e piacevoli per i bambini. Il poster per la classe è composto da otto schede che forniscono ai bambini suggerimenti su alimentazione sana, attività fisica e corretto utilizzo di TV e videogiochi. Questo strumento, posto all'interno delle classi, può supportare l'insegnante nel sollecitare i bambini ad approfondire le tematiche illustrate, stimolando il loro interesse sia su abitudini alimentari corrette che su uno stile di vita più attivo. Inoltre, a tutti i pediatri di libera scelta (PLS) è stato inviato dall'ISS il poster per gli ambulatori, che attraverso i messaggi del Canguro, mira a stimolare la riflessione dei genitori sullo stato ponderale e sulle abitudini di vita dei figli, sollecitandoli ad approfondire i diversi temi con il PLS. Infine, ogni genitore coinvolto nella compilazione del proprio questionario riceve un opuscolo sulla prevenzione dell'obesità e sulla promozione di stili di vita sani per la famiglia.

Sulla base delle informazioni raccolte sono state intraprese tante iniziative a livello regionale e locale per prevenire il fenomeno e garantire una buona assistenza sanitaria ai bambini obesi. Una serie di queste azioni sono state raccolte e pubblicate in un rapporto dell'ISS (15).

Per supportare i professionisti nell'individuazione delle strategie più efficaci e adatte al proprio contesto, il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE ha realizzato, insieme all'ISS, una revisione delle evidenze scientifiche su interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità realizzati in ambiente scolastico dal 2008 al 2012 (16).

### **Discussione e conclusioni**

Le cause dell'obesità sono molteplici e dipendono da fattori ambientali, sociali, comportamentali, fisiologici, psicologici e genetici, che spesso interagiscono tra loro, rendendo molto complessa la sua prevenzione. Negli ultimi 40 anni la prevalenza di obesità in tutto il mondo è più che raddoppiata e nessun Paese, fino a oggi, ha invertito in modo significativo tale trend, anche se si stanno registrando alcuni segnali di cambiamento positivo, che derivano principalmente da un appiattimento della prevalenza dell'obesità dell'infanzia. Tuttavia, anche dove ci sono stati progressi, si segnala un permanere delle disuguaglianze nella prevalenza dell'obesità (4, 10).

In Italia i dati raccolti tramite il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE evidenziano chiaramente un'alta prevalenza del fenomeno: 1 bambino su 3 è in eccesso ponderale (11), sebbene negli ultimi 10 anni si sia osservata una diminuzione del fenomeno, diversamente dagli anni precedenti. Gli ultimi dati pubblicati relativi alla Regione Europea dell'OMS mostrano l'Italia ai primi posti nella prevalenza a livello europeo, insieme ad altri Paesi del Sud Europa (10). È inoltre presente un'ampia variabilità regionale con valori 2-3 volte superiori nel Sud Italia rispetto al Nord. I gruppi socialmente vulnerabili sono, come in molti altri Paesi, più colpiti dall'obesità, probabilmente perché: hanno meno accesso all'educazione e a corrette informazioni su stili di vita e salute; vivono, di solito, in zone che non facilitano il trasporto attivo e lo svago; sono esposti a cibi più economici che hanno minore qualità nutrizionale ed elevata densità energetica (15).

Per agire efficacemente contro sovrappeso e obesità è quindi necessario il coinvolgimento attivo di vari settori della società, interni ed esterni al sistema sanitario, sia istituzionali che della società civile, così come raccomandato dall'Unione Europea e dall'OMS attraverso strategie e piani d'azione. L'Italia, attraverso GS e i Piani Nazionali della Prevenzione, ha rafforzato le azioni volte alla promozione di stili di vita sani, sviluppando un approccio intersettoriale e trasversale ai fattori di rischio, per interventi finalizzati sia a modificare i comportamenti individuali non salutari sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita.

L'approccio multistakeholder è la strategia più efficace per assicurare a tutta la popolazione un futuro all'insegna di uno sviluppo in salute e più sostenibile, favorendo il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza ed evitando l'instaurarsi di comportamenti non salutari già durante l'infanzia e l'adolescenza.

Il coinvolgimento di tutti i soggetti che hanno capacità di incidere sulla salute stessa, individuando i rischi, ma anche le opportunità per la salute negli ambienti di vita e di lavoro, rappresenta il principale aspetto innovativo del Programma GS. Un elemento cruciale delle strategie nazionali di prevenzione e promozione della salute per definire le priorità di azione, ma anche per disporre di informazioni necessarie al monitoraggio e alla valutazione degli interventi (efficacia, costi, accessibilità, trasferibilità, contrasto alle disuguaglianze ecc.), nonché per promuovere l'empowerment individuale e comunitario, è lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale.

La collaborazione interistituzionale attivata attraverso GS ha reso possibile la periodica raccolta di informazioni sugli stili di vita della popolazione, attraverso l'attivazione di sistemi di sorveglianza a copertura nazionale, che ormai costituiscono una solida fonte di dati. In particolare, il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE ha reso possibile disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della loro salute.

OKkio alla SALUTE non ha solo contribuito alla conoscenza dell'eccesso ponderale dei bambini, ma ha anche incentivato lo sviluppo e la presa di coscienza del problema e ha favorito lo sviluppo di azioni atte a promuovere la salute e a contrastare l'eccesso di peso dei bambini attraverso programmi che hanno coinvolto i diversi professionisti della salute e il settore scolastico in tutto il territorio nazionale. I dati nazionali e regionali raccolti mostrano una stabilità e in alcuni casi un miglioramento di alcuni fattori di rischio. È, quindi, necessario continuare a monitorare i fenomeni per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, ma anche per programmare interventi di sanità pubblica che possano risultare incisivi nelle varie fasce d'età e nelle diverse condizioni socioeconomiche, nonché per definire il ruolo che le diverse istituzioni, i professionisti della salute e la famiglia possono avere per la realizzazione di interventi integrati.

#### Citare come segue:

Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Salvatore MA, Bucciarelli M, Andreozzi S, et al. Sovrappeso e obesità nei bambini: il contributo del Programma nazionale Guadagnare Salute. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):39-45.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** Ministero della Salute-Ccm, Istituto Superiore di Sanità.

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

#### Riferimenti bibliografici

1. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 Countries over 25 years. *N Engl J Med* 2017;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362
2. Yang J, Ma Z, Lei Y. A meta-analysis of the association between obesity and COVID-19. *Epidemiol Infect* 2020;149:e11. doi: 10.1017/S0950268820003027. PMID: 33349290; PMCID: PMC7844214
3. Onder G, Palmieri L, Vanacore N, Giuliano M, Brusaferro S and the Italian National Institute of Health COVID-19 Mortality Group. Nonrespiratory Complications and Obesity in Patients Dying with COVID-19 in Italy. *Obesity* 2021; 29(1):20-3. doi: 10.1002/oby.23007
4. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113):2627-42. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3
5. World Health Organization. Physical status: the use of and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. (WHO technical report series n. 854).
6. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7(4):284-94. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x
7. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007;85(9):660-7. doi: 10.2471/blt.07.043497
8. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, Fontana G, Lamberti A, il Gruppo OKkio alla SALUTE, et al. OKkio alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008;20(4):337-44. PMID: 19014105
9. Lamberti A, Buoncristiano M, Baglio G, Spinelli A, Bucciarelli M, Nardone P, et al. Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14). 10-22 p.
10. Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Starc G, Hejgaard T, Júlíusson PB, et al. Thinness, overweight, and obesity in 6- to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI 2015–2017. *Obesity Reviews* 2021;22(S6):e13214. doi: 10.1111/obr.13214
11. Epicentro. OKkio alla SALUTE. Indagine 2019. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019>; ultimo accesso 15/12/2021.
12. Morrissey B, Taveras E, Allender S, Strugnell C. Sleep and obesity among children: A systematic review of multiple sleep dimensions. *Pediatr Obes* 2020;15(4):e12619. doi: 10.1111/ijpo.12619
13. Epicentro. OKkio alla SALUTE. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>; ultimo accesso 15/12/2021.
14. Ministero della Salute. Ccm - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma "Guadagnare Salute" (PinC). <https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/635&idP=740>; ultimo accesso 15/12/2021.

15. Pizzi E, Nardone P, Lauria L, Buoncristiano M, Andreozzi S, Spinelli A, et al. Attività di prevenzione dell'obesità infantile realizzate a livello regionale. In: Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11). 67-104 p.
16. Bonciani M, Nardone P, Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Giacchi M, et al. *Prevenzione dell'obesità nella scuola: indicazioni a partire dalle evidenze della letteratura*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/1).
17. Buoncristiano M, Nardone P, Spinelli A, Lauria L, Pierannunzio D, Bucciarelli M, et al. Le disuguaglianze di salute fotografate dalla sorveglianza. In: Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, Galeone D (Ed.). *Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016*. Not Ist Super Sanità 2018; 31(7-8)Suppl 1:59-66.

### (\*) Componenti del Gruppo OKkio alla SALUTE 2019

#### Coordinamento nazionale

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Ferdinando Timperi (Istituto Superiore di Sanità), Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano (Ministero della Salute), Alessandro Vienna (Ministero dell'Istruzione).

#### Referenti regionali

Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo e Ercole Ranalli (Abruzzo), Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni e Gerardina Sorrentino (Basilicata), Caterina Azzarito, Antonella Cernuzio, Marina La Rocca e Adalgisa Pugliese (Calabria), Gianfranco Mazzarella (Campania), Paola Angelini e Marina Fridel (Emilia Romagna), Donatella Belotti, Claudia Carletti, Paola Pani e Luca Ronfani (Friuli Venezia Giulia), Laura Bosca, Giulia Cairella e Maria Teresa Pancallo (Lazio), Giannaelisa Ferrando e Camilla Sticchi (Liguria), Corrado Celata, Liliana Coppola, Lucia Crottogini, Giuseppina Gelmi, Claudia Lobascio e Veronica Velasco (Lombardia), Simona De Introna (Marche), Concetta Di Nucci, Andrea di Siena e Teresa Maria Manfredi Selvaggi (Molise), Marcello Caputo e Paolo Ferrari (Piemonte), Maria Teresa Balducci, Pietro Pasquale e Giacomo Domenico Stingi (Puglia), Alessandra Murgia, Giuseppe Pala e Maria Antonietta Palmas (Sardegna), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro e Salvatore Scondotto (Sicilia), Giacomo Lazzeri e Rita Simi (Toscana), Carla Bietta, Marco Cristofori e Daniela Sorbelli (Umbria), Anna Maria Covarino (Valle d'Aosta), Erica Bino, Oscar Cora e Federica Michieletto (Veneto), Antonio Fanolla e Sabine Weiss (Provincia Autonoma Bolzano), Marino Migazzi e Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma Trento).

#### Comitato tecnico

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Liliana Coppola, Simona De Introna, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Marina La Rocca, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Maria Teresa Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Anna Rita Silvestri, Daniela Pierannunzio, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Alessandro Vienna.

## L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020)

Carla Faralli, Ilaria Luzi, Valentina Possenti, Monica Valli, Vittorio Palermo, Paola Luzi, Sabrina Sipone, Susanna Lana, Barbara De Mei

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### SUMMARY

#### Physical activity in Italy: trends, programs and policies (2008-2020)

##### Introduction

Italy has implemented the European strategy "Gaining Health" for the prevention and control of non-communicable diseases through the National Program Guadagnare Salute, adopting a setting, intersectoral and life-course approach in the implementation of interventions for both general population and specific subgroups. This study aims to verify whether and to what extent National Program Guadagnare Salute has influenced national trends related to the practice of physical activity (PA) as well as national policies and projects related to its promotion.

##### Materials and methods

This qualitative-quantitative descriptive study is based on gathering indicators of PA and sedentary behaviour in Italy from the following sources: population surveillance systems such as OKkio alla SALUTE, HBSC, PASSI and PASSI d'Argento; National Prevention Plans (NPPs); projects of the Italian National Centre for Disease Prevention and Control. The data presented refer to the period 2008-2020.

##### Results

Indicators from the population surveillance systems, at national and regional level, show that levels of PA among young and elderly are substantially stable over the years, whereas physical inactivity has increased in adults, achieving higher prevalence in the Southern regions. By analysing the NPPs, it has been observed a progressive adoption of the National Program Guadagnare Salute key patterns for PA promotion, such as intersectoral and multistakeholder collaboration or life-course and setting approach, with a focus on education and communication to increase community empowerment. This perspective is also retrievable in the PA promotion projects funded by the Italian National Centre for Disease Prevention and Control, which emphasize the essential role of the health system overall.

##### Discussion

The positive impact that the National Program Guadagnare Salute has had on national policies and strategies as well as the strengthening of population surveillance systems cannot actually be reflected on trends of PA practiced by all age groups. Among the possible factors that, in the considered period, have hindered the practice of PA there are: significant social and technological changes, difficulties in realizing and evaluating complex projects that take into account and intervene effectively on context variables, and the challenges that the health system governance had to face in implementing policies, programmes and projects in an intersectoral, life-course and setting perspective, supporting building promotion networks in the privileged setting for PA promotion (such as workplaces and schools).

##### Conclusions

It is necessary to strengthen the health system governance so that it can facilitate the adoption of a salutogenic orientation, making it possible to implement integrated and shared intersectoral policies, that take into account the outcomes of decisions and actions related to PA promotion, assessing the real feasibility of planned activities. Making healthy choices easier means: focus on contextual determinants, deliver health education and awareness campaigns for health and non-health workers and citizens, plan context-specific and targeted communication.

**Key words:** physical activity promotion; sedentary behavior; behavioral risk factor surveillance system

[carla.faralli@iss.it](mailto:carla.faralli@iss.it)

### Introduzione

Nel 2007, con il Programma nazionale Guadagnare Salute (GS), l'Italia ha recepito la strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (Gaining Health) delineata dall'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1). Relativamente all'attività fisica (AF), GS ha posto in evidenza l'importanza di promuoverla in tutte le fasi della vita, nella popolazione generale e in gruppi di popolazione con condizioni fisiologiche e patologiche, nei diversi contesti di vita e con

la collaborazione attiva di tutte le strutture e le figure professionali interessate, dei cittadini e della società civile (2).

In Italia le strategie di promozione dell'AF hanno continuato e continuano a muoversi in linea con quanto indicato a livello internazionale attraverso programmi di intervento nazionali e locali che puntano a contrastare la sedentarietà, sempre secondo un'ottica intersettoriale e con un approccio sistemico: i Piani Nazionali della Prevenzione (PNP), i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e le recenti Linee di indirizzo sull'AF (3).

Obiettivo del presente lavoro è quello di offrire una panoramica dei trend nazionali relativi alla pratica dell'AF in tutte le fasce di popolazione tra il 2008 e il 2020, cercando di considerare se gli interventi messi in atto a partire da GS abbiano facilitato i singoli individui e la collettività a compiere scelte a favore di uno stile di vita attivo. Parallelamente verrà preso in considerazione l'impatto che GS ha avuto sulle politiche di indirizzo e sui progetti nazionali relativamente alla promozione dell'AF.

## Materiali e metodi

### I dati delle sorveglianze di popolazione

È stato osservato l'andamento temporale dei dati di prevalenza di una selezione di indicatori su AF e sedentarietà elaborati nell'ambito delle sorveglianze di popolazione a rilevanza nazionale coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (4), che monitorano comportamenti e condizioni salute-correlate nelle diverse fasce di età di popolazione residente in Italia. Nello specifico, sono stati consultati sia i dati di tendenza disponibili online sul portale dell'ISS EpiCentro (5), sia i dati pubblicati nei report tecnici, se disponibili, relativi ai seguenti quattro sistemi di sorveglianza:

- OKkio alla SALUTE (Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria) (6);
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) (7);
- PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (8);
- PASSI d'Argento (Salute e qualità della vita nella popolazione ultra 65enne in Italia) (9).

Ogni sistema considerato si riferisce a una specifica fascia di età, utilizza una propria metodologia di raccolta dati, ha una diversa periodicità di rilevazione ed è stato avviato in anni diversi; per questo motivo, il periodo di osservazione selezionato per il presente lavoro non è omogeneo tra le varie sorveglianze. Più precisamente, l'intervallo temporale scelto ha considerato tutti gli anni di rilevazione disponibili; fa eccezione HBSC, per il quale l'inizio del periodo di osservazione coincide con l'anno in cui la rilevazione ha avuto per la prima volta rappresentatività nazionale. Nell'ambito dei quattro sistemi di sorveglianza è stato selezionato un set di indicatori che potessero fornire, in maniera sintetica, una panoramica dell'andamento dell'AF e dei comportamenti sedentari nei diversi gruppi di età rappresentati (**Materiale Aggiuntivo - Tabella 1**).

### I Piani Nazionali della Prevenzione (PNP)

Sono stati esaminati i quattro PNP pubblicati fino a oggi, strumenti essenziali di programmazione per le politiche e gli interventi di prevenzione e promozione della salute, con l'obiettivo di individuare spazio dedicato e modalità di trattazione nel corso del tempo delle seguenti tematiche: AF, sedentarietà e inattività fisica. I quattro Piani analizzati (2005-2007, 2010-2012, 2014-2018, 2020-2025) sono disponibili sul sito del Ministero della Salute (10-13).

### I progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm)

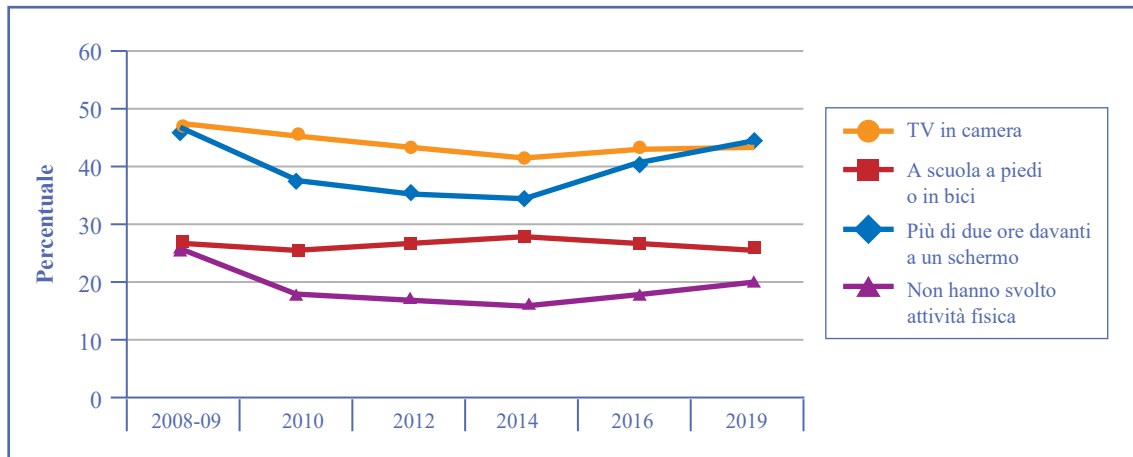
Per osservare quanto il Ccm abbia sostenuto, nell'intervallo di tempo analizzato, i progetti sulla promozione di stili di vita salutari, in particolare relativamente all'AF, a livello nazionale e regionale, sono stati considerati i progetti consultabili sul sito dedicato del Ministero della Salute (14).

## Risultati

### I dati delle sorveglianze di popolazione

**OKkio alla SALUTE** - Dal 2008 al 2019 l'andamento degli indicatori relativi a comportamenti sedentari e pratica di AF appare tendenzialmente stabile, anche scorrendo i dati a livello regionale: la quota di bambini che nel 2019 ha la TV nella propria camera è del 43,5% e lo stesso indicatore era del 48% nel 2008; nel 2019, il 44,5% dei bambini trascorre almeno più di due ore al giorno davanti a uno schermo, un risultato molto vicino al 47% del 2008. Nel 2019 il tragitto casa-scuola è percorso a piedi o in bici dal 26% dei bambini intervistati, risultato sovrapponibile a quello del 2008 (27%). Nel 2019 un bambino su cinque è classificato come inattivo; lo stesso indicatore nel primo anno di rilevazione era circa di un bambino su quattro. Nelle diverse ondate di rilevazione, si osserva in linea generale una variabilità sia per genere, le femmine risultano leggermente più inattive dei maschi, sia per area geografica, con valori tendenzialmente meno favorevoli nelle Regioni meridionali (15-20) (**Figura 1**).

**HBSC** - Nel corso delle tre ondate di rilevazione considerate (2010, 2014 e 2018) il quadro osservato in merito alla quota di ragazzi fisicamente attivi e all'adozione di comportamenti sedentari mostra una sostanziale stabilità, anche scorrendo i dati a livello regionale. I maschi di ogni fascia di età sono mediamente più attivi delle loro coetanee e in alcuni casi le frequenze



**Figura 1** - Trend degli indicatori di attività fisica e sedentarietà (%). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. Anni 2008-2019

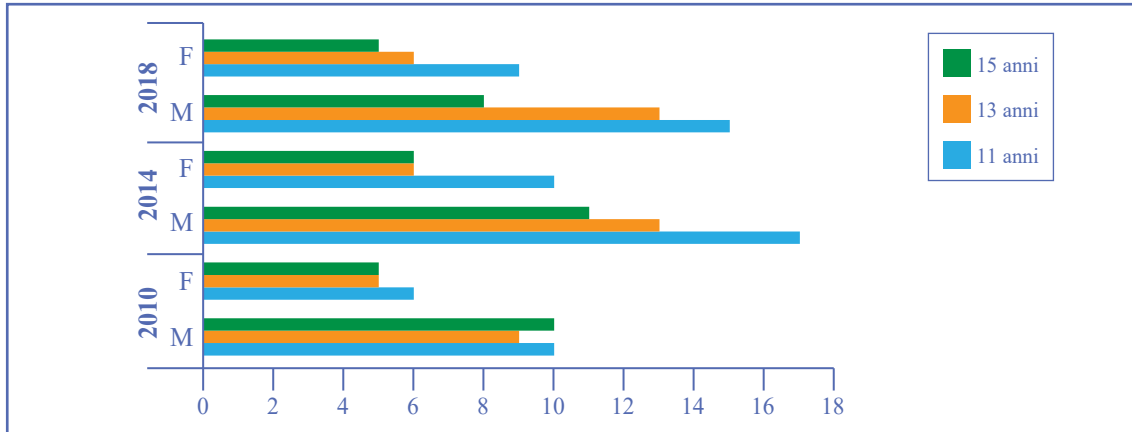
percentuali sono il doppio di quelle delle ragazze, come tra i quindicenni del 2010 (10% vs 5%) e i tredicenni del 2014 e del 2018 (13% vs 6%); l'AF tende a diminuire con l'aumentare dell'età in entrambi i sessi (nel 2018 sono attivi il 15% degli undicenni intervistati, il 13% dei tredicenni e l'8% dei quindicenni); mediamente, le quote più alte di attivi si trovano nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano, ma non si individua un netto gradiente Nord-Sud. In riferimento ai comportamenti sedentari, la percentuale di ragazzi che nel tempo libero guarda la TV per almeno due ore al giorno durante i giorni di scuola cresce con l'età sia per i maschi che per le femmine; questo andamento si riscontra in ogni rilevazione, senza variazioni di particolare rilievo nelle frequenze osservate. La percentuale di maschi che nel tempo libero utilizza i videogiochi per almeno due ore al giorno durante i giorni di scuola è maggiore rispetto a quella delle femmine di ogni fascia di età; i valori mostrano un aumento nel corso delle rilevazioni, soprattutto tra i maschi. La distribuzione Nord-Sud di questo indicatore è abbastanza omogenea; nel 2018 i valori più alti si osservano nella PA di Bolzano tra i maschi di quindici anni (67%) (Figura 2A, B, C) (21-23).

**PASSI** - Nel corso del periodo di osservazione 2008-2020, la quota di persone sedentarie è aumentata a livello nazionale, con un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali (Figura 3); l'andamento in crescita della sedentarietà confermato nel 2020, presumibilmente anche per le misure di contenimento adottate per il contrasto alla pandemia, necessita di ulteriori approfondimenti con specifiche analisi *ad hoc* (24). Per il dettaglio relativo a questo indicatore si rimanda all'articolo "Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui

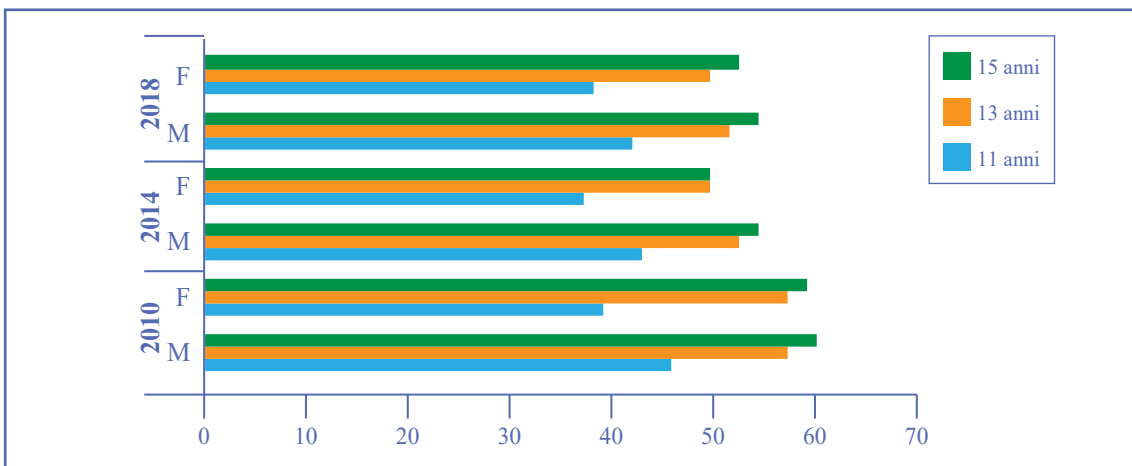
fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione" del presente fascicolo (p. 1-11). PASSI fornisce anche una stima della mobilità attiva e dell'attenzione degli operatori sanitari a fornire il consiglio di fare regolare AF. Nel quadriennio 2017-2020, il 43,5% degli adulti intervistati ha dichiarato di aver praticato mobilità attiva nel mese precedente l'intervista e anche per questo indicatore le Regioni più virtuose sono prevalentemente quelle settentrionali (25) (Figura 4). Relativamente al consiglio di svolgere AF ricevuto da parte di un operatore sanitario, in tutto il periodo osservato la prevalenza di questo indicatore nelle Regioni meridionali si mantiene più bassa del dato nazionale (intorno al 30%), mentre al Centro e al Nord i valori sono sostanzialmente stabili intorno al 32-33% (Figura 5).

**PASSI d'Argento** - La prevalenza di persone sedentarie nella fascia di età di 65 anni e più è rimasta stabile intorno al 40% nel periodo osservato (2016-2020), anche stratificando per area geografica (Figura 6). L'analisi dei trend annuali su pool omogeneo mostra una significativa diminuzione della quota di ultra 65enni attivi nel 2020 rispetto agli anni precedenti; i cambiamenti rilevati possono essere attribuiti alle restrizioni imposte dalla pandemia ma, come per la sorveglianza PASSI, si rendono necessari approfondimenti e un monitoraggio dedicato nel tempo (24). Per il dettaglio relativo all'andamento dell'indicatore persone sedentarie si rimanda all'articolo "Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione" del presente fascicolo (p. 1-11). Il dato nazionale relativo all'attenzione degli operatori sanitari a

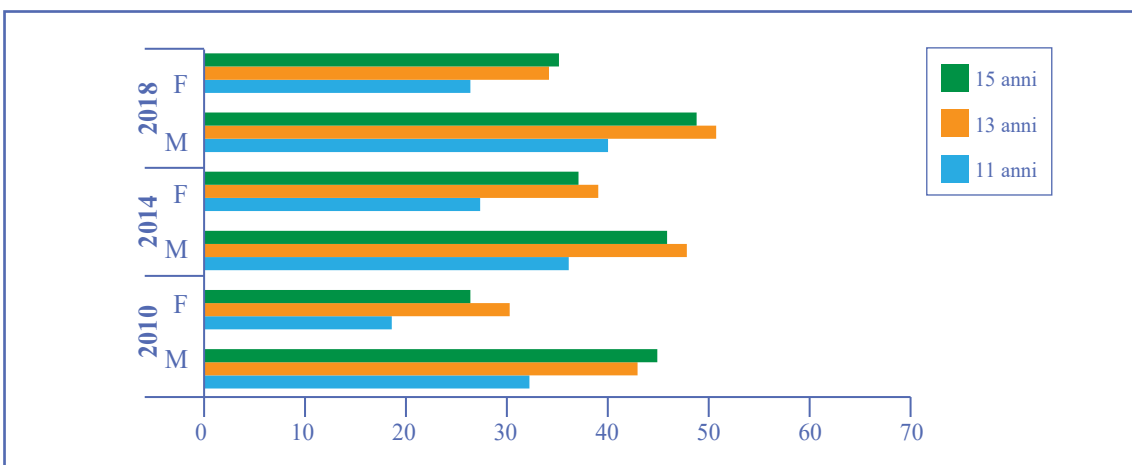




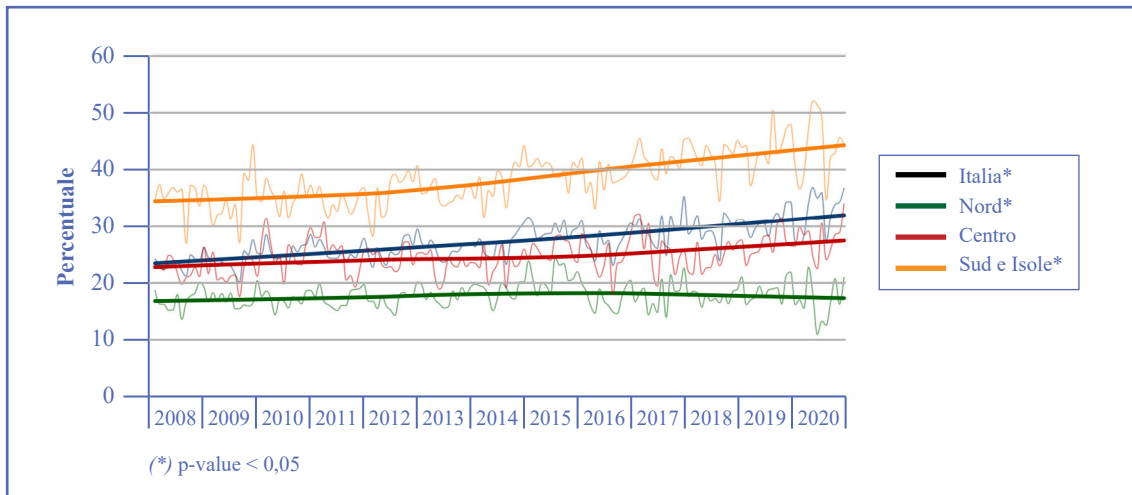
**Figura 2A** - Ragazzi che praticano almeno un'ora al giorno di AF per sette giorni a settimana, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)



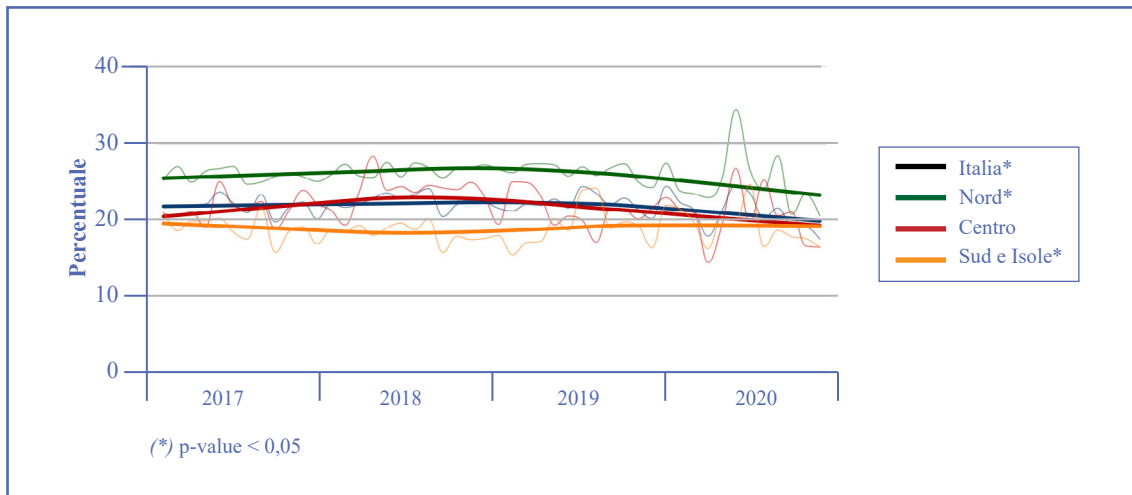
**Figura 2B** - Ragazzi che guardano la TV (dal 2018 il riferimento è a TV, video, DVD e altre forme di intrattenimento su schermo) nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)



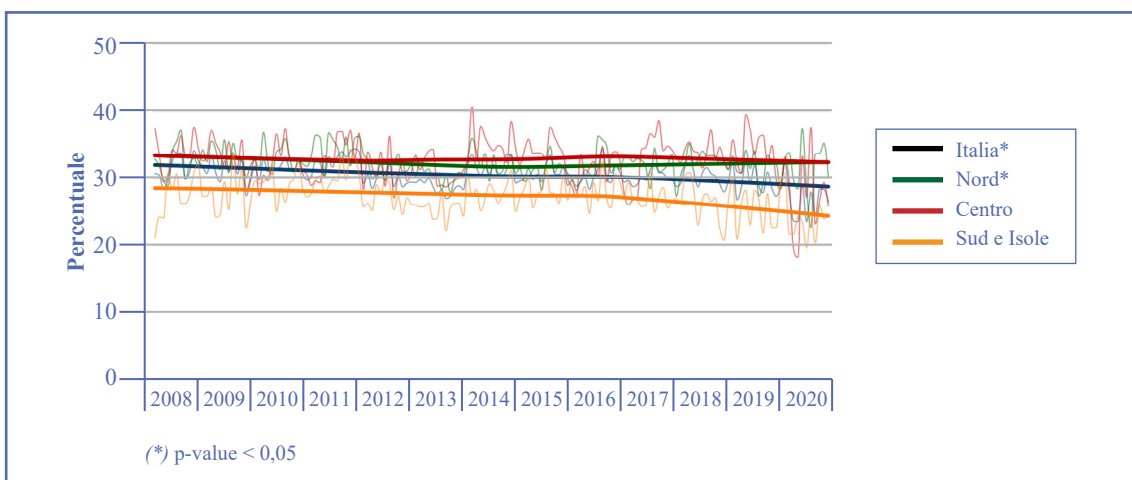
**Figura 2C** - Ragazzi che giocano al computer o alla playstation o simili (dal 2018 il riferimento è a computer, console, tablet, smartphone o altri device) nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).



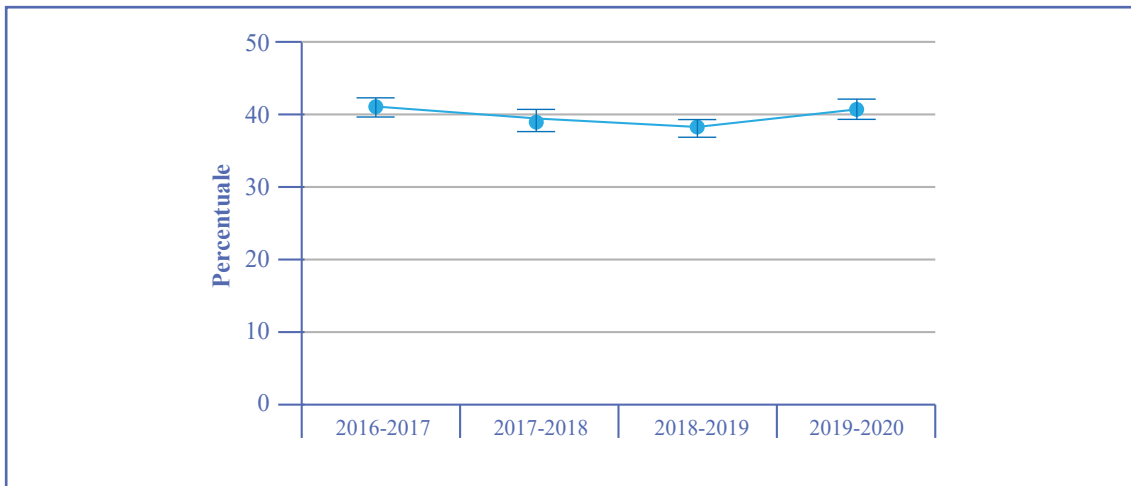
**Figura 3** - Serie storica delle persone sedentarie per area geografica (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Anni 2008-2020



**Figura 4** - Serie storica della mobilità attiva complessiva per area geografica (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Anni 2017-2020



**Figura 5** - Serie storica del consiglio di praticare attività fisica per area geografica (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Anni 2008-2020



**Figura 6** - Trend annuale delle persone sedentarie (%). Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento. Anni 2016-2017, 2019-2020

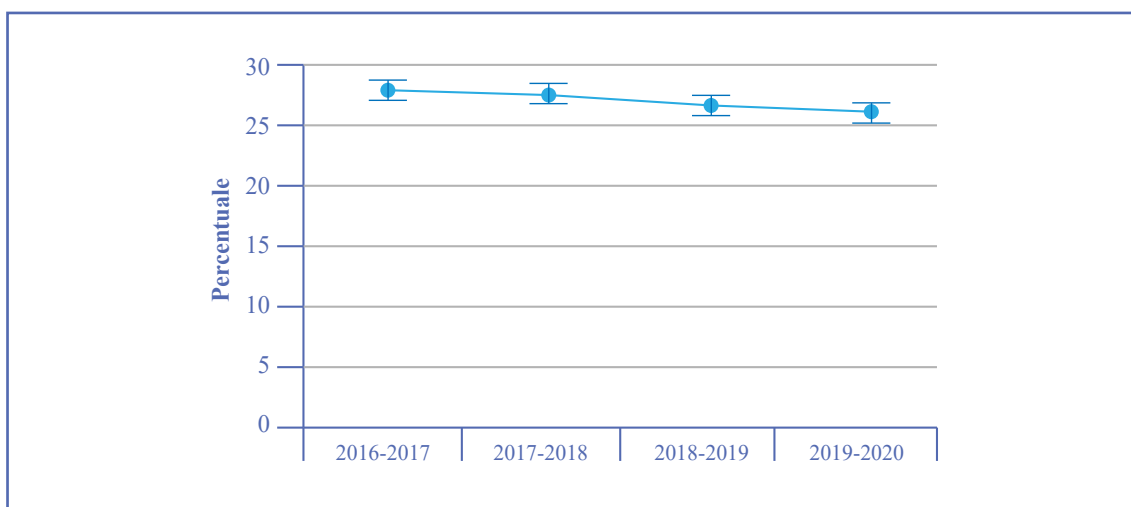
promuovere l'AF appare costante nel tempo (tra il 26% e il 28%, **Figura 7**); il valore più alto e anche stabile nel tempo si osserva nelle Marche, sempre superiore al 40%, mentre tale attenzione sembra più bassa al Sud (in Campania e in Basilicata non supera il 21%) (26).

### I Piani Nazionali della Prevenzione

L'analisi del PNP 2005-2007, precedente all'intervallo di tempo considerato nel presente lavoro, è significativa, perché il Piano pur avendo come obiettivo la riduzione dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e delle loro complicanze non ne individua la correlazione con gli stili di vita. I successivi PNP, a partire da quello 2010-2012, recepiscono pienamente gli elementi caratterizzanti di GS, a partire dalla

correlazione tra stili di vita non salutari e incidenza delle MCNT. Relativamente alla promozione dell'AF e alla riduzione della sedentarietà, tali PNP individuano la necessità di:

- adottare un approccio intersettoriale e multistakeholder, fondamentale per sviluppare interventi di promozione dell'AF integrati nella vita quotidiana e orientati all'equità e alla riduzione delle disuguaglianze di salute, secondo il principio della "salute in tutte le politiche";
- sviluppare iniziative di formazione e comunicazione, strumenti indispensabili per accrescere conoscenza ed empowerment tra i cittadini e nella comunità, con il coinvolgimento più incisivo dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).



**Figura 7** - Trend annuale del consiglio di praticare attività fisica (%). Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento. Anni 2016-2017, 2019-2020

A questi principi, che fanno esplicitamente riferimento al programma GS, i PNP 2014-2018 e 2020-2025 introducono, sempre relativamente alle tematiche dell'AF e della riduzione della sedentarietà:

- la centralità della persona e della comunità;
- l'approccio life-course, finalizzato al mantenimento del benessere in ogni fase della vita e all'invecchiamento attivo;
- l'approccio per setting (comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi sanitari, città), come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione nei contesti di vita, e di genere, al fine di migliorare l'appropriatezza e l'equità degli interventi;
- un'attenzione particolare alla formazione e alla comunicazione quali azioni strategiche, trasversali e funzionali all'implementazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP);
- l'implementazione di: i) iniziative di comunicazione per l'attivazione e il potenziamento di conoscenze ed empowerment nei cittadini e nella comunità; ii) programmi sia mirati all'inclusione di soggetti con fattori di rischio comportamentali o in condizioni di fragilità attraverso interventi di counselling per la promozione dell'AF da parte dei MMG e dei PLS, sia rivolti alla popolazione generale per la promozione del benessere psicofisico con il coinvolgimento di professionisti sanitari e non sanitari.

### I progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm)

Dal 2007 al 2019 (nel 2020 tutti i progetti si sono focalizzati sul tema del COVID-19) sono stati approvati 38 progetti che hanno incluso al loro interno, in modo più o meno esplicito, il tema dell'AF in un'ottica di approccio globale ai fattori di rischio. In questi progetti, GS ha rappresentato spesso la cornice metodologica di riferimento, tanto che dal 2008 il Programma è diventato una delle aree di intervento all'interno della progettualità annuale delle attività del Ccm ("Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e di Guadagnare Salute"). In linea con le necessità individuate dai PNP, la maggior parte dei progetti adotta un approccio intersettoriale e multistakeholder, sebbene il settore sanitario rappresenti il principale interlocutore.

Gli interventi proposti all'interno dei 38 progetti sono riconducibili a tre tipologie di target: fasce di popolazione (giovani, genitori, anziani, pazienti cronici, popolazione generale), operatori professionali (sanitari, sociosanitari, assistenziali,

insegnanti, volontari), decisori (locali, regionali, nazionali, rappresentanti dei servizi) (**Materiale Aggiuntivo - Tabella 2**).

### Discussione

Le strategie di indirizzo nazionali volte alla promozione dell'AF hanno fatto propri i principi ispiratori di GS, individuando nell'approccio multicomponente, multistakeholder e intersettoriale la modalità di intervento più efficace nella prevenzione e promozione di stili di vita salutari applicati alla pratica dell'AF (3, 10-13).

A partire dal 2008, il programma GS è diventato una delle aree di intervento dei progetti Ccm, a riprova di quanto abbia influito non solo sulle politiche e sulle strategie, ma anche sulla progettazione degli interventi.

L'impatto positivo di GS ha anche favorito il consolidamento dei sistemi di sorveglianza di popolazione che, per questo lavoro, hanno permesso di offrire una panoramica generale sulla pratica dell'AF e sul fenomeno della sedentarietà in tutte le fasce di età tra il 2008 e il 2020. Tale intervallo di tempo è stato caratterizzato in Italia e nel resto del mondo da profondi mutamenti sociali e da cambiamenti nelle abitudini di vita quotidiane, che hanno reso più difficile la pratica di uno stile di vita attivo e contribuito a una maggiore sedentarietà: globalizzazione, urbanizzazione, aumento delle tipologie di lavoro sedentario, difficoltà nel conciliare i tempi di vita con quelli del lavoro, evoluzione nel mondo digitale, con il conseguente utilizzo sempre più diffuso di strumenti tecnologici altamente sofisticati anche nel tempo libero.

I trend relativi a indicatori correlati alla pratica dell'AF e alla sedentarietà nel periodo preso in esame evidenziano che: l'inattività fisica è un fattore di rischio presente in modo costante in tutte le fasce di età; si osservano prevalenze progressivamente crescenti nella popolazione adulta; è confermato un gradiente Nord-Sud che vede le Regioni meridionali tendenzialmente svantaggiate in termini di livelli di AF praticata.

Questo scenario si ritrova nei dati dell'indagine campionaria Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" relativi a cittadini residenti in Italia a partire dai tre anni di età. Per quegli stessi anni, ossia dal 2007 al 2020, gli indicatori mostrano valori e andamenti analoghi in merito alla distribuzione dell'AF nella popolazione per età, genere e territorio di residenza: la quota di persone fisicamente attive, prevalentemente maschi, si riduce in età avanzata e man mano che si scende da Nord verso Sud (27).

La pratica dell'AF in Italia trova riscontro in quella che è la situazione a livello internazionale: secondo l'OMS (28), a livello globale, un adulto su quattro e tre adolescenti su quattro non raggiungono adeguati livelli di AF.

A fronte di questa situazione e date le numerose e complesse variabili coinvolte negli interventi di promozione dell'AF, i documenti programmatici pubblicati dall'OMS negli ultimi anni hanno considerato prioritario fornire indicazioni per orientare le politiche nazionali ad adottare strategie focalizzate non solo sui determinanti individuali ma soprattutto su quelli di contesto (ambientali, culturali, economici e sociali), al fine di facilitare e sostenere le scelte a favore di uno stile di vita attivo nella popolazione generale e nelle persone con peculiari situazioni fisiologiche e specifiche patologie (1, 28-32).

Il quadro che emerge dai dati presi in esame relativamente all'AF praticata in Italia induce a ragionare su alcune criticità che possono essere intervenute nel processo di implementazione dei principi cardine di GS, ostacolandone in qualche modo la piena ed efficace attuazione.

Considerando come presupposto le caratteristiche del contesto sociale che non hanno facilitato la pratica di uno stile attivo nella quotidianità, si può ipotizzare che un'efficacia relativa degli interventi di promozione dell'AF sia probabilmente attribuibile al fatto che in alcuni casi gli esiti delle azioni intraprese siano stati difficilmente misurabili per la mancanza di un piano di valutazione ben definito, oppure perché non è stato previsto lo stanziamento di adeguate risorse finanziarie a sostegno dell'intero processo.

Un ulteriore aspetto sul quale è opportuno riflettere è il tema della governance (33): la promozione dell'AF richiede, infatti, una forte leadership da parte del settore sanitario che possa esercitare il ruolo di advocacy, collaborare e integrarsi con altri settori per sviluppare e attuare politiche, programmi e progetti nel rispetto delle reciproche competenze.

Un requisito imprescindibile per promuovere l'AF e per favorire un cambiamento comportamentale è rappresentato dalla modifica delle condizioni ambientali e dei diversi contesti o setting in cui le persone vivono. Secondo il paradigma socio-ecologico, già enunciato dalla Carta di Ottawa nel 1986 (34), il comportamento umano ha luogo in sistemi ecologici interconnessi e complessi, in ambienti multistrato (interpersonali, organizzativi, comunitari, sociali) e le condizioni ambientali sono spesso sotto il controllo di agenti di cambiamento che agiscono su diversi livelli: interpersonale, organizzativo comunitario

e sociale. Queste ultime riflessioni si ricollegano all'approccio per setting e life-course dell'attuale strategia nazionale di prevenzione e promozione della salute che riconosce ai setting di vita un ruolo fondamentale nella costruzione della salute in generale e in particolare nel diffondere la cultura di uno stile di vita attivo come abitudine di vita.

Le istituzioni centrali, i governi regionali e locali possono operare in sinergia con la scuola, le comunità territoriali, il sistema sportivo, le associazioni, il sistema urbanistico per programmare e realizzare interventi strutturati e coordinati di promozione dell'AF rivolti alla popolazione generale, ma soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità (35).

Questo processo può essere favorito investendo nello sviluppo continuo di conoscenze e competenze di quanti si occupano di promozione dell'AF a tutti i livelli, per la condivisione di una cultura orientata alla salutogenesi e al benessere della persona nel suo contesto di vita, familiare, sociale e lavorativo (36).

Uno dei settori sui quali è essenziale investire per la promozione dell'AF è la scuola. Poiché le competenze cognitive, socio-emozionali e fisiche di un individuo si formano a partire dalla nascita e nei primi anni e caratterizzano l'intero corso della vita (37), l'AF dovrebbe essere proposta sin dalla primissima infanzia attraverso giochi di movimento, in modo che si strutturi nel tempo come un comportamento abituale e essenziale per la crescita, per lo sviluppo della socialità e del senso civico. La scuola rappresenta pertanto il setting privilegiato per dotare i giovani di una cultura favorevole alla salute capace di incidere sui loro atteggiamenti e stili di vita, visto che la salute deve essere parte integrante dell'attività didattica quotidiana (38).

Per quanto riguarda la popolazione adulta, il luogo di lavoro rappresenta un setting privilegiato per poter raggiungere in maniera efficiente una parte rilevante della popolazione per il miglioramento degli stili di vita, perché le persone vi trascorrono la maggior parte della propria giornata (39).

Una riflessione finale spetta all'attività di comunicazione, elemento strutturale e indispensabile del programma GS. È noto che un processo comunicativo efficace non può essere improvvisato, ma va organizzato in modo strategico e pianificato a livello nazionale, regionale e locale, garantendo iniziative concordate tra professionisti e istituzioni coinvolte e tenendo costantemente presenti le peculiarità del contesto sociale e le percezioni dei singoli e della collettività

(40). Le attività di comunicazione devono essere coerenti con le caratteristiche e le aspettative dei diversi destinatari (centralità della persona) e finalizzate alla diffusione di messaggi che possano raggiungere le persone in tempi e contesti diversi.

### Conclusioni

Da quanto analizzato è possibile avanzare possibili strategie future per promuovere in modo sempre più efficace e mirato la pratica dell'AF.

Sarebbe opportuno che gli accordi e le alleanze tra il sistema salute e gli altri ambiti istituzionali e sociali (istruzione, trasporti, economia, ambiente, urbanistica, sistema sportivo, associazionismo) favoriscano l'adozione di politiche integrate e condivise e che tutte le politiche tengano sempre in considerazione gli esiti di decisioni e azioni relativamente alla promozione dell'AF. È importante che vengano attuati interventi volti a favorire cambiamenti organizzativi per rendere i setting di vita (scuola, lavoro, comunità) ambienti favorevoli per incentivare le occasioni di movimento e per ridurre la sedentarietà (3).

Occorre rafforzare la governance che può favorire una visione integrata degli interventi di promozione dell'AF nei diversi setting e prevedere un sistema di monitoraggio per verificare la reale fattibilità e l'effettivo recepimento di quanto pianificato, con il coinvolgimento di settori importanti della società (34). Una buona governance, riconoscendo diversi ruoli e competenze, può contribuire alla costruzione di un linguaggio comune e alla condivisione di una cultura orientata alla salutogenesi e al benessere della persona nel suo contesto di vita (35). In tale prospettiva, la formazione ricopre un ruolo cruciale: sono essenziali momenti formativi congiunti che arricchiscano il bagaglio di competenze tecnico-scientifiche differenziate in base alle professioni e di competenze trasversali, come quelle comunicativo-relazionali e di base del counselling o quelle necessarie per lavorare in team e costruire reti (3).

Le iniziative di formazione dovrebbero essere sviluppate a tutti i livelli, dai corsi di studio universitario e post universitario fino all'aggiornamento, coinvolgendo quindi studenti e professionisti che possono avere un ruolo per la promozione dell'AF: professionisti sanitari impegnati sul territorio, ma anche professionisti non sanitari (come insegnanti, educatori delle associazioni sportive, amministratori pubblici, architetti della progettazione urbanistica), figure rilevanti per

garantire una visione coerente con i principi di tutela dell'ambiente e del territorio e di mobilità sostenibile (One Health) (40).

Uno dei punti nodali degli interventi messi in atto da GS sul quale sarebbe importante focalizzarsi è quello della comunicazione, che necessita di particolare attenzione relativamente agli aspetti metodologici e alla pianificazione. Per attuare iniziative di comunicazione che possano aumentare le conoscenze e alimentare la motivazione a praticare l'AF per il mantenimento del benessere e della salute, occorre programmare interventi mirati, rivolti sia alla popolazione generale che a gruppi con particolari situazioni fisiologiche o specifiche patologie (3, 32), realizzati con il contributo di professionisti sanitari e non sanitari in contesti e ambiti diversificati (contesto-specifici), strettamente collegati all'offerta del territorio (41).

I principi guida e l'approccio di sistema introdotti da GS sono stati confermati dalle più recenti linee strategiche e di indirizzo nazionali e internazionali. La strada indicata da GS può essere considerata quindi una "strada maestra" ancora da percorrere, soprattutto in questa fase pandemica in cui è necessario costruire ulteriori opportunità di praticare AF che possano essere accessibili a tutti, tenendo conto degli ostacoli già esistenti e di quelli derivanti dalle restrizioni imposte dall'emergenza legata al COVID-19.

#### Citare come segue:

Faralli C, Luzi I, Possenti V, Valli M, Palermo V, Luzi P, et al. L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020). *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):46-56.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** nessuno.

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano Paola Nardone e Silvia Ciardullo (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS) per le indicazioni fornite a supporto della lettura dei risultati delle sorveglianze OKkio alla SALUTE e HBSC.

#### Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Gaining Health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
2. Ministero della Salute. *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*. 2007. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.

3. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5693\\_1\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
4. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - n. 109 del 12 maggio 2017.
5. Epicentro. <https://www.epicentro.iss.it>; ultimo accesso 2/2/2022.
6. Epicentro. OKkio alla Salute. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute>; ultimo accesso 2/2/2022.
7. Epicentro. Sorveglianza Hbsc. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc>; ultimo accesso 2/2/2022.
8. Epicentro. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. <https://www.epicentro.iss.it/passi>; ultimo accesso 2/2/2022.
9. Epicentro. La sorveglianza Passi d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>; ultimo accesso 2/2/2022.
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1207\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1207_allegato.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
11. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1383\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
12. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
13. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5029\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
14. Ministero della Salute - Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie. Network per la prevenzione e la sanità pubblica. <https://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=programmi>; ultimo accesso 2/2/2022.
15. Epicentro. OKkio alla Salute. Indagine nazionale 2019: i dati nazionali. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati>; ultimo accesso 2/2/2022.
16. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. 63 p.
17. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, Galeone D (Ed.). *Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. 83 p.
18. Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
19. Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
20. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S e Galeone D (Ed.). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/24).
21. Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, Spinelli A, Donati S, Cavallo F, Dalmasso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. 65 p.
22. Cavallo F, Lemma P, Dalmasso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014*. Torino: Università degli Studi; 2016.
23. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P e Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).
24. Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. PASSI e PASSI d'Argento: la robustezza del dato nazionale. Versione del 25 novembre 2021. <https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2021/trend-omogeneo-vs%20totale.pdf>; ultimo accesso 2/2/2022.
25. Epicentro. Sorveglianza Passi. I dati per l'Italia: mobilità attiva. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/mobilita-attiva#dati>; ultimo accesso 2/2/2022.
26. Epicentro. La sorveglianza Passi d'Argento. I dati per l'Italia: attività fisica. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms#dati>; ultimo accesso 2/2/2022.
27. Istituto Nazionale di Statistica. Annuario statistico italiano. <https://www.istat.it/it/archivio/annuario+statistico+italiano>; ultimo accesso 2/2/2022.
28. World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO; 2018.
29. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.

30. World Health Organization. *The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion*. Helsinki, 10-14 June 2013. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
31. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region 2016-2025*. Copenhagen: WHO European Office for NCDs; 2016.
32. World Health Organization. *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. Geneva: WHO; 2020.
33. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL - TO3. La Dichiarazione di Shanghai sulla promozione della salute nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. 9ª Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute. Shanghai 21-24 novembre 2016. [https://www.dors.it/documentazione/testo/201711/Dichiarazione%20Shanghai\\_DoRS.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201711/Dichiarazione%20Shanghai_DoRS.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
34. World Health Organization. *Health Promotion: Ottawa Charter*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59557>; ultimo accesso 2/2/2022.
35. Regione Piemonte. Una interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa. [https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi\\_2008\\_Eriksson\\_Lindstrom.pdf](https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
36. Centro per la Salute del Bambino onlus (Ed.). *La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce*. <https://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2018/10/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>; ultimo accesso 2/2/2022.
37. Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3607\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf); ultimo accesso 2/2/2022.
38. SHE Scuole per la salute in Europa. Reti e partnership efficaci per la promozione della salute nelle scuole. SHE Factsheet 3. Traduzione italiana a cura dell'Università degli Studi di Milano, giugno 2015. <https://www.scuolapromuovesalute.it/wp-content/uploads/2020/09/SHE-Factsheet-3-IT.pdf>; ultimo accesso 2/2/2022.
39. European Network for Workplace Health Promotion. *Good practices in Workplace Health Promotion. Models of Good practice from companies of different sectors and size*. 2018. <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.workplace-health-promotion>; sezione sulle buone pratiche <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.good-practices>; ultimo accesso 2/2/2022.
40. World Health Organization, Regional Office for Europe. *One Health*. 2022. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/one-health>; ultimo accesso 2/2/2022.
41. National Institute for Health and Care Excellence. *Behaviour change: individual approaches*. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>; ultimo accesso 2/2/2022.





Il portale EpiCentro è uno strumento di lavoro che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mette a disposizione degli operatori di sanità pubblica con l'obiettivo di migliorare l'accesso all'informazione epidemiologica. Alla sua realizzazione partecipano Dipartimenti e Centri dell'ISS, in stretto collegamento con le Regioni, le aziende sanitarie, gli istituti di ricerca, le associazioni di epidemiologia, gli operatori di sanità pubblica.

EpiCentro è certificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come membro del Vaccine Safety Net.

The image is a collage of three screenshots from the EpiCentro website. The top screenshot shows the main dashboard with a 'SARS-CoV-2' banner, a 'Consulta i dati' section, and a 'Sorveglianze di popolazione' sidebar. The middle screenshot shows a 'Coronavirus' section with a 'SARS-CoV-2' banner, a 'Consulta i dati' section, and a 'News' section. The bottom screenshot shows a 'COVID-19: focus' section with various sub-topics like 'Gravidanza, parto e allattamento', 'Prevenzione e controllo delle infezioni', 'Stili di vita', 'Gestione dello stress', 'Dipendenza', 'Differenze di genere', and 'Flussi di dati a confronto'. The bottom left corner of the collage shows a sidebar with 'EpiCentro' logo, social media links, and a disclaimer.

Istituto Superiore di Sanità  
viale Regina Elena, 299  
00161 Roma  
Tel. 06 49904206  
ben@iss.it



ben  
bollettino  
epidemiologico  
nazionale

