

fumare: la prevalenza di ex fumatori è molto superiore tra gli uomini rispetto alle donne (27,2 per cento contro 12,5 per cento), anche perché sono gli uomini a fumare più delle donne. Con riferimento al livello di istruzione, tale prevalenza risulta significativamente più elevata nei maschi con istruzione media e sensibilmente più bassa nelle femmine con titolo di studio inferiore.

Fumo in gravidanza. Considerando gli effetti nocivi che il fumo produce sulla salute, il livello di prevenzione nei confronti degli individui più deboli dovrebbe essere molto elevato. Fin dalla gravidanza sono ben noti i danni che il fumo provoca sullo sviluppo fetale, determinando spesso la nascita di bambini sottopeso e costituendo un serio fattore di rischio per la salute del nascituro. Dall'indagine ISTAT 1999 su "Salute e ricorso ai servizi sanitari", è possibile trarre alcune informazioni sulle madri di bambini che nel 1999 avevano un'età compresa tra zero e cinque anni. Il 25,7 per cento di queste donne, cioè 625.000, aveva l'abitudine di fumare prima della gravidanza. Una volta concepito il bambino, il 62 per cento delle fumatrici ha sospeso il consumo di tabacco durante la gestazione, il 29,6 per cento ne ha diminuito la quantità quotidiana e soltanto il 7,4 per cento non ha modificato le proprie abitudini. La gravidanza, quindi, innesca molto spesso comportamenti responsabili negli stili di vita delle madri, anche se il 38,1 per cento delle donne che fumavano prima del concepimento continua a farlo in gravidanza, pur se talvolta in maniera ridotta. Nel Sud d'Italia le percentuali osservate sono più sfavorevoli; in particolare, l'Italia meridionale manifesta i valori peggiori: il 55,5 per cento delle gestanti smette di fumare in gravidanza, il 26,1 per cento diminuisce la quantità di sigarette fumate mentre il 17,3 per cento non modifica le proprie abitudini. Al contrario, le percentuali più favorevoli si osservano al Nord, in particolare nell'Italia nordorientale, dove il 70,5 per cento delle future mamme sospende il fumo, il 27,7 per cento ne diminuisce la quantità e soltanto l'1,8 per cento non modifica le proprie abitudini. Entrando un po' più nel dettaglio territoriale, si osserva come le due regioni in cui è più frequente sospendere l'assunzione di tabacco in gravidanza siano Marche (83,3 per cento) e Veneto (82,5 per cento), mentre le due regioni in cui tale comportamento è meno diffuso sono Lombardia (48,7 per cento) e Campania (42 per cento). Il livello di istruzione ha un ruolo importante nell'indurre la futura mamma a modificare i propri comportamenti: le donne laureate o diplomate smettono di fumare nel 68,3 per cento dei casi e non modificano le proprie abitudini soltanto nel 4,1 per cento. Le donne con licenza elementare o nessun titolo di studio, invece, sospendono il consumo di tabacco in gravidanza nel 33,2 per cento dei casi e in una percentuale analoga (31,1 per cento) non modificano le proprie abitudini.

Fumo passivo. Sebbene non espressamente indicato nei punti strategici del Piano sanitario, il fumo passivo è un elemento importante da considerare, soprattutto quando a esservi esposti sono soggetti più sensibili, come bambini, donne in gravidanza, anziani. Dai dati raccolti è possibile trarre qualche informazione sull'esposizione al fumo passivo in famiglia da parte di coloro che, pur non facendo uso di tabacco, convivono con fumatori. Più della metà (58,8 per cento) delle famiglie italiane non ha alcun fumatore al suo interno, mentre il 7,4 per cento delle famiglie è composto interamente da fumatori; quindi, più di sei famiglie su dieci (66,2 per cento) non hanno al loro interno alcun fumatore passivo. Sono 15 milioni 143 mila i fumatori passivi in famiglia, cioè il 26,5 per cento della popolazione. Tre quarti di loro (75,5 per cento) sono esposti al fumo di un

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3. Soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare (anni 1993-1999) (per 100 persone di 14 anni o più dello stesso sesso)

anni	soggetti che fumano			numero medio di sigarette fumate ogni giorno*			soggetti che hanno smesso di fumare		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
1993	35,1	16,4	25,4	16,7	11,9	15,1	26,5	12,4	19,2
1994	34,1	16,7	25,1	16,8	11,9	15,1	26,6	13,0	19,6
1995	33,9	17,2	25,3	16,6	11,6	14,8	27,4	13,1	20,0
1996	34,9	17,9	26,1	16,2	11,9	14,7	26,9	12,2	19,3
1997	33,1	17,3	24,9	16,0	11,8	14,5	27,5	13,6	20,3
1998	32,2	17,3	24,5	16,3	11,9	14,6	29,0	14,1	21,4
1999	32,4	17,1	24,5	16,3	12,1	14,7	27,2	12,5	19,6

* media calcolata sui fumatori di sigarette

Tabella 4. Soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare suddivisi per ripartizione geografica e sesso (anni 1997-1999) (per 100 soggetti di 14 anni o più dello stesso sesso e della stessa ripartizione geografica)

ripartizioni geografiche	anni	soggetti che fumano			numero medio di sigarette fumate ogni giorno*			soggetti che hanno smesso di fumare		
		maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Italia nordoccidentale	1997	34,8	18,9	26,5	15,7	11,7	14,2	27,9	14,8	21,1
	1998	30,3	17,8	23,8	15,8	12,3	14,4	30,1	15,9	22,7
	1999	32,4	16,5	24,2	15,8	11,9	14,4	28,3	14,3	21,0
Italia nordorientale	1997	28,0	17,5	22,6	14,9	11,3	13,4	31,3	16,2	23,5
	1998	28,9	18,6	23,5	15,2	11,0	13,5	31,5	17,0	24,0
	1999	28,4	18,1	23,1	14,7	11,1	13,2	28,5	15,1	21,6
Italia centrale	1997	32,9	19,5	25,9	16,0	11,8	14,3	27,7	13,6	20,4
	1998	33,6	20,8	27,0	16,4	12,2	14,7	29,7	15,7	22,4
	1999	31,9	20,3	25,8	16,5	12,7	14,9	29,3	13,4	21,0
Italia meridionale	1997	35,2	14,2	24,4	16,8	12,3	15,4	24,2	10,8	17,3
	1998	34,0	13,8	23,6	16,6	11,5	15,1	26,4	11,1	18,5
	1999	34,9	14,4	24,3	17,1	12,8	15,8	24,8	9,0	16,7
Italia insulare	1997	33,6	15,6	24,3	16,7	12,0	15,1	26,6	12,5	19,3
	1998	35,4	15,3	25,0	17,8	12,2	16,0	26,4	11,3	18,6
	1999	34,7	17,0	25,5	17,1	12,4	15,5	24,1	9,8	16,7

* media calcolata sui fumatori di sigarette

solo familiare, il 20,6 per cento è esposto al fumo di due familiari e il 3,8 per cento al fumo di tre o più persone.

Il 10,4 per cento dei fumatori passivi, cioè 1.577.000 individui, è composto da bambini di età compresa tra 0 e 4 anni, mentre il 17,2 per cento, cioè 2.612.000 individui, ha un'età compresa tra 6 e 14 anni; quindi più di un fumatore passivo su quattro (27,6 per cento) ha meno di 14 anni. Metà dei bambini da 0 a 5 anni (50,7 per cento) non è esposto al fumo passivo in famiglia e lo stesso avviene per poco meno di metà (48,9 per cento) dei bambini da 6 a 14 anni. Quindi, da 0 a 14 anni la metà dei bambini convive con almeno un fumatore. Tra gli individui di 15 anni o più la percentuale di coloro che convivono con fumatori è pari al 29,8 per cento. Tra i 4.189.000 bambini esposti in famiglia al fumo pas-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 5. Soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare suddivisi per sesso e titolo di studio (anno 1999) (per 100 soggetti di 14 anni o più dello stesso sesso e titolo di studio)

studio	soggetti che fumano			numero medio di sigarette fumate ogni giorno*			soggetti che hanno smesso di fumare		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
laurea	25,2	17,4	21,4	16,4	11,1	14,3	27,2	19,0	23,3
diploma superiore	31,3	21,0	26,1	15,4	12,0	14,0	22,9	13,9	18,4
licenza media	36,7	22,0	29,8	16,6	12,5	15,1	22,6	13,7	18,4
licenza elementare	28,6	9,7	17,3	16,6	11,9	15,0	39,2	9,3	21,3
o nessun titolo									

* media calcolata sui fumatori di sigarette

Tabella 6. Soggetti di 14 anni o più che fumano suddivisi per età, sesso e tipologia del comune di residenza (anni 1997-1999) (per 100 soggetti di 14 anni o più con le stesse caratteristiche)

classi di età	maschi				femmine				maschi e femmine			
	1997	1998	1999	centri di aree metropolitane 1999	1997	1998	centri di aree metropolitane 1999	1997	1998	1999	centri di aree metropolitane 1999	
14-17	11,5	9,2	10,3	15,8	5,9	6,6	6,6	5,3	8,8	8,0	8,4	10,4
18-24	34,8	35,7	35,3	30,6	17,3	20,2	19,8	19,2	26,0	27,9	27,8	24,9
25-44	40,7	39,6	39,3	42,6	25,5	25,4	24,4	26,3	33,1	32,5	31,9	34,7
45-64	35,2	34,1	35,3	38,8	18,2	18,0	18,3	22,	26,5	25,9	26,6	29,7
≥ 65	19,5	18,2	17,3	19,7	6,0	5,3	5,9	7,	11,6	10,6	10,6	12,5
totale	33,1	32,2	32,4	35,4	17,3	17,3	17,1	19,2	24,9	24,5	24,5	26,8

sivo, il 28,2 per cento è esposto al fumo di una sola persona, il 28,2 per cento al fumo di due persone e il 3,6 al fumo di tre persone o più. I dati mostrano una situazione peggiore tra i bambini rispetto ai fumatori passivi di 15 anni o più; infatti tra questi ultimi è più frequente l'esposizione a un solo fumatore (78,2 per cento) e meno frequente quella a due fumatori o più (21,8 per cento). Con il crescere dell'età, infatti, è maggiore la probabilità di vivere soli o in famiglie composte da un numero inferiore di componenti. Se 2,7 è il numero medio di componenti delle famiglie italiane, le famiglie con bambini da 0 a 14 anni hanno in media 3,9 componenti, mentre le famiglie senza bambini tra 0 e 14 anni hanno in media 2,2 componenti; dunque, più componenti ci sono in famiglia più è probabile che almeno uno di essi fumi. Se si analizzano in particolare i nuclei con figli (coppie o genitori singoli), che in Italia sono 11 milioni 679 mila, emerge che nel 59,1 per cento dei casi i genitori non fumano, nel 20,8 per cento fuma solo il padre, nel 9,8 per cento soltanto la madre e nel 10,2 per cento entrambi i genitori.

Con l'aumentare dell'età dei figli aumenta anche la percentuale di nuclei in cui nessuno dei genitori fuma: il 56 per cento quando il figlio minore ha tra 0 e 2 anni, il 48,4 per cento quando ha da 3 a 5 anni, il 52,7 per cento quando ha da 6 a 10 anni, il 52 per cento quando ha un'età compresa tra 15 e 19 anni, il 54,8 per cento nel caso di figli tra 15 e 19 anni, il 68,6 per cento se i figli hanno almeno 20 anni. Con il crescere dell'età dei figli i genitori invecchiano e tra loro diminuisce la percentuale di fumatori. Le dif-

ferenti propensioni a fumare in relazione al sesso e all'età influenzano quindi la probabilità che i bambini piccoli siano esposti a fumo passivo in famiglia. Con il crescere del titolo di studio dei genitori diminuisce la loro propensione a fumare e, quindi, i figli di genitori con titolo di studio più alto sono anche meno esposti a fumo passivo. Limitando l'analisi ai nuclei con bambini in età prescolare, si osserva che quando il titolo di studio dei genitori è rappresentato dalla laurea, nel 61,7 per cento dei casi nessuno dei due genitori fuma; se il titolo di studio è il diploma superiore la percentuale scende al 58,6 per cento; alla licenza media corrisponde il 45 per cento dei casi e quando i genitori hanno la licenza elementare o sono privi di titolo di studio i nuclei in cui nessun genitore fuma sono il 25,4 per cento.

Conclusione. Negli anni più recenti si sono osservati in Italia soltanto lievi segnali di diminuzione del consumo di tabacco, che tuttavia non riguardano le generazioni più giovani: gli adolescenti e i ragazzi non mostrano flessioni nella propensione ad acquisire l'abitudine al fumo. La situazione rimane sostanzialmente stabile e ancora lontana dagli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Di conseguenza, nei piani futuri sarà importante continuare a considerare la battaglia contro il fumo come uno degli elementi principali. Sarà inoltre importante non focalizzare l'attenzione soltanto sulla riduzione dei fumatori attivi, ma considerare espressamente anche le fasce di popolazione esposte al fumo passivo che maggiormente possono subirne le conseguenze, come nascituri, bambini, anziani, soggetti con disturbi respiratori eccetera. Nelle tabelle 3, 4, 5 e 6 sono riportati i dati riferibili a:

- soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare negli anni 1993-1999;
- soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare distribuiti per ripartizione geografica e sesso negli anni 1997-1999;
- soggetti di 14 anni o più che fumano o hanno smesso di fumare distribuiti per sesso e titolo di studio nell'anno 1999;
- soggetti di 14 anni o più che fumano distribuiti per età, sesso e tipologia del comune di residenza negli anni 1997-1999.

Il consumo di alcol

Il consumo di alcol è un'abitudine di vita quotidiana dal duplice risvolto. In un Paese come l'Italia, in cui le tradizioni vinicole sono ricche e di qualità, le bevande alcoliche, in particolare il vino, costituiscono un patrimonio culturale e conviviale; l'assunzione di alcol fa perciò parte delle consuetudini alimentari quotidiane ed è persino salutare se avviene in quantità moderate e durante i pasti. Numerosi studi epidemiologici hanno suggerito che una quantità modica bevuta durante il pasto, soprattutto se si tratta di vino rosso, ha effetti benefici per la salute, riducendo il rischio di malattie coronariche e di attacchi ischemici. La quantità che viene indicata come benefica per l'organismo è pari a 10 g di alcol assoluto al giorno, che corrispondono a circa un bicchiere di birra da 250 ml o a un bicchiere di vino da 125 ml.

Quando, però, ne viene fatto un uso inappropriato o eccessivo, l'alcol diviene un nemico della salute, sia fisica sia psichica. L'abuso di sostanze alcoliche provoca danni diretti all'organismo, come l'insorgenza di alcune malattie (cirrosi epatica, psicosi alcolica eccetera) e accresce il tasso di mortalità. Se protratto nel tempo, l'abuso di alcol crea dipendenza e, nei

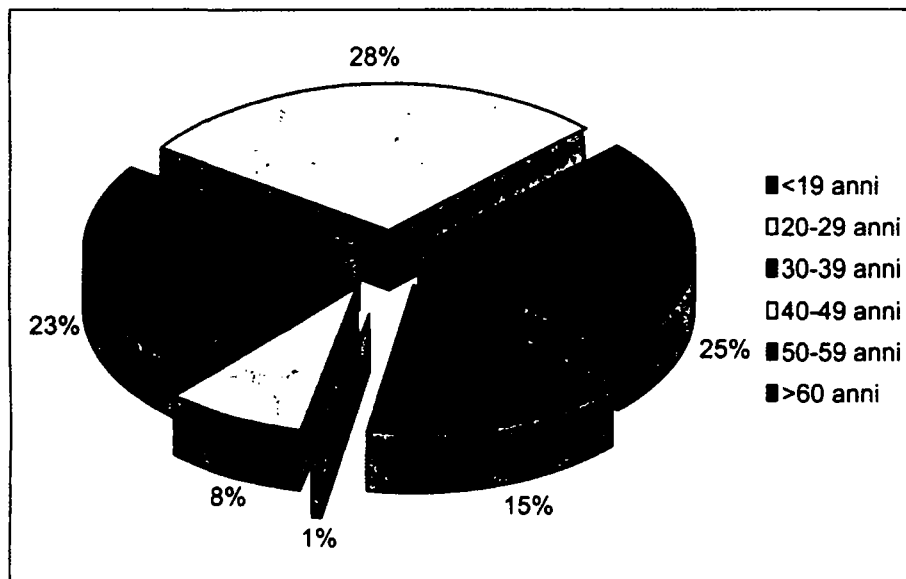


Figura 1.
Alcol-dipendenti
distribuiti
per fasce di età
(anno 1998).
Fonte: Ministero
della sanità -
Ufficio VI,
Rilevazione attività
nel settore
di alcol-dipendenza
(anno 1998)

casi più gravi, segna in senso negativo l'intera vita psichica e sociale dei soggetti interessati e dei loro familiari. Anche se occasionale, l'abuso di alcol costituisce inoltre un grave fattore di rischio associato a incidenti (stradali, domestici, lavorativi); in tal caso, il rischio riguarda sia chi si trova in stato di ebbrezza sia persone che ne rimangono coinvolte. Dati di fonte ISTAT indicano che nel 1997 2.437 incidenti stradali sono stati causati da guida in stato di ebbrezza, rappresentando l'1,7 per cento di tutti gli incidenti stradali; essi hanno provocato 79 morti e 3.710 feriti, pari, rispettivamente, al 2 per cento e all'1,8 per cento dei morti e dei feriti per incidenti stradali.

Di conseguenza, è necessario da un lato intervenire sui consumatori più accaniti di sostanze alcoliche, dall'altro accrescere la consapevolezza di tutti i cittadini sui rischi connessi all'abuso di alcol, anche se soltanto occasionale. Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000 si è posto, quindi, due obiettivi principali: la riduzione del 20 per cento della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 g/die di alcol per i maschi e i 20 g/die per le femmine; la riduzione del 30 per cento della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto. Per far questo sono necessari interventi diversificati: alcune misure sono analoghe a quelle adottate per il fumo (regolamentazione della pubblicità dei prodotti, esplicito riferimento sui prodotti ai possibili effetti dannosi, misure fiscali disincentivanti, campagne di sensibilizzazione); altre, invece, sono più specifiche e riguardano, per esempio, il controllo della qualità dei prodotti, il favorire e il sostenere processi di disassuefazione dall'alcol, il controllo dei livelli di concentrazione ematica di alcol quando si svolgono attività a rischio, in particolare la guida.

L'indagine ISTAT "Aspetti della vita quotidiana", svolta annualmente presso le famiglie, pur non consentendo la stima precisa dei grammi di alcol assunti quotidianamente, fornisce alcune indicazioni interessanti sulle abitudini degli italiani nei confronti delle bevande alcoliche. I dati esposti di seguito sono influenzati dalla percezione individuale degli intervistati e risentono della propensione degli individui a fornire risposte socialmente desiderabili. Essi forniscono tuttavia un quadro della propensione dei cittadini italiani a far uso di bevande alcoliche e delle modalità con cui queste vengono assunte. Per uno studio delle situazioni più problematiche, invece, si può attingere ai dati su incidenza e mortalità per patologie cor-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 7. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per ripartizione geografica che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999* (per 100 persone di 14 anni o più e della stessa area geografica)

ripartizioni geografiche	anni	vino	birra	altre bevande alcoliche**	alcolici fuori pasto	né vino né birra né alcolici fuori pasto
Italia nordoccidentale	1997	60,3	42,3	-	27,6	27,2
	1998	58,1	43,2	41,1	27,6	28,8
	1999	58,6	44,4	43,6	27,5	25,9
Italia nordorientale	1997	62,4	46,8	-	32,0	25,0
	1998	62,6	49,4	43,2	33,2	24,9
	1999	62,2	47,0	43,2	31,8	24,5
Italia centrale	1997	61,1	44,9	-	21,8	27,2
	1998	59,9	46,4	38,6	24,0	27,7
	1999	59,4	46,7	40,2	21,5	25,3
Italia meridionale	1997	56,9	51,5	-	18,1	27,5
	1998	53,7	49,9	38,9	21,1	30,6
	1999	53,0	48,8	38,0	16,5	31,7
Italia insulare	1997	49,2	50,5	-	21,0	32,3
	1998	45,9	48,4	32,2	18,9	34,9
	1999	47,2	46,7	34,8	18,8	34,9

* nel 1997 non sono stati rilevati dati relativi ad aperitivi alcolici, amari, superalcolici e liquori

** aperitivi alcolici, amari, superalcolici, liquori

relate al consumo di alcolici, sul ricorso ai servizi sociosanitari specifici e sugli incidenti stradali causati da stati di ubriachezza. Queste informazioni pongono l'abuso di alcol ai primi posti tra i problemi sociali oggetto del PSN.

Nel 1999 il 56,8 per cento dei soggetti di 14 anni o più dichiarava di bere vino almeno qualche volta l'anno. Il consumo di vino riguarda prevalentemente il sesso maschile (69,7 per cento contro il 44,8 per cento delle donne), e ciò vale anche per il consumo quotidiano (42,3 per cento per gli uomini e 18,6 per cento per le donne). In relazione all'evoluzione nel tempo, la quota di consumatori di vino risulta abbastanza stabile, anche se si osserva un aumento del consumo occasionale (dal 20,1 per cento del 1993 al 23,3 per cento del 1999) a discapito di quello quotidiano (dal 36,1 per cento al 30,1 per cento). I consumatori di vino sono soprattutto adulti (67,3 per cento nella classe di età di 45-54 anni) di entrambi i sessi (81,3 per cento di maschi, 53,7 per cento di femmine), ma il consumo quotidiano riguarda soprattutto i maschi, raggiungendo il 62,4 per cento tra i 55 e 74 anni, contro il 18,6 per cento delle donne. Come nel 1997 (6,1 per cento) e nel 1998 (5,5 per cento), anche nel 1999 (5,3 per cento) il consumo di vino superiore a 0,5 litri al giorno ha interessato una quota di popolazione contenuta e in calo, quasi interamente maschile (il 9,3 per cento degli uomini contro l'1,5 per cento delle donne). Si beve più vino al Nord, in particolare nel Nordest (62,2 per cento) e nel Centro Italia (59,4 per cento). Tra le regioni, il consumo è più diffuso in Valle d'Aosta (65,5 per cento), Emilia Romagna (64,6 per cento) e Marche (65,3 per cento); in Valle d'Aosta il 9,6 per cento della popolazione di 14 anni e più beve più di 0,5 litri di vino al giorno. La Sicilia (46 per cento) si distingue invece per un consumo meno diffuso.

Nel 1999 i bevitori di birra risultavano essere il 46,7 per cento della popolazione con età di 14 anni o più, di cui il 61,4 per cento uomini e il 33 per cento donne. La percentuale di con-

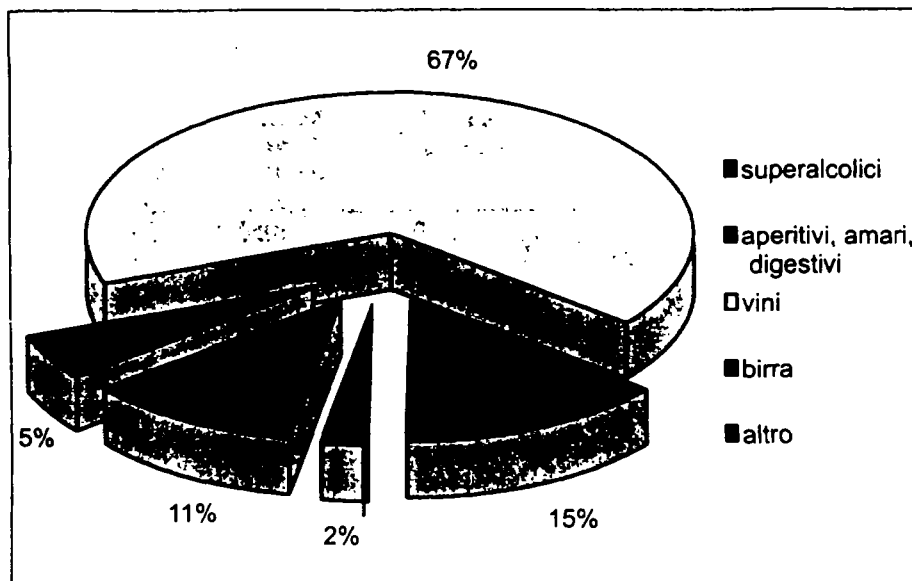


Figura 2.
Alcol-dipendenti distribuiti per bevanda alcolica di uso prevalente (anno 1998).
Fonte: Ministero della sanità - Ufficio VI, Rilevazione attività nel settore di alcol-dipendenza (anno 1998)

sumatori è rimasta pressoché immutata rispetto all'anno precedente, ma vi è stato un aumento crescente dal 1993 (42,6 per cento) in poi.

La percentuale della popolazione che dichiara di non consumare vino, birra e alcolici fuori pasto è pari al 27,9 per cento. Questa proporzione raggiunge il 40 per cento per le donne e scende al 14,9 per cento per gli uomini. Il consumo giornaliero riguarda solo una minima parte della popolazione (5,1 per cento), mentre prevale un consumo occasionale (25,2 per cento), in particolare tra i giovani di 18-34 anni, e un consumo stagionale (16,3 per cento), soprattutto tra gli adulti. Il consumo di birra è minore nell'Italia nordoccidentale (44,4 per cento) e maggiore nell'Italia meridionale (48,8 per cento), nei centri delle aree metropolitane (48,6 per cento) e nelle loro periferie (49,4 per cento). Le regioni in cui è più frequente il consumo di birra sono Friuli Venezia Giulia (52,1 per cento), Abruzzo (52,6 per cento), Puglia (51,1 per cento) e Calabria (50,8 per cento).

Il 27,2 per cento della popolazione di 14 anni o più beve almeno qualche volta l'anno aperitivi alcolici, il 29,7 per cento consuma amari e il 24,8 per cento superalcolici o liquori. L'abitudine a consumare tali bevande è molto più diffusa tra i maschi (39,1 per cento, 43,7 per cento e 37,5 per cento, rispettivamente) che tra le femmine (16,1 per cento, 16,7 per cento e 12,9 per cento, rispettivamente). Tra i consumatori di queste bevande, oltre la metà degli uomini e quasi tre quarti delle donne ne fa uso soltanto eccezionalmente.

La quota di popolazione che beve alcolici fuori pasto si è mantenuta abbastanza costante negli anni più recenti. Nel 1999 coloro che facevano uso di vino, birra, aperitivi alcolici, liquori e amari fuori pasto erano il 23,5 per cento della popolazione. Il consumo risulta differenziato tra i due sessi e tra le diverse classi di età: a esso ricorre il 35,2 per cento degli uomini contro il 12,7 per cento delle donne; è piuttosto diffuso tra i giovani per poi decrescere con l'aumentare dell'età (32,7 per cento tra i giovani di 18-19 anni, 32,4 per cento tra i giovani di 20-24enni). L'abitudine a bere alcolici fuori pasto è più accentuata nell'Italia settentrionale (31,8 per cento nel Nordest, 27,5 per cento nel Nordovest) e nei piccoli centri (29,9 per cento nei comuni con meno di 2.000 abitanti).

Ordinando province o regioni per abitudine dei soggetti che vi risiedono a bere alcolici fuori pasto, Bolzano (50,2 per cento) e Campania (11,3 per cento) sono ai due estre-

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 8. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per sesso e classi di età che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno nel 1999 (per 100 persone di 14 anni o più con caratteristiche comuni)

Sesso	classi d'età	vino	birra	altre bevande alcoliche*	alcolici fuori pasto	né vino né birra né alcolici fuori pasto
maschi	14-17	22,9	43,5	23,9	18,0	46,5
	18-24	48,7	69,8	55,2	39,3	18,4
	25-44	70,6	74,2	66,7	40,3	11,4
	45-64	80,6	61,3	60,3	36,7	11,0
	65 e più	75,9	33,9	34,2	24,0	18,0
	totale	69,7	61,4	55,8	35,2	14,9
femmine	14-17	15,3	27,3	17,6	12,8	60,7
	18-24	30,4	44,3	37,5	25,2	40,4
	25-44	45,1	46,1	34,9	15,4	35,8
	45-64	53,3	31,8	26,6	11,4	35,3
	65 e più	46,0	11,5	10,5	5,2	47,4
	totale	44,8	33,0	26,3	12,7	40,0
entrambi i sessi	14-17	19,0	35,3	20,7	15,4	53,7
	18-24	39,9	57,5	46,6	32,5	29,0
	25-44	57,9	60,2	50,9	27,9	23,5
	45-64	66,7	46,2	43,1	23,8	23,4
	65 e più	58,3	20,7	20,2	12,9	35,3
	totale	56,8	46,7	40,5	23,5	27,9

*aperitivi alcolici, amari, superalcolici, liquori

Tabella 9. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per sesso che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999 (per 100 persone di 14 anni o più)

anni		consuma vino	consuma oltre 0,5 l di vino al di	consuma 1-2 bicchieri di vino al di	consuma vino più raramente	consuma birra	consuma birra tutti i giorni	consuma birra più raramente	consuma birra solo stagionalmente
1997	maschi	71,9	10,7	35,4	22,6	61,5	8,4	30,0	23,0
	femmine	46,6	1,9	18,6	23,5	33,0	1,7	17,2	14,1
	totale	58,8	6,1	26,7	23,1	46,8	4,9	23,4	18,4
1998	maschi	70,3	9,7	34,4	23,0	62,3	8,0	31,0	23,3
	femmine	44,4	1,5	17,0	22,9	33,1	1,8	17,4	13,8
	totale	56,9	5,5	25,4	23,0	47,2	4,8	24,0	18,4
1999	maschi	69,7	9,3	33,0	23,8	61,4	8,7	32,1	20,6
	femmine	44,8	1,5	17,1	22,9	33,0	1,8	18,8	12,4
	totale	56,8	5,3	24,8	23,3	46,7	5,1	25,2	16,3

mi opposti. I giovanissimi (14-17 anni) bevono più frequentemente birra (35,3 per cento), aperitivi alcolici, liquori e altre bevande alcoliche (20,7 per cento) rispetto al vino (19 per cento) e lo stesso fenomeno si osserva per i ragazzi dai 18 ai 24 anni, che però assumono bevande alcoliche in misura maggiore (birra il 57,5 per cento, altre bevande alcoliche il 46,6 per cento, vino il 39,9 per cento). Sin da giovani non sono pochi coloro che bevono fuori pasto: il 20,7 per cento degli adolescenti tra 14 e 17 anni e ben il 46,6 per cento dei ragazzi tra 18 a 24 anni.

Il consumo di alcol di questi soggetti, quindi, è meno legato alle abitudini alimentari

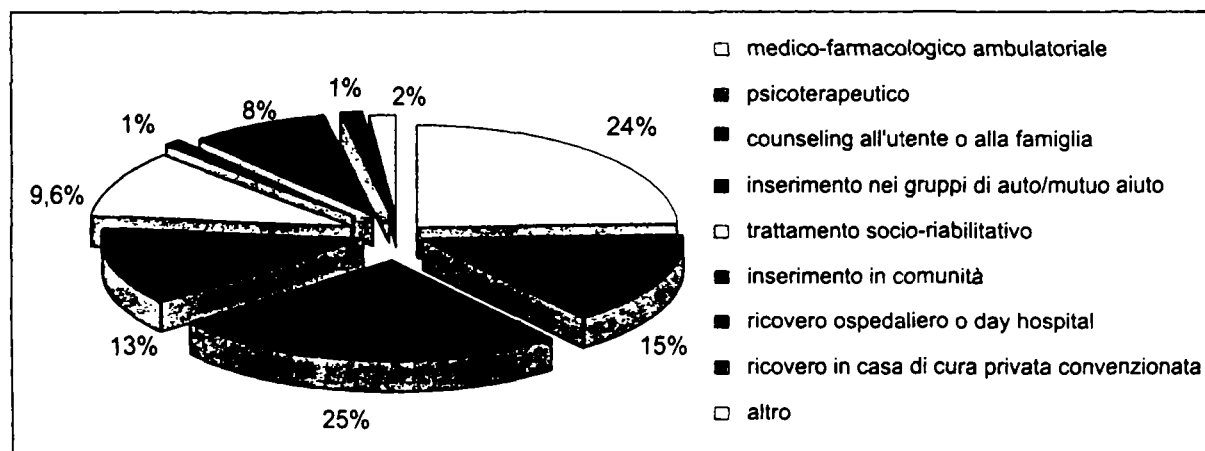


Figura 3. Utenti dei servizi o gruppi di lavoro suddivisi per programma di trattamento (anno 1998).

Fonte: Ministero della sanità - Ufficio VI, Rilevazione attività nel settore di alcol-dipendenza (anno 1998)

Tabella 10. Soggetti di 14 anni o più suddivisi per sesso che hanno consumato aperitivi alcolici, amari, superalcolici e liquori almeno qualche volta l'anno tra il 1998 e il 1999 (per 100 persone di 14 anni o più)

anni		consuma alcolici fuori pasto	consuma aperitivi, alcolici, amari, superalcolici o liquori	consuma aperitivi alcolici	consuma amari	consuma superalcolici o liquori	consuma almeno un bicchierino al di	consuma più raramente	consuma eccezzional- mente
1998	maschi	39,3	54,4	37,4	42,7	36,5	3,9	51,4	72,2
	femmine	12,5	25,6	15,4	16,4	12,4	0,8	29,9	82,3
	totale	25,4	39,4	26,0	29,1	24,0	2,9	44,2	75,6
1999	maschi	35,2	55,8	39,0	43,6	37,5	4,1	51,7	71,2
	femmine	12,7	26,3	16,1	16,8	12,9	1,9	30,5	81,3
	totale	23,5	40,5	27,2	29,7	24,8	3,3	44,6	74,6

quotidiane e avviene piuttosto fuori casa, al di fuori dei pasti, in occasioni sociali e di divertimento.

Analizzando i dati provenienti dalla rilevazione sulle attività nel settore di alcol-dipendenza, svolta dal Ministero della sanità nel 1998, è possibile ottenere indicazioni sull'assistenza fornita ai soggetti più deboli che si sono rivolti ai servizi sociosanitari per problemi legati all'abuso di alcol. Nel 1998 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 26.708 utenti alcol-dipendenti (20.567 maschi e 6.141 femmine), il 75,6 per cento dei quali aveva un'età compresa tra 30 e 59 anni (con età media di 46 anni). Tali soggetti hanno consumato più frequentemente come bevanda alcolica il vino (66,2 per cento), la birra (14,5 per cento) e i superalcolici (11,5 per cento), mentre rispettivamente il 5,9 per cento e il 7,2 per cento degli stessi soggetti hanno assunto anche sostanze stupefacenti o psicotrope e hanno abusato o assunto impropriamente farmaci. I trattamenti ai quali sono stati sottoposti nel 1998 erano per il 24,5 per cento di tipo medico-farmacologico in regime ambulatoriale, per il 24,8 per cento di counseling (all'utente o alla famiglia), per il 14,8 per cento di tipo psicoterapeutico e

Tabella 11. Distribuzione regionale degli utenti dei servizi o gruppi di lavoro rilevati nel 1998

regioni	nuovi utenti			utenti già in carico o rientrati			totale utenti		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Valle d'Aosta	27	12	39	20	13	33	47	25	72
Lombardia	2.307	790	3.097	2.535	938	3.473	4.842	1.728	6.570
Provincia autonoma di Bolzano	442	136	578	925	293	1.218	1.367	429	1.796
Provincia autonoma di Trento	527	92	619	1.068	194	1.262	1.595	286	1.881
Veneto	1.756	524	2.280	2.791	942	3.733	4.547	1.466	6.013
Friuli Venezia Giulia	1.359	319	1.678	693	208	901	2.052	527	2.579
Emilia Romagna	621	201	822	1.018	326	1.344	1.639	527	2.166
Toscana	653	245	898	1.095	383	1.478	1.748	628	2.376
Umbria	196	26	222	353	78	431	549	104	653
Marche	264	47	311	255	51	306	519	98	617
Abruzzo	119	22	141	36	12	48	155	34	189
Molise	71	16	87	112	30	142	183	46	229
Campania	187	23	210	185	24	209	372	47	419
Basilicata	72	15	87	65	19	84	137	34	171
Calabria	82	19	101	94	24	118	176	43	219
Sardegna	277	56	333	362	63	425	639	119	758
Italia	8.960	2.543	11.503	11.607	3.598	15.205	20.567	6.141	26.708

per il 12,6 per cento di inserimento in gruppi di autosoccorso. Per alcuni di questi utenti si è reso necessario il ricovero in strutture ospedaliere, principalmente per la sindrome da dipendenza da alcol, che ha riguardato il 64,7 per cento degli utenti in ricovero ospedaliero o day-hospital e il 71,1 per cento degli utenti di case di cura private convenzionate.

Nelle tabelle 7, 8, 9 e 10 sono riportati, rispettivamente, i dati riguardanti soggetti di 14 anni o più:

- suddivisi per ripartizione geografica che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999;
- suddivisi per sesso e classi di età che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno nel 1999;
- suddivisi per sesso che hanno consumato vino, birra e altre bevande alcoliche almeno qualche volta l'anno tra il 1997 e il 1999;
- suddivisi per sesso che hanno consumato aperitivi alcolici, amari, superalcolici o liquori almeno qualche volta l'anno tra il 1998 e il 1999.

Nella tabella 11 è riportata la distribuzione regionale degli utenti dei servizi o gruppi di lavoro rilevati nel 1998 e nelle figure 1, 2 e 3 gli stessi utenti distribuiti, rispettivamente:

- per fasce di età;
- per bevanda alcolica di uso prevalente;
- per programma di trattamento.

Nutrizione e abitudini alimentari

Nell'Europa comunitaria lo sviluppo politico e socioeconomico assicura oggi un'abbondante quantità di cibo e la speranza di vita è cresciuta in questo secolo anche in relazione a questa disponibilità.

Nonostante ciò, le conoscenze scientifiche attuali riconoscono che l'incidenza di molte patologie croniche è legata alla dieta e agli stili di vita e che l'alimentazione e la nutrizione costituiscono ancora uno dei più importanti determinanti di salute.

In particolare, si stima che in Europa i fattori nutrizionali e l'inattività fisica siano implicati:

- nel 30-40 per cento dei tumori;
- in almeno un terzo delle morti premature dovute a malattie cardiovascolari;
- nell'epidemia di obesità e sovrappeso, che è a sua volta causa di diabete mellito negli anziani, di malattie cardiovascolari, di alcuni tipi di tumore e di morti premature;
- nell'osteoporosi e nelle sue conseguenze, comprese le fratture del femore negli anziani.

I fattori dietetici sono anche legati alle carie dei denti, alla carenza di ferro e ai disturbi dovuti al deficit di iodio.

Il tradizionale modello mediterraneo del nostro Paese, basato in larga prevalenza sul consumo di alimenti di origine vegetale, è oggi considerato dal mondo scientifico come la migliore espressione di un sano regime alimentare e pertanto la sua composizione viene assunta come indice di riferimento per le raccomandazioni nutrizionali rivolte alle popolazioni di tutti i Paesi industrializzati. L'adozione di ritmi di vita più frenetici, ma meno dispendiosi sul piano energetico, che ha fatto seguito all'evoluzione tecnologica delle società occidentali, ha portato mediamente la popolazione italiana a un progressivo distacco da questo modello. L'obiettivo da tempo prefissato, pertanto, è quello di pervenire a un suo soddisfacente recupero. L'attuale profilo dei consumi alimentari mostra un avvicinamento agli standard alimentari raccomandati rispetto al recente passato, ma occorre proseguire con i programmi di intervento per migliorare ulteriormente la situazione.

La nutrizione attuale degli italiani (anche in connessione con attività motoria e obesità) non si discosta molto, in media, dalle raccomandazioni proposte. In sintesi si può affermare che:

- il livello di attività fisica è sicuramente inferiore a quello raccomandato, pari a 60-80 minuti di cammino al giorno;
- l'indice di massa corporea, pari a 25,1 per le donne e 26,2 per gli uomini, è superiore a quello raccomandato;
- la percentuale di energia derivante dai grassi è pari al 33,9 per cento, di poco superiore al 30 per cento raccomandato;
- la percentuale di energia da grassi saturi è pari al 10,4 per cento, praticamente pari alla percentuale raccomandata;
- la percentuale di energia da carboidrati è pari al 46,9 per cento, inferiore al 55 per cento raccomandato (quella da zuccheri è pari al 15 per cento, superiore alla percentuale raccomandata);
- la percentuale di energia da proteine è pari al 16,1 per cento, superiore alla quantità raccomandata;
- il consumo di frutta e verdura è pari a 465 grammi al giorno ed è in linea con la raccomandazione al riguardo;
- l'assunzione di fibre alimentari è di 19,7 grammi al giorno, inferiore ai 25 per cento raccomandato;

- il consumo di sodio (sale) supera i 10 grammi al giorno ed è superiore al livello raccomandato;
- l'allattamento esclusivo al seno per almeno 6 mesi è praticato per periodi più brevi e spesso in modo non esclusivo.

Un elemento positivo per l'Italia è dato dal fatto che l'influenza della tradizione ha frenato l'ampia diffusione del modello alimentare basato sul pasto veloce, consumato rapidamente, ricco di grassi animali e povero di frutta e verdura, come invece è già avvenuto in altri Paesi industrializzati, Stati Uniti in particolare.

Per quanto concerne le attuali abitudini alimentari a livello nazionale, l'indagine multiscopo 1999 condotta dall'ISTAT, fa rilevare, relativamente ai pasti principali, che il 69,3 per cento degli uomini e il 73,4 per cento delle donne conferiscono una maggiore importanza al pranzo rispetto alla cena (uomini: 23,1 per cento; donne 18,3 per cento).

L'importanza del pranzo diminuisce nella fascia di età compresa tra 20 e 54 anni per gli uomini e tra 18 e 54 per le donne. Nella fascia d'età tra 20 e 59 anni per gli uomini e tra 18 e 54 anni per le donne l'importanza della cena è maggiore rispetto alla media generale.

È poi da evidenziare l'aumento di interesse che si registra verso la prima colazione, soprattutto da parte dei giovani e delle donne.

In relazione ai piatti consumati, le maggiori preferenze sono rivolte agli alimenti a base di cereali, come il pane, la pasta e il riso: almeno uno di questi viene consumato giornalmente dal 90,3 per cento degli uomini e dall'87,2 per cento delle donne.

Riguardo agli altri alimenti vegetali, vengono consumati almeno una volta al giorno:

- frutta, dal 73,8 per cento degli uomini e dal 78,9 per cento delle donne;
- verdure, dal 43,5 per cento degli uomini e dal 52 per cento delle donne;
- ortaggi, dal 37,4 per cento degli uomini e dal 44,2 per cento delle donne.

Poco più della metà della popolazione assume pesce qualche volta la settimana (54,1 per cento degli uomini e 54,4 delle donne), mentre per il latte e i formaggi l'assunzione giornaliera è maggiore tra le donne (rispettivamente, 64,6 per cento e 30,9 per cento) che tra gli uomini (rispettivamente, 57,1 per cento e 30,7 per cento).

Se si tengono presenti le indicazioni dei LARN (Livelli di assunzione di energia e nutrienti per la popolazione italiana, revisione 1996), il numero di porzioni da consumare giornalmente per quanto riguarda i gruppi latte e derivati, ortaggi e frutta e per il pesce (inserito all'interno del gruppo carni, pesci, uova) risulta essere il seguente:

- 2,5 porzioni del gruppo latte e derivati (latte o yogurt: 2 porzioni giornaliere; formaggio fresco o stagionato: 0-1 porzioni giornaliere);
- 4-8 porzioni del gruppo ortaggi e frutta (2-4 tra insalate e ortaggi e 2-4 tra frutta o succo di frutta);
- 2-3 porzioni di pesce alla settimana.

Dal confronto tra i dati di consumo e le raccomandazioni appare quindi importante evidenziare che:

- per quanto riguarda gli uomini, non assume frutta tutti i giorni il 26,2 per cento; ortaggi il 62,6 per cento; verdure il 56,5 per cento; per quanto riguarda le donne, non assume giornalmente frutta il 21,1 per cento, ortaggi il 55,8 per cento, verdure il 48 per cento;
- il 35,4 delle donne e il 42,9 per cento degli uomini non assumono latte almeno una volta al giorno;
- quasi la metà della popolazione non assume pesce nelle quantità auspicabili.

Un altro fattore che incide sulle abitudini e sui consumi alimentari è dato dalla frequenza con la quale attualmente una consistente parte della popolazione, per varie ragioni, consuma una parte importante della sua razione alimentare al di fuori dell'ambiente domestico. Un'influenza considerevole su tale abitudine è esercitata dall'appartenenza a particolari classi di età e determinate aree geografiche e soprattutto dal tipo di attività svolta (lavorativa o scolastica).

I dati dell'ISTAT attestano che pranza in casa il 70,7 per cento degli uomini e l'82,4 per cento delle donne.

Se si considera il numero di persone che pranzano in mensa, al ristorante o in trattoria, al bar o sul posto di lavoro, risultano pranzare fuori casa il 22,8 per cento degli uomini e l'11,7 per cento delle donne.

Appare quindi necessaria l'adozione di iniziative dirette a:

- aumentare la consapevolezza da parte della popolazione dell'importante contributo che è in grado di fornire una sana alimentazione;
- intensificare i programmi di educazione alimentare finalizzati a sviluppare un orientamento critico e consapevole da parte dei consumatori nei riguardi sia delle scelte sia dei comportamenti alimentari;
- promuovere la conoscenza della qualità e della composizione nutrizionale dei prodotti alimentari.

Altri interventi devono essere rivolti ai settori produttivi, per favorire la produzione e la disponibilità di alimenti con un elevato standard qualitativo e in grado di facilitare il conseguimento degli standard nutrizionali raccomandati.

Appaiono inoltre utili iniziative dirette a promuovere la qualità della ristorazione collettiva e l'adeguatezza nutrizionale dei pasti serviti.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000, nel promuovere l'adozione del modello mediterraneo, ha fissato specifici obiettivi nutrizionali da conseguire per quanto riguarda la presenza di grassi, carboidrati e sale nella razione alimentare. Al riguardo prevede, con riferimento alla popolazione adulta:

- per i grassi un contributo all'apporto energetico giornaliero non superiore al 30 per cento e per i grassi saturi inferiore al 10 per cento;
- per i carboidrati un contributo all'apporto energetico giornaliero superiore al 55 per cento e per la frazione degli zuccheri inferiore al 10 per cento;
- per il sale da cucina un'assunzione giornaliera massima inferiore a 6 g.

Tra gli altri obiettivi nutrizionali da conseguire correlati a quelli espressamente delineati dal PSN, vi sono i seguenti:

- per quanto riguarda il consumo di grassi, largo privilegio da accordare ai grassi monoin saturi, in piena armonia con la tradizione mediterranea, dove l'olio di oliva rappresenta un elemento caratterizzante;
- per quanto riguarda i grassi polinsaturi, una tendenziale riduzione del rapporto tra quelli della serie omega-6 (di cui è precursore l'acido linoleico) e quelli della serie omega-3 (di cui è precursore l'acido alfa-linolenico), in modo da giungere a un rapporto più vicino a quello attualmente raccomandato (4-5:1 tra acido linoleico e grassi polinsaturi omega-3);
- una quantità giornaliera di colesterolo non superiore a 300 mg per l'adulto e a 100 mg/1000 kcal nel bambino;
- un consumo medio di fibre alimentari non inferiore ai 30 g, quale espressione di un suf-

- ficiente consumo di frutta, verdura e legumi da parte della popolazione, capace anche di fornire un valido contributo al soddisfacimento del fabbisogno di vari micronutrienti;
- eliminazione della malnutrizione per difetto; al riguardo, in riferimento al gozzo e ad altre manifestazioni da carenza di iodio ancora endemiche in varie zone del territorio nazionale, appare opportuno promuovere il consumo di sale da cucina arricchito con iodio.

Occorre poi considerare che, a fianco e a complemento delle iniziative nazionali, un importante contributo può essere dato anche da interventi regionali mirati alla peculiare realtà locale, soprattutto dove questa si discosti significativamente dalla media nazionale. Nel caso dell'olio di oliva, per esempio, il dato relativo al consumo medio risulta elevato ma non esprime le differenze che si registrano a livello territoriale, dato che nella gran parte delle regioni del Nord il numero di consumatori è più basso.

Per quanto i disturbi da carenza di iodio è stato avviato un disegno di legge per la promozione del consumo di sale arricchito con iodio.

In definitiva, il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PSN in materia di alimentazione e più in generale dell'obiettivo di "un'alimentazione progressivamente corrispondente agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici" richiede l'attuazione di varie iniziative nelle direzioni precedentemente indicate. In particolare, alla luce della situazione attuale, appare opportuna un'intensificazione degli interventi volti alla riduzione dell'obesità e alla sua prevenzione a partire dall'infanzia, dato che il bambino obeso ha molte probabilità di restare tale anche in età adulta.

Sovrappeso e obesità

L'obesità rappresenta un importante fattore di rischio per la salute di un individuo. A un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, si possono associare soprattutto complicanze cardiovascolari o dell'apparato muscoloscheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, malattie del fegato o della colecisti, cancro e ipertensione. La sua insorgenza si ritiene imputabile a fattori di tipo genetico o fisiologico, che concorrono o interagiscono con altri di tipo comportamentale o ambientale: scorrette abitudini alimentari, spesso associate a stili di vita sedentari, possono accrescere il rischio che si sviluppi obesità, in particolare tra i soggetti che già presentano una predisposizione genetica.

Pertanto, uno degli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e condiviso da molti altri Paesi sviluppati si propone di controllare e contrastare il fenomeno, favorendo azioni di prevenzione sugli stili di vita per ridurre la prevalenza di individui obesi. A fini epidemiologici, un buon criterio diagnostico per conoscere la diffusione dell'obesità in vasti gruppi di popolazione è rappresentato dall'indice di massa corporea (IMC) (Body mass index, BMI), proposto da Quetelet nel 1868. L'IMC è un indice ponderostaturale dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, e il quadrato della sua statura, espressa in metri.

Il valore soglia dell'IMC adottato per stabilire se un individuo possa considerarsi obeso è pari a 30, secondo i criteri stabiliti dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). La classificazione dell'OMS distingue inoltre l'obesità in tre livelli: di primo grado o lieve (IMC fino a 34,997; di secondo grado o moderata (IMC da 35 a 39,99); di terzo grado o grave (IMC con un valore di 40 o più).

Fonti informative. Le indagini HIS (Health interview survey), attualmente disponibili a

livello nazionale sul peso e la statura degli italiani, consistono in dati autodichiarati dagli intervistati derivanti da indagini ISTAT a campione, effettuate tramite interviste. Il limite di tali fonti è che l'autodichiarazione comporta una sovrastima dell'altezza e una sottostima del peso, anche se a livello medio i dati ottenuti sono confrontabili con la mediana della popolazione e sono comunque ben utilizzabili come stima del valore vero.

Le stime derivanti dai primi due trimestri dell'indagine multiscopo su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1999/2000, considerando la classificazione dell'OMS nelle quattro classi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità (sottopeso valori di IMC inferiori a 18,5, normopeso valori di IMC compresi tra 18,5 e 24,99, sovrappeso valori di IMC compresi tra 25 e 29,99 e obesità valori di IMC ≥ 30), mettono in luce che la maggioranza degli adulti italiani, pari al 53,8 per cento, è in una condizione di normopeso, un adulto su tre risulta essere sovrappeso (33,4 per cento), il 9,1 per cento è obeso e il restante 3,6 per cento in condizioni di sottopeso.

Mentre l'obesità interessa nella stessa misura uomini e donne, per il sovrappeso sono sensibili le differenze di genere: il 42 per cento dei maschi contro il 25,7 per cento delle donne; e ancor più rilevanti sono le differenze per il sottopeso: oltre l'86 per cento è rappresentato da donne, soprattutto giovani.

Eccesso di peso. Emerge che oltre 4 milioni sono le persone adulte obese in Italia, con un incremento stimato del 25 per cento rispetto al 1994, tendenzialmente in linea con gli incrementi registrati in altri Paesi europei (per la Spagna l'incremento 1993-1997 è stato pari al 30 per cento). Non si registra alcun aumento dei soggetti sovrappeso rispetto al 1994, che sono oltre 15 milioni tra i maggiorenni, ma in termini di prevalenza l'Italia presenta livelli molto bassi di sovrappeso rispetto agli altri Paesi europei.

Con il crescere dell'età la quota di soggetti obesi aumenta. Sono poco meno del 2 per cento i giovani (18-24 anni) che presentano un eccesso di peso ponderale, ma il fenomeno acquista particolare rilevanza intorno all'età di 50 anni: il tasso di prevalenza subisce un evidente salto, raggiungendo complessivamente circa il 13 per cento nella fascia di età tra 45 e 54 (per le donne il tasso di obesità tra 45 e 54 anni addirittura raddoppia rispetto alla fascia di età immediatamente precedente), arriva al valore massimo del 15 per cento per i soggetti tra 55 e 64 anni e si attesta al 12,4 per cento per gli anziani di 65 anni o più.

Anche i soggetti sovrappeso presentano una relazione diretta tra eccesso di peso ed età: tra i giovani di 18-24 anni la percentuale è di circa il 13 per cento (per i maschi quasi il 18 per cento), triplicandosi nelle fasce di età critiche intorno a 50 anni, fino a raggiungere livelli massimi del 45 per cento tra gli anziani di 65-74 anni.

Tassi di sovrappeso elevati sono stati riscontrati anche in alcuni studi osservazionali sugli anziani condotti in Italia, ma ciò potrebbe essere dovuto al fatto che l'IMC non sembra appropriato a misurare il fenomeno in queste fasce di popolazione, per la riduzione di statura che si verifica a causa dell'età (incurvamento della colonna vertebrale o schiacciamento delle vertebre). La soluzione potrebbe essere ricercata ipotizzando una diversa classificazione adattata alle classi anziane.

Distribuzione. Sul territorio emergono differenze passando da Centro-Nord al Sud del Paese (il confronto è stato effettuato con dati depurati dalla diversa distribuzione per età delle diverse zone geografiche). Ai tassi standardizzati del Meridione, con valori di obesità dell'11 e 12 per cento, rispettivamente per maschi e femmine, si contrappongono tassi corrispondenti del 7,7 per cento e del 7,5 per cento rilevati nel Nordovest.

Tabella 12. Soggetti di 18 anni o più suddivisi per indice di massa corporea, classi di età e sesso (settembre-dicembre 1999)*

classi di età	sottopeso	normopeso	indice di massa corporea sovrappeso	obesità	totale	popolazione (in migliaia)
maschi						
18-24	3,1	77,5	17,7	1,7	100	2.516
25-34	1,3	61,3	32,9	4,4	100	4.460
35-44	0,3	46,9	44,5	8,3	100	4.408
45-54	0,5	36,1	49,7	13,8	100	3.753
55-64	0,5	34,6	50,5	14,5	100	3.253
65-74	0,7	33,9	52,2	13,2	100	2.582
75 anni o più	3,2	44,3	44,3	8,1	100	1.552
totale	1,1	47,9	41,8	9,1	100	22.525
femmine						
18-24	17,8	72,6	7,8	1,8	100	2.387
25-34	10,5	74,7	11,9	2,9	100	4.395
35-44	4,5	69,4	20,3	5,8	100	4.349
45-54	2,4	54,9	30,0	12,8	100	3.862
55-64	1,9	44,9	37,9	15,3	100	3.422
65-74	1,8	45,4	38,6	14,2	100	3.186
75 anni o più	5,8	46,9	35,2	12,1	100	2.728
totale	6,0	59,2	25,7	9,1	100	24.329
maschi e femmine						
18-24	10,3	75,1	12,9	1,7	100	4.904
25-34	5,9	67,9	22,5	3,7	100	8.855
35-44	2,4	58,1	32,5	7,1	100	8.757
45-54	1,4	45,6	39,7	13,3	100	7.615
55-64	1,2	39,9	44,0	14,9	100	6.675
65-74	1,3	40,2	44,7	13,7	100	5.768
75 anni o più	4,8	46,0	38,5	10,7	100	4.280
totale	3,6	53,8	33,4	9,1	100	46.854

* quozienti per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso

Una chiave di lettura di tale divario potrebbe riscontrarsi nell'elevata correlazione tra tasso di obesità e condizioni socioeconomiche meno favorevoli e tra eccesso di peso e bassi livelli di istruzione.

Fattori predisponenti. L'obesità e il sovrappeso, sono inversamente correlati al titolo di studio conseguito. Tra gli adulti con titolo di studio medio-alto (diploma o laurea) la percentuale degli obesi è pari al 4,5 per cento, mentre sale al 15 per cento tra gli adulti che possiedono al massimo la licenza elementare o nessun titolo; tali differenze persistono anche effettuando l'analisi nelle varie fasce di età.

Il fenomeno è più accentuato tra le donne. Si mette in luce infatti che il rischio per una donna con basso titolo di studio di diventare obesa è 3-4 volte superiore alla sua pari diplo-