



ARS TOSCANA  
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



[www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it)

Comportamenti e stili di vita a rischio in Toscana

# COMPORAMENTI E STILI DI VITA A RISCHIO: IL QUADRO INTERNAZIONALE, ITALIANO E TOSCANO

Documenti  
ARS Toscana

novembre 2020 **109**



**COMPORTAMENTI  
E STILI DI VITA A RISCHIO:  
IL QUADRO  
INTERNAZIONALE,  
ITALIANO E TOSCANO**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Mario Braga

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498  
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

# **COMPORAMENTI E STILI DI VITA A RISCHIO: IL QUADRO INTERNAZIONALE, ITALIANO E TOSCANO**

## **Coordinamento**

Fabio Voller

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Autori**

Sonia Paoli

Università degli Studi di Firenze

Dipartimento di Scienze della Salute

Alice Berti

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Fabio Voller

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Elaborazione immagini e impaginazione**

a cura di Caterina Baldocchi, Elena Marchini

PO Soluzioni web, data visualization e documentazione scientifica

Agenzia regionale di sanità della Toscana



# INDICE

|                                                       |      |     |
|-------------------------------------------------------|------|-----|
| INTRODUZIONE                                          | pag. | 7   |
| IL DOCUMENTO IN SINTESI                               |      | 9   |
| <b>1. FUMO DI SIGARETTA E E-CIG</b>                   |      | 13  |
| 1.1 Introduzione                                      |      | 15  |
| 1.2 <i>Global Burden of Disease</i>                   |      | 19  |
| 1.3 Il consumo di tabacco in Europa, Italia e Toscana |      | 22  |
| 1.4 Conclusioni                                       |      | 49  |
| <b>2. IL CONSUMO DI ALCOL</b>                         |      | 51  |
| 2.1 Introduzione                                      |      | 53  |
| 2.2 <i>Global Burden of Disease</i>                   |      | 59  |
| 2.3 Il consumo di alcol in Europa, Italia e Toscana   |      | 59  |
| 2.4 Conseguenze di salute                             |      | 90  |
| 2.5 Conclusioni                                       |      | 93  |
| <b>3. L'ALIMENTAZIONE</b>                             |      | 95  |
| 3.1 Introduzione                                      |      | 97  |
| 3.2 <i>Global Burden of Disease</i>                   |      | 102 |
| 3.3 L'alimentazione in Europa, Italia e Toscana       |      | 103 |
| 3.4 Conclusioni                                       |      | 175 |
| 3.5 Focus: sovrappeso e obesità                       |      | 177 |
| <b>4. ATTIVITÀ FISICA E TEMPO LIBERO</b>              |      | 201 |
| 4.1 Introduzione                                      |      | 203 |
| 4.2 <i>Global Burden of Disease</i>                   |      | 208 |
| 4.3 L'attività fisica in Europa, Italia e Toscana     |      | 208 |
| 4.4 Conclusioni                                       |      | 247 |
| <b>5. ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE</b>                |      | 249 |
| 5.1 Introduzione                                      |      | 251 |
| 5.2 Tipi di droghe                                    |      | 258 |
| 5.3 <i>Global Burden of Disease</i>                   |      | 261 |
| 5.4 Conseguenze di salute                             |      | 301 |
| 5.5 Conclusioni                                       |      | 303 |

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| <b>6. IL GIOCO D'AZZARDO</b>                       | 305 |
| 6.1 Introduzione                                   | 307 |
| 6.2 Il gioco d'azzardo in Europa, Italia e Toscana | 309 |
| 6.3 Conclusioni                                    | 330 |

---

# INTRODUZIONE

In tempi moderni la società ha acquisito una crescente consapevolezza sull'importanza della salute intesa come globale condizione di benessere. L'OMS nel 1948 ha specificato che la salute è “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, sottolineando che anche condizioni esterne al corpo contribuiscono ad ottenere questa condizione. La celebre dichiarazione di Alma Ata del 1978, dove si affermò che la salute è un diritto basato sui principi di equità e sulla partecipazione della comunità, è stata la pietra miliare che ha allargato la visione di salute aldilà dell'ambito ospedaliero e del rapporto medico-paziente per comprendere il ruolo sociale, politico ed economico di un Paese; si è pertanto evidenziato che per avere condizioni accettabili di salute è necessario che gli Stati applichino delle strategie che permettano equità, giustizia e accesso a tutti gli individui.

Di recente la definizione dell'OMS è stata sottoposta a critiche per l'eccessiva enfasi data dalla parola “completo” in relazione al benessere; questa definizione di salute sembra contribuire, anche se non intenzionalmente, ad auto-definirsi “malati” la maggior parte del tempo (considerando anche l'avanzamento degli anni e l'aumento costante dei malati cronici che grazie alle cure vivono in modo accettabile) e a ipermedicalizzare situazioni che non lo richiederebbero. Nel corso dei lavori di una Conferenza Internazionale [1] svoltasi a L'Aia (Olanda) il 10 e 11 dicembre 2009 è emerso che la definizione dell'OMS non sarebbe più aggiornata e adatta allo scopo, pertanto è stato proposto di sostituire la storica definizione di salute con la “capacità di adattarsi ed autogestirsi”, una formulazione più dinamica basata sulla resilienza o sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere. Molti sono infatti i fattori che incidono sullo stato di salute: biologici (propri di ciascun individuo), socioculturali (il grado di istruzione, le condizioni di lavoro e abitative, l'ambiente) e comportamenti individuali. In alcuni casi questi ultimi sono il fattore più importante per determinare l'insorgenza di una malattia o permettere la prosecuzione di una vita in salute. Con l'aumento dei casi di malattia cronica (tumori, diabete, malattie cardiovascolari) si fa sempre più strada il concetto di prevenzione primaria (che consiste nella riduzione dei fattori di rischio che possono favorire la nascita delle malattie) attraverso l'adozione di stili di vita adeguati; è possibile, infatti, ridurre il rischio di molte patologie adottando abitudini salutari come evitare il fumo, limitare il consumo di alcol, alimentarsi correttamente e svolgere una corretta attività fisica. Importantissimo anche combattere le dipendenze, che colpiscono la sfera fisica e psicologica, come le sostanze d'abuso e, allargando il

concetto, attività pericolose, come il gioco d'azzardo, che si associano spesso ad altre dipendenze (come alcol e droghe).

Esistono infatti differenze per attività fisica e consumo alimentare, di alcol e fumo, di sostanze, così come in Paesi diversi esiste un diverso approccio (anche legislativo) al gioco d'azzardo. Mantenere delle sane abitudini e un corretto stile di vita contribuirebbero a raggiungere un livello di salute sempre migliore.

**In collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Firenze, ARS Toscana torna a fare il punto della situazione sulla ricerca** internazionale, nazionale e regionale che studia i comportamenti e le abitudini riferibili agli stili di vita, che in questo documento vengono trattati fornendo i dati statistici disponibili e provenienti da tutte le varie fonti di dati, tentandone una ricomposizione ed una interpretazione integrata.

*Fabio Voller, Coordinatore  
Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia regionale di sanità della Toscana*

*Guglielmo Bonaccorsi  
Professore associato di Igiene e Medicina Preventiva  
Dipartimento di Scienze della Salute  
Università degli Studi di Firenze*

# IL DOCUMENTO IN SINTESI

## Fumo

Nel primo capitolo si affronta il consumo di Tabacco. In Europa la prevalenza di consumo di tabacco è la più alta, rispetto alle regioni OMS, soprattutto tra gli adulti (28%). Italia, la maggioranza degli adulti non fuma (57%) o ha smesso di fumare (18%), ma 1 italiano su 4 fuma (25%)<sup>1</sup>. Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. Si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi ogni anno siano attribuibili in qualche modo al fumo. In Toscana abbiamo dati simili, anche se la percentuale degli ex fumatori sulla popolazione residente è più alta rispetto alla media italiana. L'ostacolo principale per smettere di fumare, una volta iniziato, è l'apporto di nicotina contenuta nelle sigarette che crea piacere e rilassatezza e determina dipendenza; tuttavia un ruolo importante è dato anche dalla spinta sociale e dai pari. In adolescenza è ancora abbastanza frequente considerare un coetaneo fumatore come più grande o più popolare, ed è forte lo spirito di emulazione per non essere esclusi dal gruppo. L'adolescenza, di conseguenza, è anche il periodo in cui buona parte dei fumatori comincia con le prime sigarette, situazione che rende evidente l'importanza degli interventi educativi che coinvolgono le famiglie, le scuole e tutti i luoghi di aggregazione.

## Alcol

Nel secondo capitolo si affronta il consumo di alcol. L'abuso di alcol è correlato ad almeno 60 patologie e produce danni a chi beve e anche al contesto in cui vive il bevitore; ne risente la famiglia perché favorisce comportamenti violenti, abusi, abbandoni, incidenti sul lavoro e sulla strada che vanno a diminuire il funzionamento globale dell'individuo e la capacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili. In Europa la situazione è molto variegata, con Paesi che fanno largo consumo di alcol (soprattutto i Paesi dell'Est Europa) mentre per altri il consumo è molto più ridotto. In Italia per tradizione si consuma spesso un bicchiere di vino a tavola, ma questa abitudine ci rende comunque più virtuosi degli altri paesi europei, che hanno pattern di consumo più pericolosi e ricorrono spesso ai superalcolici. Tuttavia nuove modalità associate al bere (come il "*Binge drinking*", ovvero il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione) si stanno facendo strada, soprattutto tra gli adolescenti, anche in Italia. Tra gli adulti più della metà consuma abitualmente bevande alcoliche ma solo una su sei ne fa un consumo più rischioso<sup>1</sup>; in Toscana la

1 Dati PASSI 2015-2018

situazione è simile alla media del Paese, sebbene la prevalenza di consumo abituale elevato sia lievemente maggiore (circa il 5% contro meno del 4%). Anche in questa area di intervento sono possibili molti miglioramenti, dall'istituire maggiormente i Medici di Medicina Generale a informarsi sulle abitudini dei proprio assistiti a politiche che disincentivano l'uso dell'alcol.

## **Alimentazione**

Nel terzo capitolo si tratta il tema dell'alimentazione. Secondo l'OMS dal 1980 a oggi l'obesità nel mondo è triplicata<sup>2</sup>, gli adulti in sovrappeso raggiungono il 39% e gli obesi sono circa il 13%. Il numero di affetti è in costante aumento, a ritmi che appaiono allarmanti, soprattutto tra i bambini e gli adolescenti. In questa sottoclasse di età un problema di peso può già determinare difficoltà respiratorie, problemi motori e problemi di autostima; spesso poi le cattive abitudini alimentari persistono fino all'età adulta: più del 60% dei bambini sovrappeso continuerà ad esserlo anche da grande. L'obesità e il sovrappeso sono condizioni associate a morte prematura e riconosciute ormai universalmente come fattori di rischio per molte patologie croniche come il diabete di tipo II, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari ed alcuni tumori; è importante educare fin dall'infanzia ad una corretta alimentazione. In Europa il sovrappeso colpisce dal 30% al 70% degli adulti, e l'obesità dal 10% al 30% a seconda del Paese; in Italia 4 adulti su 10 sono in eccesso ponderale, dei quali 3 in sovrappeso e 1 obeso, con gradiente che va a sfavore delle regioni del Sud<sup>1</sup>. La Toscana rientra tra le regioni più virtuose, in questo caso: i sovrappeso sono lievemente di meno (28% rispetto al 31% circa italiano), così come gli obesi (8% contro il 10%).

Nell'ambito dell'area relativa all'alimentazione sono però importantissimi anche i consumi di frutta, verdura, un ridotto apporto calorico proveniente dai dolci e dagli snack, un ridotto apporto di carni rosse (specie se lavorate) e il consumo abbondante di acqua.

## **Attività fisica**

Nel quarto capitolo viene affrontata la prevalenza dei livelli di attività fisica nella popolazione. L'evidenza scientifica afferma che svolgere una regolare attività fisica favorisce uno stile di vita sano; ad ogni età una regolare attività fisica influisce sul benessere fisico e psicologico, sul grado di soddisfazione personale e sull'umore. L'esercizio, infatti, riduce la pressione arteriosa, controlla il livello di glicemia, modula positivamente il colesterolo nel sangue, aiuta a prevenire le malattie metaboliche, cardiovascolari, neoplastiche, le artrosi e riduce il tessuto adiposo in eccesso. In più, riduce i sintomi di ansia, stress, depressione e solitudine e comporta benefici evidenti per l'apparato muscolare e scheletrico. Esistono raccomandazioni internazionali sui

---

<sup>2</sup> <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention>

livelli di attività fisica adatti ad ogni fase della vita (bambini e ragazzi fino ai 18 anni, adulti fino a 64 anni, anziani). L'OMS stima che il 23% della popolazione adulta mondiale non sia abbastanza attiva fisicamente. In Europa la partecipazione ad attività fisica e sport è stazionaria almeno dal 2009, con una proporzione di coloro che non fanno mai esercizio in aumento e attualmente al 46%. In Italia la sedentarietà aumenta con l'avanzare dell'età e tra gli adulti i fisicamente attivi, i parzialmente attivi e gli inattivi (o sedentari) sono ripartiti in pari più o meno uguali con leggero predominio dei sedentari. Anche in questo caso ci sono differenze regionali che vanno a sfavore di quelle del Sud<sup>1</sup>, mentre la Toscana tende ad avere un minor numero di sedentari (meno del 29%). Il margine di miglioramento in questa area è pertanto molto ampio.

### **Sostanze d'abuso**

Dal quinto capitolo si tratta degli stili di vita che sono immediatamente dannosi per la propria salute: la dipendenza da sostanze psicotrope. La dipendenza, condizione in cui l'individuo continua ad assumere un farmaco per sperimentarne gli effetti, nonostante le conseguenze mediche e sociali, è un fenomeno biologico di cui le "droghe" sono gli agenti eziologici; la dipendenza può essere di tipo fisico (con comparsa di sindrome di astinenza se non si assume la sostanza) o di tipo psicologico (il continuo desiderio di assumere la sostanza). Le droghe vengono commercializzate attraverso canali illegali e consumate sia durante occasioni sociali sia di nascosto e possono determinare una serie di problemi medici e sociali che differiscono in base agli effetti farmacologici della sostanza utilizzata. Secondo le stime OMS ammonta al 5,6% la prevalenza mondiale di soggetti interessati dal fenomeno dell'uso di sostanze, ma una stima corretta è difficile da ottenere considerando il mercato sommerso e l'uso di sostanze, come la cannabis, che solitamente non determinano effetti che necessitano di un ricovero o di trattamenti speciali, pertanto è difficile valutare il reale consumo. Le operazioni antidroga, che costituiscono un dato indiretto della portata del problema, sono incrementate esponenzialmente negli ultimi 4 anni (60% in più rispetto al 2016) [2].

### **Gioco d'azzardo**

Infine nel sesto capitolo si conclude parlando del gioco d'azzardo, questo prevede lo scommettere una certa somma di denaro in un gioco il cui esito è determinato soltanto dal caso e non dalle abilità dello scommettitore; quando il desiderio di giocare diventa un bisogno persistente e non controllabile si trasforma in una malattia psichiatrica (la Ludopatia, o GAP – Gioco d'Azzardo Patologico), che può avere ripercussioni molto serie sul benessere e la qualità di vita della persona interessata. Nel mondo, la prevalenza di giocatori patologici e problematici coinvolge dallo 0,5% al 7,6% della popolazione adulta. Anche in questo caso tuttavia è difficile stabilire la portata del fenomeno in

quanto ogni paese ha una legislazione differente riguardo il gioco d'azzardo e si sta anche diffondendo il gioco online. In Italia circa il 40% gioca almeno una volta l'anno<sup>1</sup>, ma gli adolescenti sono meno abituati degli adulti e anche in Toscana le prevalenze di gioco tra gli adolescenti sono in costante discesa.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept. [PDF: 259 Kb] Report of the meeting December 10-11, 2009
2. <https://www.interno.gov.it/it/notizie/antidroga-record-sequestri-nel-2018>



# **CAPITOLO 1**

## **FUMO DI SIGARETTA E *E-CIG***



---

# 1. FUMO DI SIGARETTA E E-CIG

## 1.1 INTRODUZIONE

L'abitudine al fumo ha una lunga tradizione. La sigaretta è soltanto uno degli oggetti di consumo di tabacco diffuso nella nostra cultura: il tabacco può venire fumato anche attraverso il sigaro, la pipa, il narghilè e può anche venire fiutato e masticato. Nonostante sia ben riconosciuto il danno derivante dalla dipendenza e dagli effetti del fumo, sia attivo che passivo, l'abitudine di fumare è difficile da combattere. Il fumo è uno dei maggiori fattori che contribuiscono a provocare problemi di salute, come il carcinoma del polmone, l'enfisema e le malattie cardiovascolari [1]. Gli effetti del tabacco, pur noti da moltissimi anni, sono stati accertati e classificati come effetti cancerogeni (e di conseguenza il tabacco classificato come cancerogeno certo) solo nel 1986 dalla IARC [2]. Da allora la IARC ha pubblicato decine di documenti sulla pericolosità del fumo, anche passivo, e del tabacco non fumato (masticato e sniffato). Molti Paesi regolano o limitano la vendita di tabacco, vietano il fumo nella maggior parte dei luoghi pubblici e richiedono l'inserimento sulle confezioni di avvisi riguardo ai rischi connessi al consumo. L'Italia, con la legge Sirchia<sup>1</sup> del 2003, è stata il primo grande Paese europeo a introdurre la regolamentazione del fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati. La legge infatti ha esteso divieti introdotti già precedentemente a tutti i locali chiusi, compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, le palestre e i centri sportivi. Le sole eccezioni sono rimaste quelle per gli spazi riservati ai fumatori in alcuni luoghi elencati precedentemente e gli ambiti strettamente privati, come le abitazioni civili. La necessità di tutelare anche la salute dei non fumatori, in particolare i minori, ha portato all'introduzione nel 2012 del divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni (innalzando il precedente limite di 16 anni<sup>2</sup>), e nel 2013 all'estensione del divieto di fumo alle aree all'aperto di pertinenza delle scuole. Un ulteriore progresso è avvenuto con la Direttiva europea n.40 del 2014, che regola la produzione, presentazione e vendita dei tabacchi e dei prodotti affini nell'Unione europea. Il provvedimento introduce anche il divieto di fumo in auto in presenza di minori e donne in gravidanza e il divieto di fumo nelle pertinenze esterne dei reparti ospedalieri di neonatologia, ostetricia e pediatria. Inoltre, rafforza le sanzioni ai rivenditori che vendono prodotti del tabacco ai minori e conferma il divieto di vendita ai minori delle sigarette elettroniche con nicotina.

<sup>1</sup> Legge n.3 del 16/01/2003, art.51 (Tutela della salute dei non fumatori).

<sup>2</sup> Regio Decreto n. 2136 "Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia".

### **1.1.1 Sostanze contenute nel fumo di tabacco**

Il fumo di tabacco contiene nicotina, un alcaloide stimolante che conferisce aroma e sapore e che dà sensazione di benessere, una migliore concentrazione, un miglioramento temporaneo della memoria, dell'umore e dei riflessi. Ha anche effetti vasocostrittivi e può determinare ipertensione e malattie cardiovascolari. La nicotina stimola la liberazione di dopamina nel Sistema Nervoso Centrale e di adrenalina nel surrene seguite, però, da un effetto deprimente che spinge a fumare ancora per provare di nuovo gli effetti positivi. Questo processo porta ad una dipendenza psicofisica e alla comparsa di nervosismo, depressione e ansia al momento della mancata assunzione della dose giornaliera di nicotina. La dipendenza fisica scompare in pochi giorni, mentre la dipendenza psicologica può andare avanti per settimane o mesi.

Vanno menzionate anche le azioni cancerogene provocate dai diversi prodotti pirolitici che si formano durante il processo di combustione. Tra le quasi 4.000 sostanze isolate nel fumo di sigaretta sono state classificate, a partire dal 2004, 69 sostanze cancerogene tra cui 11 composti appartenenti al gruppo 1 AIRC dei carcinogeni umani, ovvero i cancerogeni certi [3]. Il benzopirene è stato il primo idrocarburo identificato nel fumo di sigaretta e la sua tossicità è dovuta al fatto che dalla sua ossidazione si producono composti in grado di legarsi al DNA e determinare mutazioni. Sostanze irritanti presenti nel fumo di sigaretta danneggiano la funzione delle mucose dell'apparato respiratorio e, nel caso dell'acroleina, svolgono anche un ruolo significativo come agente mutageno nello sviluppo del cancro ai polmoni [4]. La produzione di radicali liberi dell'ossigeno porta al consumo di antiossidanti: una singola sigaretta brucia tra i 25 e i 30 mg di acido ascorbico.

Il monossido di carbonio (CO) presente nel fumo del tabacco si lega all'emoglobina e riduce l'ossigenazione sanguigna. I forti fumatori hanno un consistente aumento del numero di globuli rossi e di emoglobina per tentare di arginare il cattivo trasporto di ossigeno ai tessuti [5]; se un fumatore è anche bevitore, tuttavia, l'aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina è limitato fino a portare all'anemia.

### **1.1.2 Fumo passivo**

Il fumo passivo consiste nell'inalazione involontaria di sostanze prodotte dalla combustione lenta di sigarette o di altri prodotti del tabacco da fumo (sigari, pipe) e dall'espiazione del fumo dal fumatore, diluito con aria dell'ambiente. Il fumo passivo è indicato anche come fumo di seconda mano (Second Hand Smoke - SHS) o come fumo di tabacco "ambientale" (Environmental Tobacco Smoke - ETS). Causa danni alla salute per patologie in gran parte assimilabili a quelle provocate dal fumo attivo (malattie cardiovascolari, polmonari e cancro); l'esposizione al fumo passivo è un

problema mondiale ed è considerato un fattore di rischio per la salute, in particolare in gravidanza dove porta a nascita prematura, basso peso alla nascita, maggior probabilità di morte improvvisa (SIDS), aumento del rischio di bronchiolite nel primo anno di vita e palatoschisi. Anche dopo la nascita e durante l'infanzia il fumo passivo è un fattore di rischio per l'asma, per l'otite media e per le patologie respiratorie in generale; è discussa anche una possibile correlazione tra il fumo passivo e la sindrome da colon irritabile [6,7].

Evidenze scientifiche attuali dimostrano che anche in luoghi semiaperti o aree aperte vicino a zone di ristorazione si possono subire livelli non trascurabili di fumo passivo, valutati solitamente attraverso la concentrazione di PM 2.5 e nicotina nell'aria, che tuttavia decadono velocemente una volta cessato di fumare ma che possono contaminare le aree chiuse adiacenti diminuendo la qualità dell'aria [8].

### **1.1.3 Fumo di terza mano**

Questa dicitura è stata ideata dal gruppo di Winickoff nel 2009; fa riferimento alla contaminazione da fumo dell'ambiente, che permane dopo lo spegnimento della sigaretta. Quello che resta sospeso in aria è una miscela di tossine, gas e particelle che si attacca a vestiti e capelli, oltre che alle pareti e suppellettili della stanza in cui si è fumato, e vi resta per settimane anche dopo le pulizie routinarie; possono entrarci in contatto tutti coloro che entrano nella stanza per inalazione, ingestione, contatto con la pelle. I residui sono rappresentati da metalli pesanti, agenti cancerogeni e perfino sostanze radioattive. Anche il fumo di terza mano è responsabile, secondo studi scientifici, di patologie cardiovascolari e tromboemboliche e ritardo di rimarginazione delle ferite [9].

### **1.1.4 Sigaretta elettronica**

La sigaretta elettronica è un apparecchio elettronico dotato di un vaporizzatore e di un liquido che viene vaporizzato. Benché esistano liquidi privi di nicotina, generalmente il liquido fumato nella sigaretta elettronica contiene questa sostanza, in percentuale selezionabile dal fumatore. L'uso dei vaporizzatori fra i giovani è aumentato notevolmente negli ultimi anni. Secondo la Global Youth Tobacco Survey del 2018, in Italia, il 18% degli adolescenti riferisce di aver fatto uso di tali dispositivi, dato che si è totalmente allineato all'uso delle sigarette tradizionali.

Anche i fumatori di sigarette elettroniche, quando fumano liquidi contenenti nicotina, sono soggetti agli effetti di dipendenza. Tuttavia, non essendo basate su fenomeni di combustione, non determinano l'inalazione di tutte quelle sostanze cancerogene che si sprigionano nella combustione del tabacco e della carta. Il mondo scientifico ha adottato

un atteggiamento cauto sugli effetti delle sigarette elettroniche. Poiché gli effetti a lungo termine legati ad un'esposizione ripetuta nel tempo sono ancora sconosciuti nel 2014 la Food and Drug Administration (FDA) ha ritenuto opportuno includere anche questi nuovi dispositivi nell'ambito della disciplina legislativa atta a regolamentarne il consumo, in quanto potrebbero favorire l'iniziazione al fumo giovanile.

Anche in Italia con le Ordinanze del Ministro della Salute del 4 agosto 2011<sup>3</sup> e 28 settembre 2012<sup>4</sup> è stato disposto il divieto di vendita a soggetti minori di 16 anni di sigarette elettroniche contenenti nicotina. Il limite di età è stato innalzato a 18 anni con l'ordinanza del 2 aprile 2013<sup>5</sup>. Nel 2014, al fine di fornire informazioni sul consumo delle sigarette elettroniche e sul loro ruolo nella cessazione del fumo in Italia, PASSI ha messo sotto sorveglianza, nella popolazione italiana in età 18-69 anni, l'uso di sigarette elettroniche (con e senza nicotina), il loro uso combinato al fumo di sigarette di tabacco, l'uso di sigarette elettroniche tra coloro che hanno smesso di fumare e quello tra le persone che non hanno mai-fumato sigarette di tabacco. Due adulti su 100 usano la sigaretta elettronica, ma la maggior parte ne fa un uso combinato col tabacco.

### 1.1.5 Smettere di fumare

Alcune ricerche metterebbero in risalto l'estrema difficoltà, per i soggetti che ci provano, a smettere completamente di fumare: meno del 7% di chi non usufruisce di alcun supporto farmacologico e/o medico-psicologico riesce a mantenersi libero dal fumo a lungo termine. Le persone determinate a smettere ricorrono spesso all'ipnosi, all'agopuntura, ai farmaci a base di nicotina e al bupropione.

L'OMS con il Piano di Azione Globale 2014-2020 per il controllo delle malattie croniche non trasmissibili [10] ha previsto l'obiettivo finale della riduzione del 25% della mortalità precoce per le malattie non trasmissibili entro il 2025; per raggiungere questo scopo gli Stati membri, tra cui l'Italia, si sono impegnati a ridurre la prevalenza dei fumatori del 30% entro il 2025.

Nel 2011 la Commissione europea ha lanciato una campagna gratuita e un programma sensibilizzare i cittadini e per combattere il tabagismo in tutti e 27 i paesi membri dell'Unione europea chiamata "Gli ex fumatori sono irresistibili". Il programma online prevede diversi strumenti interattivi per guidare un fumatore tramite il processo che lo porta a smettere di fumare<sup>6</sup>.

3 Divieto di vendita a soggetti minori di anni 16 di sigarette elettroniche contenenti nicotina. (GU n. 232 del 5-10-2011).

4 Divieto di vendita ai minori di anni 16 di sigarette elettroniche con presenza di nicotina (12A11292) (G.U. Serie generale, n. 248 del 23 ottobre 2012).

5 Divieto di vendita ai minori di anni diciotto di sigarette elettroniche con presenza di nicotina (G.U. 30 aprile 2013, n. 100).

6 <https://www.exsmokers.eu/>

In Italia la vendita di sigarette è diminuita fortemente dai primi anni 2000, passando da una quantità di 103 milioni di kg di sigarette vendute nell'anno 2002 ai 67 milioni circa dell'anno 2018.

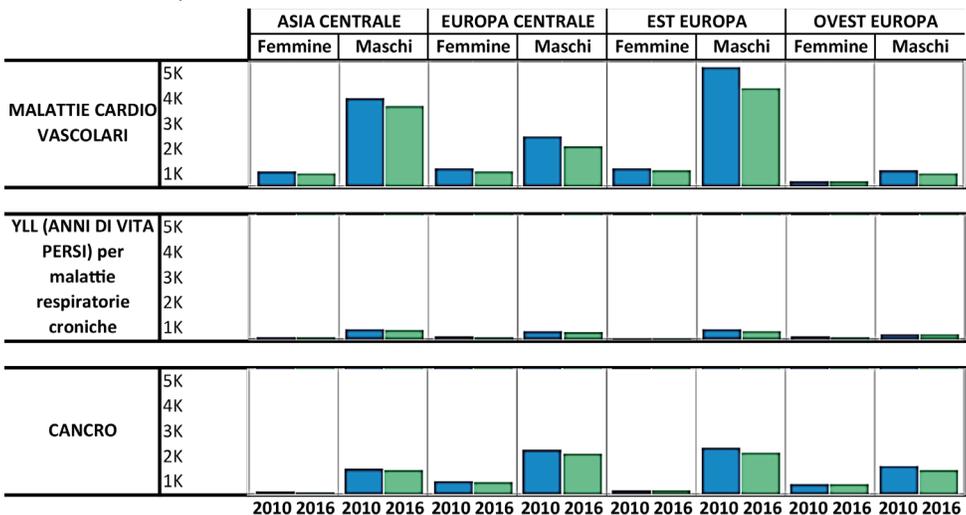
## 1.2 GLOBAL BURDEN OF DISEASE

### 1.2.1 Global Burden of Disease in Europa

Nel 2010 nella comunità EU il carico maggiore di malattia era dovuto alle malattie cardiovascolari, particolarmente per gli uomini dell'Est Europa, con un anno di vita perso (YLL)<sup>7</sup> ogni 16 adulti (15-64 anni). Comparato al 2010, il 2017 (Figura 1) ha visto una riduzione del 21% degli anni di vita persi negli uomini dell'Est Europa, ma un declino si è visto anche nelle altre regioni, seppur meno pronunciato, sia tra gli uomini che tra le donne. Gli YLL per cancro, invece, sono invariati dal 2010 e hanno valori più alti negli uomini dell'Europa centrale e dell'Est, con circa un anno di vita perso ogni 50 adulti; nelle donne i tassi sono circa un quinto.

Figura 1

Anni di vita persi nelle regioni europee, dal 2010 al 2016 suddivise per sesso. (tassi per 100.000 persone)



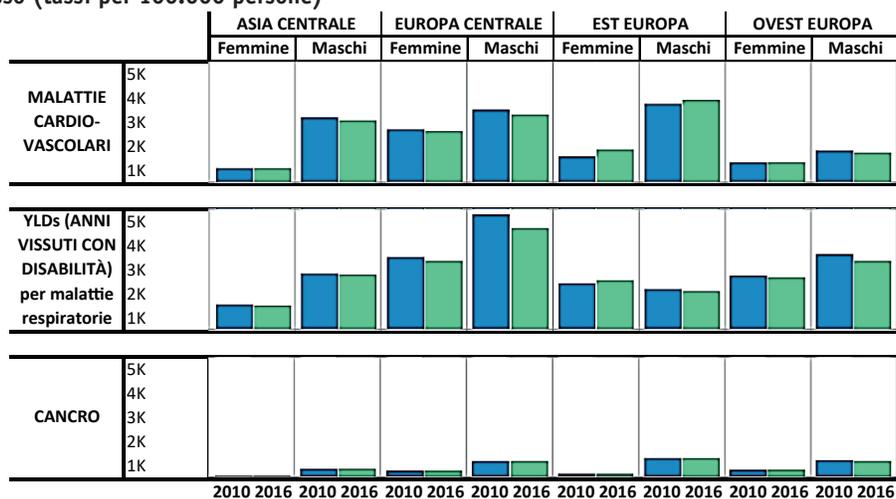
Fonte: The Lancet, Global Burden of Disease 2017.

Per quanto riguarda gli YLD<sup>7</sup> (anni di vita vissuti con disabilità) per malattie respiratorie croniche, il valore più alto (250 per 100000) è stato trovato negli uomini dell'Europa centrale, seguiti da quelli dell'Europa dell'Est. Dal 2010 al 2016 (Figura

<sup>7</sup> <https://www.exsmokers.eu/>

2) questi valori hanno subito una riduzione del 13% nei maschi dell'Europa centrale, ma un aumento nei maschi dell'Europa dell'Est. I livelli più alti di YLD (175 per 100000) in relazione alle malattie cardiovascolari sono stati trovati negli uomini Est-europei nel 2016, seguiti dall'Europa centrale. Piccole riduzioni di questi valori (circa 8%) negli uomini sono state registrate nell'Europa centrale tra 2010 e 2016, mentre un aumento del 25% e del 6% si è registrato, rispettivamente per uomini e donne, in Europa dell'Est. I valori di YLD per cancro si attestavano a meno di un quinto di quelli visti per le malattie respiratorie e cardiovascolari, ma il pattern svantaggioso per i maschi persiste in tutte le regioni.

**Figura 2**  
**Anni vissuti con disabilità a causa del tabacco nelle regioni europee, dal 2010 al 2016, per sesso (tassi per 100.000 persone)**



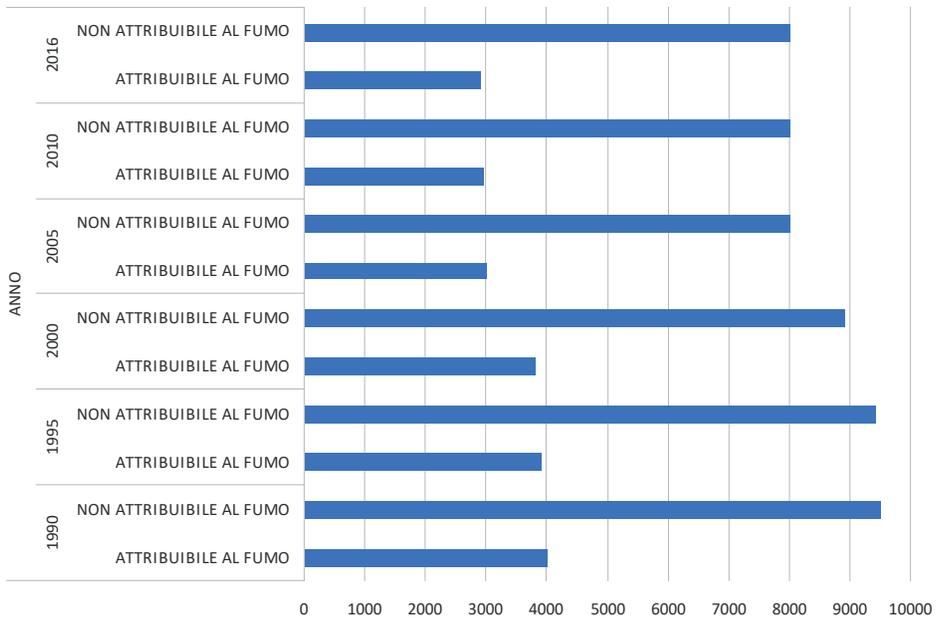
Fonte: The Lancet, Global Burden of Disease 2016.

## 1.2.2 Italia

In Italia la *Burden of Disease* è diminuito da circa 3.800 anni per 100.000 abitanti nel 1990 a circa 2.600 nel 2016. In termini percentuali è passato dal 28% al 25% dei DALY<sup>8</sup> (*Disability Adjusted Life Years*, ovvero numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura) totali (**Figura 3**).

8 <https://www.who.int/whosis/whostat2006YearsOfLifeLost.pdf?ua=1>

**Figura 3**  
**DALYs per 100.000 abitanti in Italia 1990-2016**



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.

Considerando, per il periodo 1990-2016, i soli tre grandi gruppi di malattie (Malattie cardiovascolari, Cancro e Malattie respiratorie), che insieme in Italia provocano quasi la metà del *Burden of Disease* espresso in DALYs:

1. I DALYs per Cancro provocati dal fumo si sono ridotti di 22.000 unità all'anno; si stima che il fumo sia responsabile in Italia del 91% di tutte le morti per cancro al polmone negli uomini e del 55% nelle donne, per un totale di circa 30.000 morti l'anno. Il numero di decessi invece per tutti i tipi di cancro, dovuti al fumo, è stimato essere di 50.000, numero sostanzialmente stabile dagli anni '90. Gli idrocarburi policiclici aromatici contenuti nel "catrame" e il Polonio 210 sono i principali responsabili dello sviluppo di tumori.
2. I DALYs per Malattie cardiovascolari si sono ridotti di 350.000 unità all'anno; il numero delle morti si è ridotto passando da 27.000 l'anno (anni '90) a 17.000 (2016).
3. I DALYs per Malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, BPCO) sono aumentati di 3.000 unità all'anno. I decessi per malattie respiratorie croniche attribuibili al fumo sono costantemente aumentati nel periodo, e il loro numero nel 2016 è stato superiore a 20.000, 5.000 decessi in più rispetto al 1995.

## 1.3 IL CONSUMO DI TABACCO IN EUROPA, ITALIA E TOSCANA

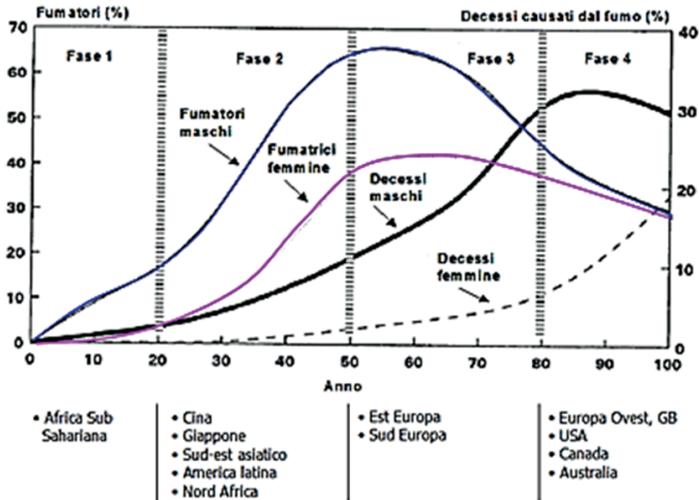
### 1.3.1. Introduzione

Negli anni il consumo di tabacco è andato modificandosi, così come l'assetto societario, culturale e quello delle abitudini giovanili. Secondo uno studio di Lopez e colleghi [11], ormai datato più di venti anni fa ma ancora attuale nei suoi presupposti e nelle interpretazioni che se ne ricava, le prevalenze d'uso del fumo di tabacco, nel mondo, hanno un andamento standard e seguono un modello che può essere diviso in 4 stadi (**Figura 4**): una prima fase di diffusione dei prodotti del tabacco (ove prima non conosciuto) dove è la popolazione maschile, soprattutto se appartenente alla fascia socio-culturale medio-alta a subire un'iniziazione, con mortalità da fumo ancora scarsa. Nella fase seguente la prevalenza di consumo tra fumatori (maschi) è variabile dal 40 all'80%, con aumento progressivo della mortalità correlata al tabacco; in questa fase avviene anche l'iniziazione femminile con le stesse modalità maschili (prima le fasce socioeconomiche più avvantaggiate). La terza fase vede il raggiungimento di una prevalenza stabile tra gli uomini e le donne, per poi iniziare a diminuire; tuttavia, la mortalità maschile cresce. In quarta ed ultima fase le prevalenze diminuiscono in entrambi i generi, con mortalità attribuibile al tabacco che negli uomini raggiunge l'apice (circa un terzo dei decessi), con sua successiva diminuzione a sfavore della mortalità femminile, che qui inizia a salire; inoltre il consumo diventa caratteristico quasi esclusivamente delle categorie socio-economicamente svantaggiate.

Secondo questo modello, pertanto, la curva ha lo stesso andamento in ogni paese con tempi diversi a seconda della partenza della diffusione, dipendenti dalla modernizzazione e dallo status socio-economico della maggior parte della popolazione. Le regioni dell'Europa del Nord, USA, Canada, Australia, per esempio, sono già in fase quarta; l'Europa del Sud alla terza. Invece gli altri paesi (Africa, Cina, Sud-Est asiatico, America del Sud) sono ancora alle prime due fasi della curva epidemica. La mortalità da attribuire al tabacco si correla strettamente ai consumi, con un tempo di latenza di circa 30-40 anni che intercorre tra l'iniziazione e i primi casi di morti per fumo.

Figura 4  
Le fasi del consumo di tabacco

## Le fasi dell'epidemia del consumo di tabacco



Fonte: Lopez e coll.

### 1.3.2. Le fonti

Numerosi studi statistici documentano l'andamento dell'abitudine al fumo; in **Figura 5** viene offerta una definizione per tipologia di fumatore. In **Tabella 1** vengono mostrate le fonti statistiche da cui abbiamo ottenuto i dati più utili sulla nostra ricerca.

Figura 5  
Tipologie di fumatori: definizioni

| Abitudine al fumo: definizioni                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Non fumatore: non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella vita; attualmente non fuma |
| Fumatore: ha fumato 100 o più sigarette nella vita e fuma tutt'ora                                 |
| Fumatore in astensione: fumatore che ha smesso da meno di 6 mesi                                   |
| Fumatore occasionale: non fuma tutti i giorni                                                      |
| Fumatore quotidiano: fuma almeno una sigaretta al giorno                                           |
| Forte fumatore: fuma almeno 20 sigarette al giorno                                                 |
| Ex fumatore: attualmente non fuma, ha smesso almeno da 6 mesi                                      |

Le fonti prendono in considerazione studi internazionali, nazionali e regionali.

- **Studi internazionali:** la prima classe di età indagata, quella adolescenziale, è trattata nello studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). Si tratta di uno studio internazionale realizzato in collaborazione con la WHO che monitora i comportamenti di salute, la salute e il contesto sociale di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni, con cadenza quadriennale. Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982. L'ultima indagine ha raccolto dati internazionali sulla salute degli adolescenti, tra cui consumo di tabacco, consentendo di confrontare la prevalenza tra paesi e nel tempo, e di evidenziare le disparità di genere e socioeconomiche presenti in tutta la Regione europea. Nel rapporto è stata analizzata la percentuale di chi ha fumato almeno una volta nella vita tra i giovani e per genere. Viene indagata anche la prevalenza di chi fuma almeno una volta a settimana. Un secondo report europeo è dato da ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), che raccoglie dati sull'uso di sostanze, alcol e fumo tra studenti di 15 e 16 anni. Lo studio nasce nel 1995 e fino al 2015 sono stati condotti sei sondaggi in 48 paesi europei. Si indaga il consumo precoce (a 13 anni o prima), per sesso; inoltre si valuta la percentuale dei fumatori e non fumatori, la quantità di sigarette fumate (meno di una per settimana, meno di una al giorno, da 1 a 5 al giorno, da 6 a 10 al giorno, 11-20 al giorno). Un altro studio internazionale centrato sull'adolescenza è il *Global Tobacco Youth Survey* (GYTS), un sondaggio scolastico composto da 56 domande "core" sul fumo di sigaretta. In questo studio verrà trattata la parte relativa al paese Italiano, valutando la prevalenza di chi fuma sigarette e chi fuma *e-cig*, per sesso, oltre all'età di iniziazione al fumo e all'esposizione al fumo passivo.

Per il consumo negli adulti e anziani il sistema di rilevazione internazionale è fornito dall'OMS (*Who European Tobacco Use: Trends Report 2019*), che indaga la prevalenza di uso di prodotti a base di tabacco per sesso.

- **Studi nazionali:** per la fascia adolescenziale i dati sono tratti dal rapporto HBSC, che in questo caso indaga il consumo mensile tra adolescenti; la suddivisione per sessi e classi di età è la medesima della rilevazione internazionale. Viene anche analizzato un trend di aumento o diminuzione delle percentuali di fumatori e non fumatori dal 2010 al 2018.

I dati relativi alla popolazione adulta sono offerti dall'indagine DOXA 2019, che valuta la percentuale dei fumatori, dei non fumatori e degli ex fumatori per sesso e classe di età e uso delle *e-cig* e fumo passivo. Il report fornisce anche una misura di trend per il numero medio di sigarette fumate dal 2004 al 2019, e dal 2014 al 2019 un trend di attitudine al fumo, dividendo i fumatori in leggeri (fino a 9 sigarette al giorno), intermedi (10-19 sigarette al giorno), e fumatori pesanti (20 sigarette al giorno e più).

I dati nazionali di adolescenti e adulti sono raccolti annualmente anche dall'ISTAT attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale. La rilevazione è condotta mediamente su circa 20.000 famiglie (55.000 individui circa). Nella sezione “abitudine al fumo” abbiamo riportate le informazioni sul fumo (fumatore, ex fumatore, non fumatore), numero medio di sigarette fumate al giorno (dividendo in fumatori fino a 5 sigarette, da 6 a 10, da 11 a 20 e oltre 20).

Per il panorama italiano un altro strumento di indagine è il rapporto di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ideato nel 2005 dal CCM/Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario viene somministrato telefonicamente ad un campione di popolazione di residenti assistiti tra i 18 ed i 69 anni, stratificato per sesso, classi di età, titolo di studio, introito economico, estratto casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie. A livello nazionale, così come regionale si indagano il consumo abituale, gli ex fumatori, i non fumatori e chi è stato consigliato di smettere, e il fumo passivo (come rispetto dei divieti nei locali pubblici e luoghi di lavoro). I fumatori vengono ulteriormente indagati per varie caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, titolo di studio, classe economica, cittadinanza). Lo strumento ha una controparte regionale.

Nel caso della popolazione più anziana la fonte utilizzata è PASSI d'Argento, un sistema di sorveglianza nazionale promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato nelle singole regioni italiane, che partecipano al pool nazionale con il proprio campione. Target dell'indagine sono gli anziani residenti al proprio domicilio, persone di 65 anni o più non ricoverate in una Residenza Sanitaria Assistita (RSA). Anche questa rilevazione ha una controparte regionale. Il fumo di tabacco viene indagato attraverso il consumo giornaliero e la percentuale di fumatori, di non fumatori ed ex fumatori a seconda della regione, sesso, classe economica e titolo di studio.

- **Studi regionali:** lo studio EDIT (“Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana”), recentemente inserito nel Registro delle sorveglianze regionali sugli stili di vita del Ministero della salute (DPCM 3 marzo 2017), è stato ideato e realizzato dall'ARS Toscana per la prima volta nel 2005, ed è stato ripetuto negli anni 2008, 2011, 2015 fino ad arrivare all'attuale, quinta ed ultima edizione nel 2018. Viene indagata la regione nel suo complesso e per zone-distretto; con l'intento di ottenere stime rappresentative a livello di zone-

distretto, è stato previsto di intervistare circa 400 studenti per ogni territorio, corrispondenti ad una sezione completa, dalla prima alla quinta classe, in quattro scuole diverse. La rilevazione del 2018, avvenuta come di consueto nei mesi compresi tra febbraio e maggio, ha permesso l'arruolamento di 6.824 studenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni, suddivisi in 3.731 maschi (54,7%) e 3.093 femmine (45,3%). Tra gli studenti intervistati 1.890 sono residenti nell'AUSL Centro (27,7%), 2.876 nell'AUSL Nord-Ovest (42,1%) e 2.058 nell'AUSL Sud-Est (30,2%). Nel questionario EDIT vengono indagati la percentuale di chi ha provato a fumare nella vita, per età e sesso, con trend dal 2005 per coloro che hanno un consumo regolare (almeno una volta nell'ultimo mese), in generale e per AUSL. Si registra anche il consumo abituale di *e-cig* per sesso, classe di età e AUSL.

Per lo studio della popolazione adolescenziale toscana troviamo di nuovo lo studio HBSC con l'indagine sull'aver fumato almeno una volta nell'ultimo mese, l'uso delle *e-cig*, la prevalenza del fumo nell'arco della vita e non fumatori. Anche per la Toscana abbiamo un dato di trend dal 2005 al 2018 per sesso.

Per quanto riguarda la popolazione adulta il rapporto di sorveglianza PASSI si dedica anche alla nostra regione: nato come studio nel 2005, è stato attuato dalla Regione Toscana dal 2007 con il supporto delle ASL toscane. L'età del target e il questionario somministrato sono gli stessi usati per la rilevazione nazionale; il dato è suddiviso in AUSL (generale) con trend dal 2010 al 2018 e classi di età, per attitudine al fumo (fumatore, ex fumatore, mai fumatore).

Per la popolazione anziana abbiamo nuovamente PASSI d'Argento. Per la Toscana l'uso del tabacco viene indagato con gli stessi metodi dell'indagine nazionale, ovvero valutando il consumo medio giornaliero, la percentuale di fumatori, ex fumatori e non fumatori.

**Tabella 1**  
**Fonti dei dati statistici**

| STRUMENTI DI INDAGINE SUL FUMO |                                       |                    |                                      |                |                     |                                        |                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|----------------|---------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| INDAGINE                       | ANNI DI RILEVAZIONE                   | ETA' DEL CAMPIONE  | PERIODO DI RILEVAZIONE               | DATI NAZIONALI | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO | ARGOMENTI                                                       |
| <b>ITALIANI</b>                |                                       |                    |                                      |                |                     |                                        |                                                                 |
| <b>EDIT</b>                    | Dal 2005                              | 14-18 anni         | Sistematica triennale                | No             | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo, approvvigionamento, uso delle e-cig       |
| <b>HBSC</b>                    | Dal 2003/2004, sistematica dal 2005/6 | 11, 13, 15 anni    | Sistematica quadriennale             | Si             | Si                  | No                                     | Frequenza di consumo                                            |
| <b>ESPAD</b>                   | Dal 1995                              | 15-16 anni         | Sistematica annuale                  | Si             | No                  | No                                     | Frequenza di consumo, approvvigionamento, uso delle e-cig       |
| <b>IPSAD</b>                   | Dal 2001                              | 15-64 anni         | Sistematica, biennale e quadriennale | Si             | Si                  | No                                     | Frequenza di consumo                                            |
| <b>DOXA</b>                    | Dal 1957                              | Da 15 anni in poi  | Sistematica biennale                 | Si             | No                  | No                                     | Frequenza di consumo, stato, smettere di fumare, uso dell e-cig |
| <b>ISTAT</b>                   | Dal 1993, escluso il 2004             | Dai 14 anni in poi | Sistematica, annuale e quadriennale  | Si             | Fino al 2011        | No                                     | Frequenza di consumo, stato                                     |
| <b>PASSI</b>                   | Dal 2007                              | 18-69 anni         | Sistematica, annuale                 | Si             | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo, stato, fumo passivo, smettere di fumare   |
| <b>PASSI D'ARGENTO</b>         | Dal 2009                              | dai 65 anni in poi | Sistematica annuale e biennale       | Si             | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo, stato, smettere di fumare                 |

**Tabella 1**  
**Fonti dei dati statistici (segue)**

| STRUMENTI DI INDAGINE SUL FUMO |                     |                   |                                    |                             |                     |                                        |                                                        |
|--------------------------------|---------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| INDAGINE                       | ANNI DI RILEVAZIONE | ETA' DEL CAMPIONE | PERIODO DI RILEVAZIONE             | DATI NAZIONALI              | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO | ARGOMENTI                                              |
| <b>EUROPEI</b>                 |                     |                   |                                    |                             |                     |                                        |                                                        |
| <b>GATS</b>                    | Dal 2007            | Da 15 anni in poi | Sistematica triennale/quinquennale | 22 Paesi e regioni mondiali | /                   | /                                      | Frequenza di consumo, fumo passivo, smettere di fumare |
| <b>GYTS</b>                    | Dal 2012            | 13, 14, 15 anni   | Bi-triennale                       | 45 Paesi e regioni mondiali | /                   | /                                      | Frequenza di consumo, fumo passivo, smettere di fumare |

### 1.3.3 Esposizione al fumo passivo nei bambini

In questa fascia d'età le indagini svolte sono inerenti al fumo passivo; In Europa la prevalenza dell'esposizione a casa è cambiata rapidamente tra il 2008 ed il 2012, in seguito alle leggi sull'esposizione al fumo negli spazi pubblici; un cambiamento meno veloce ma uniforme è avvenuto negli spazi chiusi tra il 2013 ed il 2017, dove la prevalenza dei fumatori resta sotto il 60%. L'analisi di dati provenienti dall'indagine "Tobacco Use Supplements to the Current Population Survey", condotta nel 1992-1993 e nel 2010-2011, ha evidenziato che gli ambienti liberi dal fumo sono aumentati dal 43.0% al 83.0% in tutti i paesi, questo è un dato positivo che testimonia un cambiamento di abitudini che sta diventando sempre più radicato nella popolazione.

Uno studio in Spagna [12] ha valutato l'esposizione al fumo passivo dei bambini di 4 anni attraverso un questionario compilato dai genitori e tramite la determinazione della cotinina urinaria in 1.757 partecipanti. Dai risultati è emerso che il 21,6% dei bambini era esposto al fumo passivo a casa e il 47,1% fuori casa, per un totale del 55,9%. In più il 28,2% dei bambini, che secondo i genitori non erano esposti regolarmente al fumo passivo, avevano tracce di cotinina nelle urine. Il maggior rischio di esposizione avveniva nelle famiglie a basso titolo di studio.

In Italia (Dati PASSI 2014-2017) nel 18% delle case si continua a fumare senza proibizioni (contro il 20% della rilevazione precedente); questo accade nel 12% delle abitazioni in cui vivono bambini e ragazzi fino a 14 anni di età (dato quasi stazionario dal 13% della rilevazione precedente).

### 1.3.4 Il consumo di tabacco nell'età adolescenziale

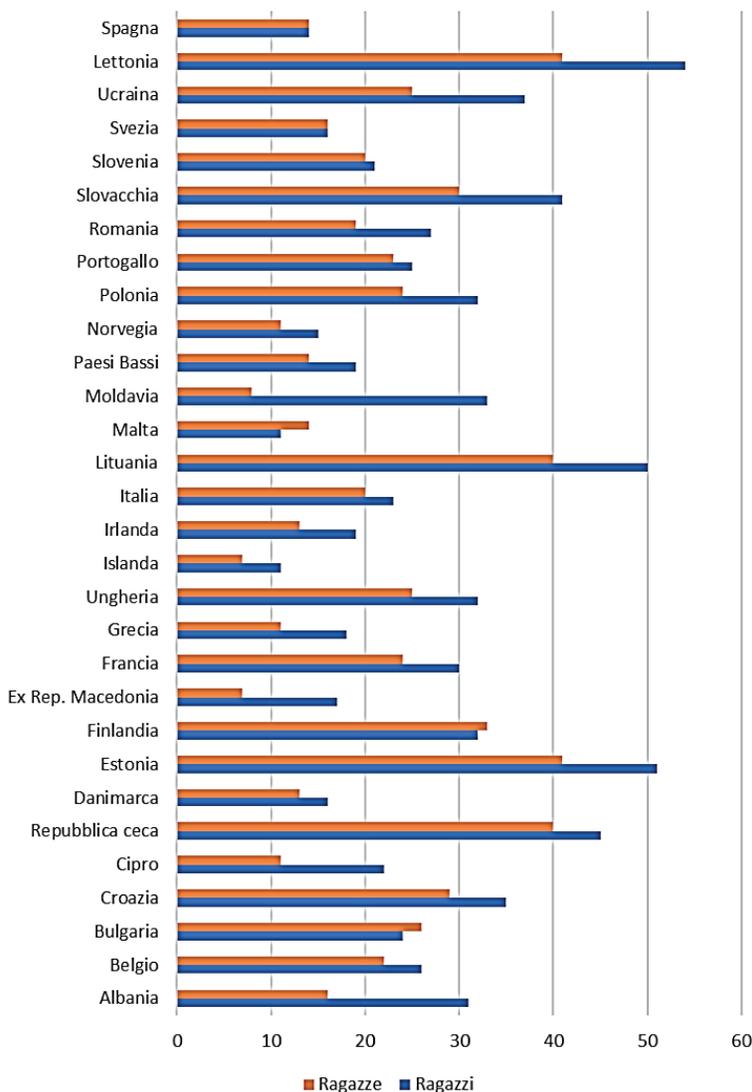
Secondo i dati ESPAD sulla situazione europea più di un quinto degli intervistati ha fumato sigarette all'età di 13 anni o prima (in media il 27% dei ragazzi e il 20% delle ragazze), con proporzione che va dal 45% (Estonia) al 9% circa dei paesi nordici e Malta. La differenza maggiore tra ragazzi e ragazze è stata trovata in Moldavia (33% contro l'8%), (**Figura 6**).

La media dei 13enni che fuma giornalmente è del 4%, con tassi più alti nell'Est Europa (attorno all'8%) e la più bassa in Norvegia (1%). Generalmente i ragazzi hanno una iniziazione al fumo più precoce delle ragazze.

Per i 15enni (dati HBSC) tra i 4/5 e un terzo degli adolescenti europei hanno fumato una sigaretta almeno una volta nella vita. L'esperienza di consumo delle ragazze non è diversa da quella dei ragazzi, ed in alcuni paesi le prevalenze femminili sono più alte delle maschili, come ad esempio nei paesi nordici. Invece nei paesi dell'Est poche ragazze hanno provato a fumare rispetto ai ragazzi e il pattern è simile a quello

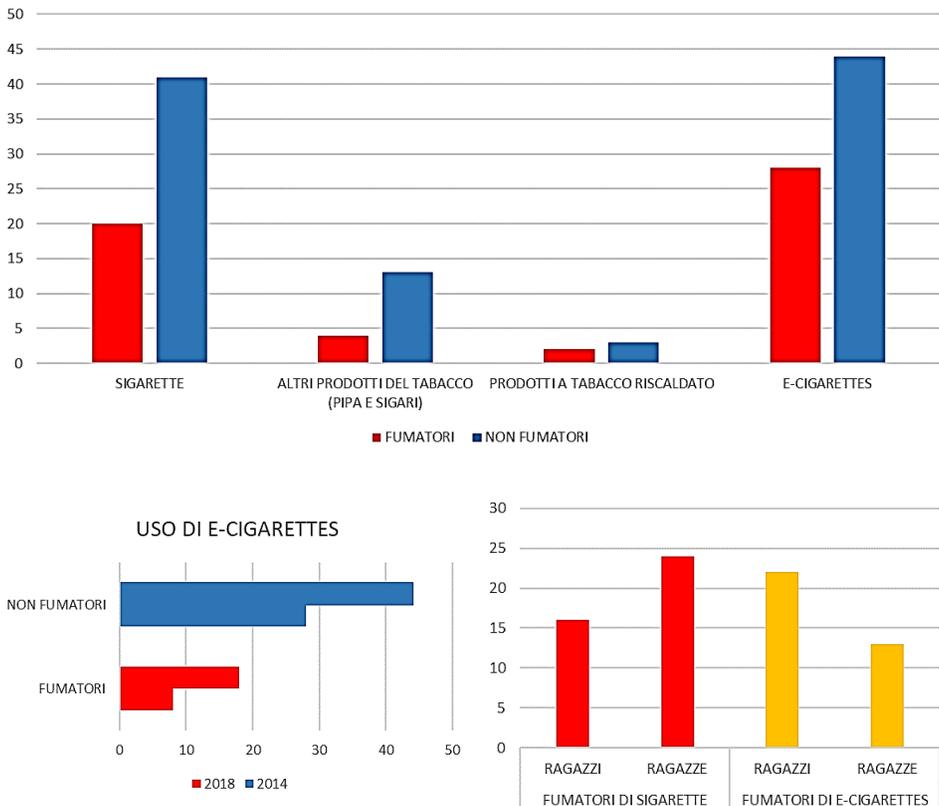
europeo degli anni '60. Un pattern simile si osserva anche col fumo regolare; tra gli adolescenti che hanno fumato una volta a settimana o più, i tassi di prevalenza hanno una media del 20-25%. Anche in questo caso le differenze di genere sono minime e propendono per tassi maggiori per le ragazze nei paesi dell'Europa occidentale, mentre ci sono differenze molto maggiori nell'Europa dell'Est.

**Figura 6**  
**Percentuale di chi ha un consumo precoce, per sesso**



Nello scenario italiano secondo quanto emerge dalle indagini *Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2018*, coordinata dall'Istituto superiore di sanità, 1 ragazzo su 5 fuma sigarette e il 18% fuma e-cig (Figura 7). Questa nuova abitudine è più frequente tra i maschi (22% contro il 13% delle ragazze), mentre tra i fumatori tradizionali le ragazze sono la maggioranza (24% contro il 16% dei maschi). La fascia di età di iniziazione al fumo è attorno ai 10-13 anni; il 27% pensa di iniziare a fumare nell'anno successivo all'intervista, con le ragazze più propense ad iniziare dei ragazzi (34% contro il 27%). Queste percentuali, tuttavia, sono in forte riduzione dal 2010 (dove il 42% pensava di iniziare a fumare nell'immediato futuro).

**Figura 7**  
GYTS 2018: abitudine al fumo negli adolescenti ed uso delle e-cig in Italia



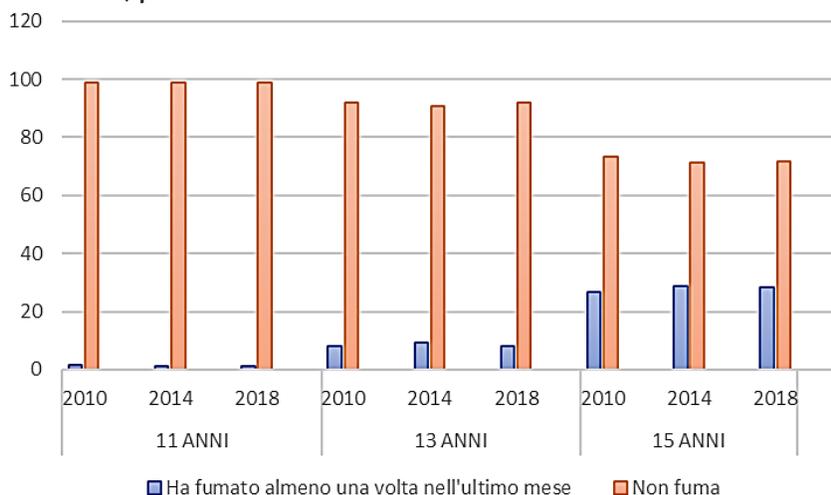
Fonte: GYTS 2018.

Per quanto riguarda il fumo passivo, invece il 50% dei ragazzi è stato esposto al fumo di tabacco in casa negli ultimi 7 giorni, un dato costante nel tempo (e per questo ancora allarmante).

L'81% dei giovani pensa di poter smettere di fumare a piacimento nel momento in cui lo decide, ma negli ultimi 12 mesi solo il 50% circa di questi ha effettivamente tentato di farlo, e solo un intervistato su 2 dichiara di aver ricevuto un aiuto per smettere. L'accesso al fumo è ancora molto semplice: il 20% lo acquista nelle tabaccherie nonostante i divieti. Il 68% dichiara che nessuno gli ha impedito di comprarle a causa dell'età; questo succede anche per le sigarette elettroniche, dove il 76% riferisce la stessa cosa (nonostante anche per la *e-cig* esistano limitazioni alla vendita ai minori).

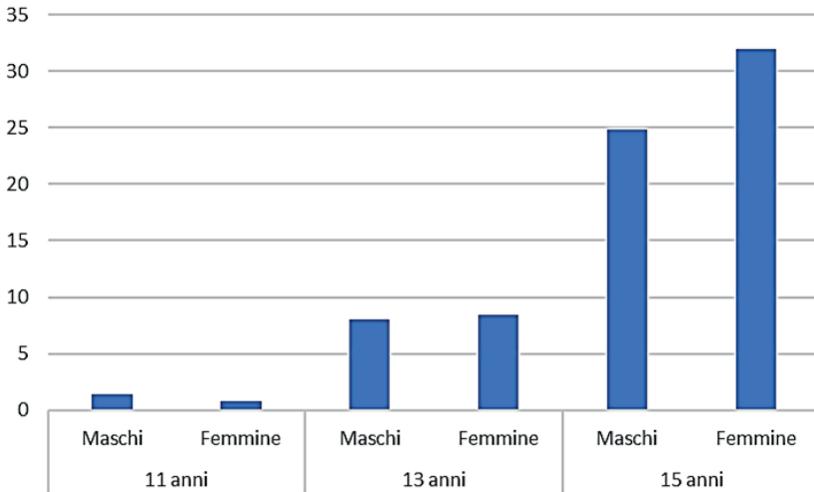
I dati HBSC Italia 2018 ci informano che gli adolescenti che hanno fumato almeno una volta nell'ultimo mese aumentano in percentuale all'aumentare dell'età (**Figura 8**) e con una fase ascendente molto più ripida per le ragazze rispetto ai ragazzi (**Figura 9**); nelle femmine infatti si passa da una prevalenza al di sotto dell'1% per le 11enni al 31,9% a 15 anni, una percentuale più alta dei ragazzi coetanei (che si fermano al 24,8%).

**Figura 8**  
Trend 2010-2018, per classe d'età



Fonte: HBSC Italia 2018.

**Figura 9**  
**Percentuale degli adolescenti che ha fumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per sesso e classe di età**

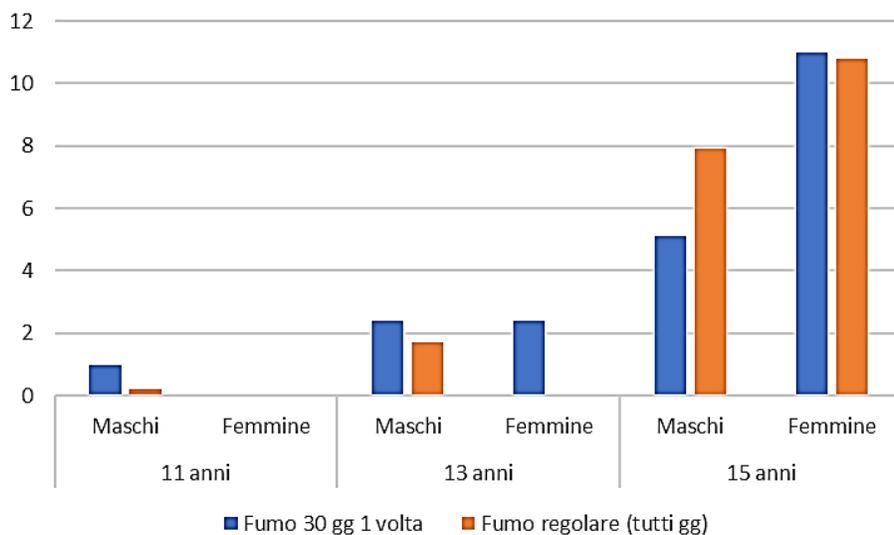


Fonte: HBSC Italia 2018.

Passando dal dato italiano a quello toscano (HBSC 2018), la quota degli adolescenti che dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno nell'ultimo mese aumenta con il progredire dell'età sia nei ragazzi che nelle ragazze, con una marcata differenza di genere a 15 anni (**Figura 10**), dove le ragazze che fumano sono il doppio dei maschi della stessa età (ragazze 11%, ragazzi 5,1%). Tuttavia, queste percentuali sono inferiori a quelle italiane. La percentuale di ragazzi che non ha mai fumato una sigaretta nella propria vita è in diminuzione rispetto al 2014 (90,3% vs 81,2%).

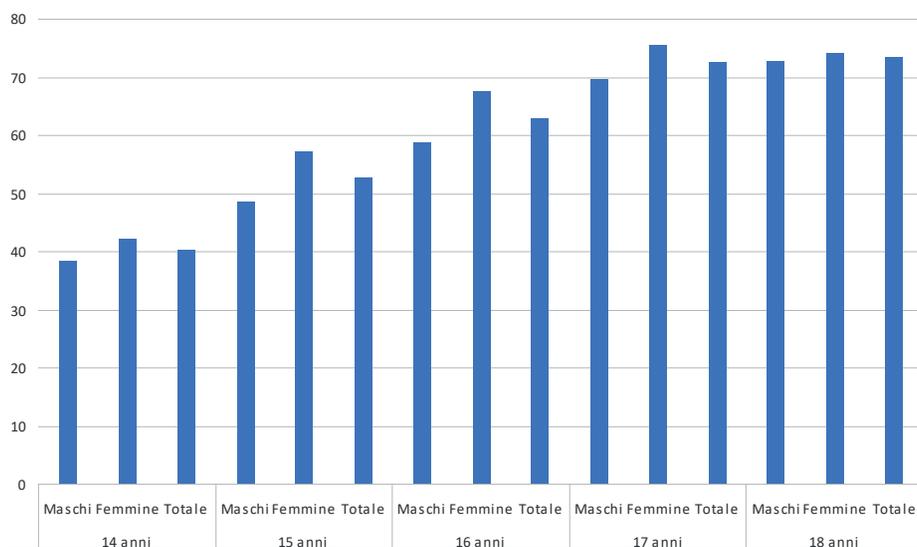
Nel 2018 due ragazzi su tre hanno provato a fumare sigarette (il 58% dei maschi ed il 63% delle femmine). Di questi, il 24% rientrano tra i fumatori occasionali, mentre il 31% sono fumatori abituali (percentuale lievemente più alta della media italiana ed europea). In entrambe le modalità le femmine registrano prevalenze più alte dei maschi (**Figura 11**). Esiste inoltre una diretta proporzionalità con l'età e il più alto coinvolgimento del genere femminile (dati EDIT 2018). Il trend dei fumatori è in diminuzione in tutte le AUSL, tranne la Nord-Ovest, sia per i maschi che per le femmine (**Figura 12 e Figura 13**).

**Figura 10**  
**Percentuale di chi ha fumato almeno 1 volta nell'ultimo mese, per sesso e classe d'età**



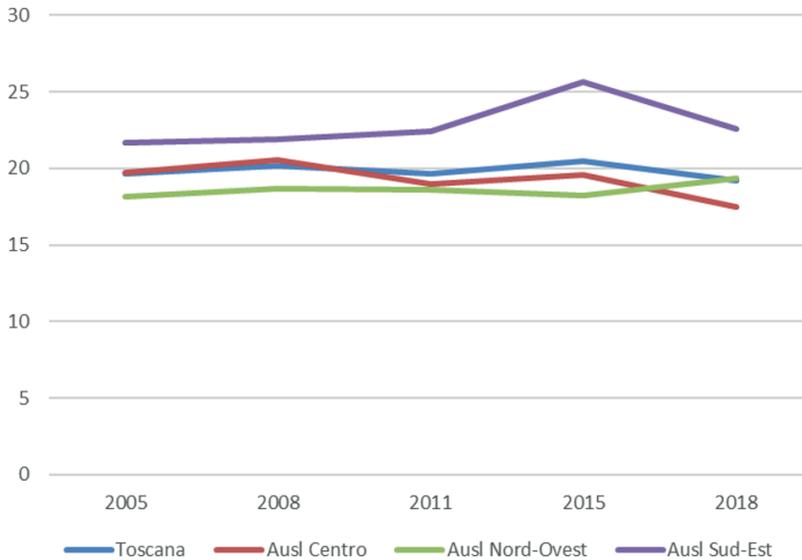
Fonte: HBSC Toscana 2018.

**Figura 11**  
**Percentuale di coloro che hanno provato a fumare per età e genere**



Fonte: EDIT 2018.

**Figura 12**  
Trend generale toscano 2005-2018



Fonte: EDIT 2018.

**Figura 13**  
Consumo regolare di tabacco, per AUSL e sesso

|                 | Ragazzi | Ragazze |
|-----------------|---------|---------|
| Toscana         | 17.42   | 21.15   |
| Ausl Centro     | 15.05   | 20.08   |
| Ausl Nord-Ovest | 18.01   | 20.77   |
| Ausl Sud-Est    | 21.4    | 23.89   |

Fonte: EDIT 2018.

Nell'ultima rilevazione la prevalenza delle fumatrici è del 21,15%, i fumatori maschi invece sono il 17,4%; le ragazze iniziano anche a fumare prima: tra i 13 e i 15 anni l'esordio dell'abitudine al fumo riguarda il 66,4% delle ragazze ed il 58,3% dei ragazzi. Il 32% dei maschi e il 21% delle femmine fuma più di 10 sigarette al giorno, pertanto in generale l'abitudine a fumare coinvolge di più le ragazze, ma fumare un alto numero di sigarette è un fattore più frequente nei maschi. La maggior parte dei minorenni acquista le sigarette dal tabaccaio, il 30% dai distributori automatici. La AUSL Sud-Est è quella dove si fuma di più (2/3 ne fumano più di 10, il 22,6% sono fumatori abituali).

In Toscana la prevalenza dei ragazzi che hanno usato la *e-cig* almeno una volta è del 46% (52,5% maschi, 39% femmine), almeno una volta nell'ultimo mese è pari al 15,3% (maschi 18,6%, femmine 12%). L'11% usa la *e-cig* regolarmente tutti i giorni

o quasi; nel 12% dei casi usano una ricarica contenente nicotina. L'abitudine alla *e-cig* diminuisce con l'età, andando dal 20% a 14 anni al 16% a 18 anni.

### **1.3.5 Il consumo di tabacco nella popolazione adulta**

L'Europa ha la prevalenza più alta del mondo per l'uso di tabacco (dati OMS<sup>9</sup>). Le stime regionali suggeriscono che circa il 29% degli adulti usa prodotti a base di tabacco, con prevalenza più alta tra gli uomini rispetto alle donne. La maggior parte (dal 14% al 42%, a seconda del paese) non fuma però tutti i giorni. Nei paesi dell'Europa centrale e dell'Est si ha una prevalenza di fumatori del 30%, mentre livelli di prevalenza inferiori (circa 20%) sono stati osservati nei paesi nordici. Dal 2000 al 2015 si è avuta una diminuzione nei consumi, con una media del -1,5% ogni anno (quasi 23% totale); tuttavia, il range di diminuzione è molto diverso a seconda dei paesi. Quelli che hanno avuto un declino più rapido sono la Danimarca, l'Islanda e la Norvegia (più di 15 punti percentuali).

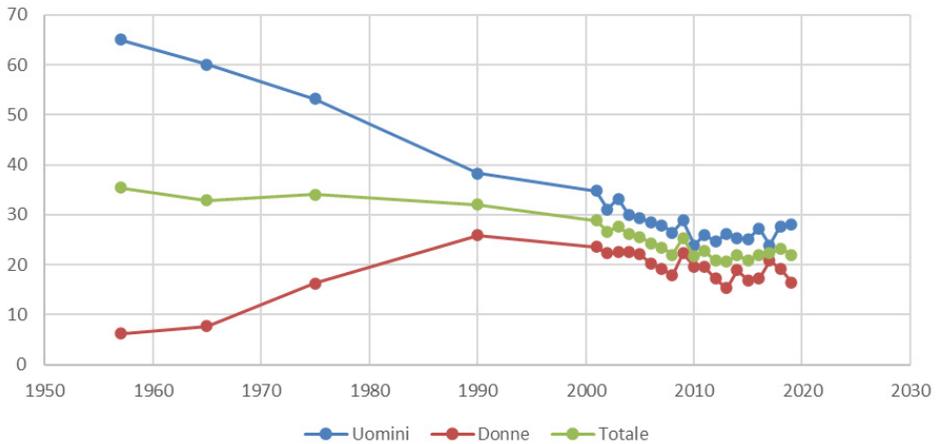
Le previsioni sulla prevalenza di consumo di tabacco dal 2015 al 2025 parlano di una diminuzione generalizzata, ma con la "forbice" tra paesi in aumento e a svantaggio dei paesi CIS (Federazione Russa, Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Ucraina, Kazakistan, Kirghizistan, Moldavia, Tagikistan, Uzbekistan, Turkmenistan); questi ultimi hanno anche le differenze di genere maggiori.

L'Italia, al pari dei Paesi europei, sta registrando una diminuzione nelle prevalenze del fumo di tabacco: nel 2019, secondo le indagini DOXA, i fumatori sono diminuiti passando dal 26,4% dei primi anni 2000 al 22% (con fumatori al 28% e fumatrici al 16,5%). Tuttavia i livelli di consumo risultano piuttosto stazionari dal 2010, dove la prevalenza media dei fumatori era già del 21,7%. Dalle prime rilevazioni DOXA (1957) dove la forbice tra i sessi era estremamente ampia (con prevalenza dei fumatori uomini uguale al 65% e delle fumatrici del 6,2%), si è avuto un progressivo e rapido avvicinamento, fino agli anni '90, che segnava una prevalenza di fumatori del 38% e delle fumatrici del 26%; questo "scarto" di circa 10 punti percentuali persiste fino al 2019 (**Figura 14**).

---

9 European tobacco use: Trends report 2019.

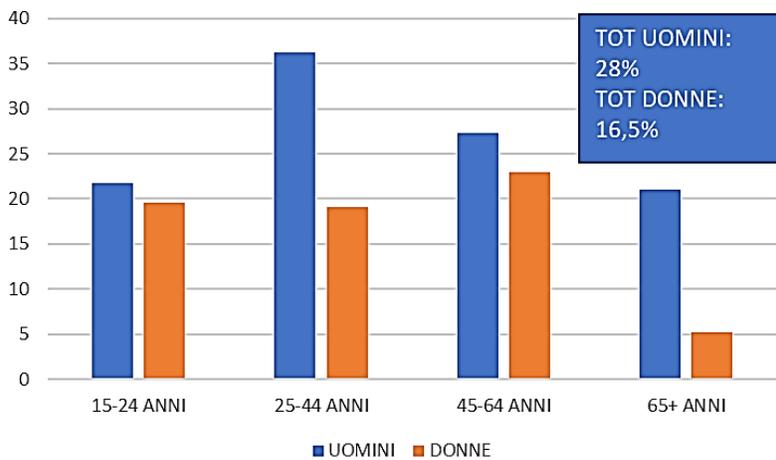
**Figura 14**  
Trend percentuale dei fumatori per sesso



Fonte: DOXA 2019,

Gli ex fumatori sono il 12,1% (uomini 15,2% sulla popolazione, donne 9,3% sulla popolazione). I non fumatori corrispondono al 65,9% delle persone (il 56,9% degli uomini e 74,2% delle donne).

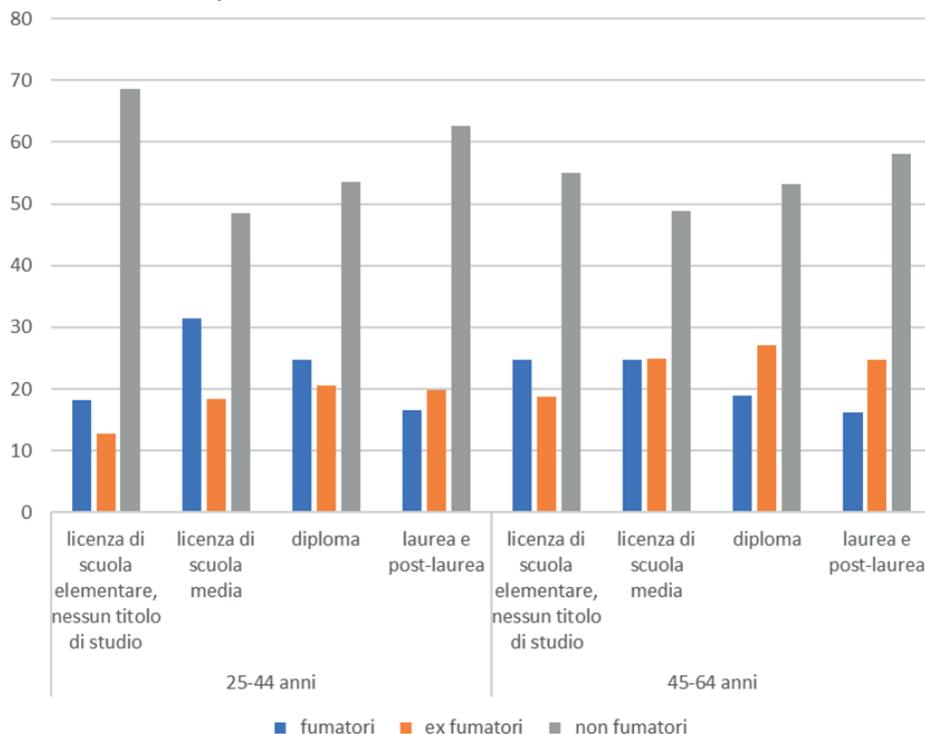
**Figura 15**  
Prevalenza del fumo di sigaretta tra uomini e donne per classi di età



Fonte: ISS-DOXA 2019.

La differenza tra chi fuma e non fuma compare anche nelle classi di età (**Figura 15**): la percentuale di fumatori più alta tra gli uomini si riscontra nella classe tra 25 e 44 anni, dove è uguale al 36,3% (in aumento rispetto al 2018). Nelle donne la percentuale maggiore è invece nella classe 45-64 anni, dove è uguale al 22,9% (anche qui in aumento rispetto al 2018). La prevalenza totale dei fumatori uomini è del 28%, delle donne del 16,5%, ma si differenzia per area geografica: al Nord la prevalenza maschile è del 28%, al centro del 23,9%, al Sud del 30,2%; per le donne invece la prevalenza al Nord si attesta al 14%, al centro al 12,1%, al Sud al 22,4%. Le prevalenze maschili e femminili sono andate avvicinandosi negli anni: dalle prime rilevazioni degli anni '50 queste erano nettamente diverse, con quella maschile vicina al 65% nel 1957 e quella femminile inferiore al 10%.

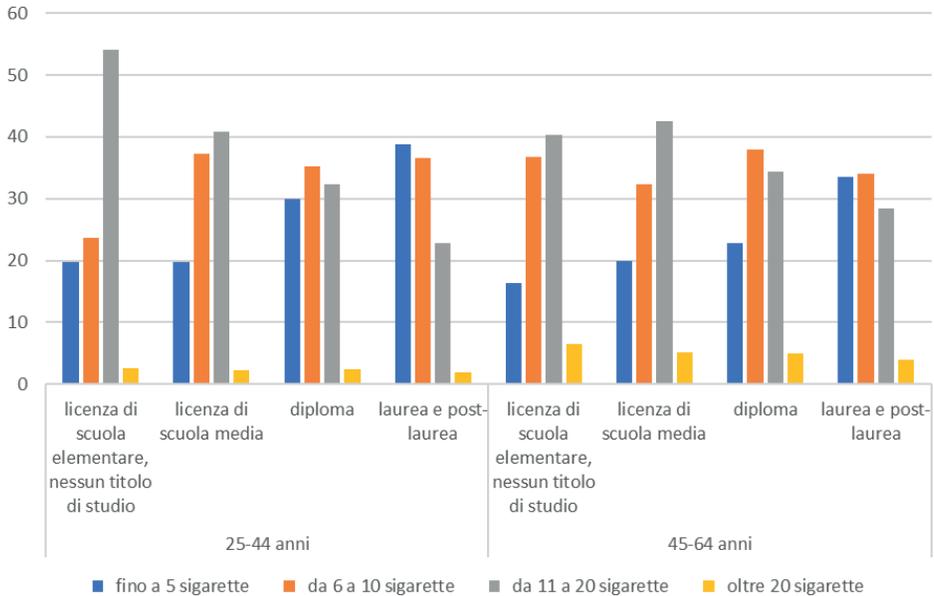
**Figura 16**  
**Abitudine al tabacco per classi di età e titolo di studio**



Fonte: ISTAT 2019.

I Dati ISTAT 2019 (**Figura 16**) permettono di vedere come l'abitudine al fumo sia prevalente nella classe di età giovanile con licenza di scuola media (31,4%, con diminuzione progressiva all'aumento del titolo di studio), mentre la percentuale maggiore di ex fumatori appare nella classe d'età 45-64 anni tra coloro che hanno un titolo di studio più alto (27% tra i diplomati).

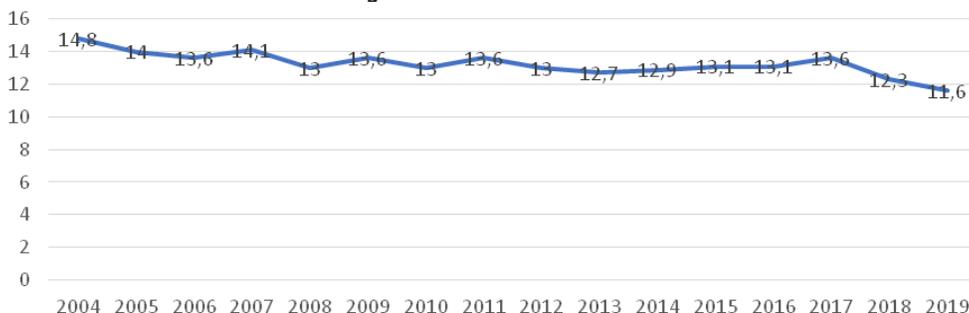
**Figura 17**  
Numero medio di sigarette fumate, per titolo di studio e classe di età



Fonte: ISTAT 2019.

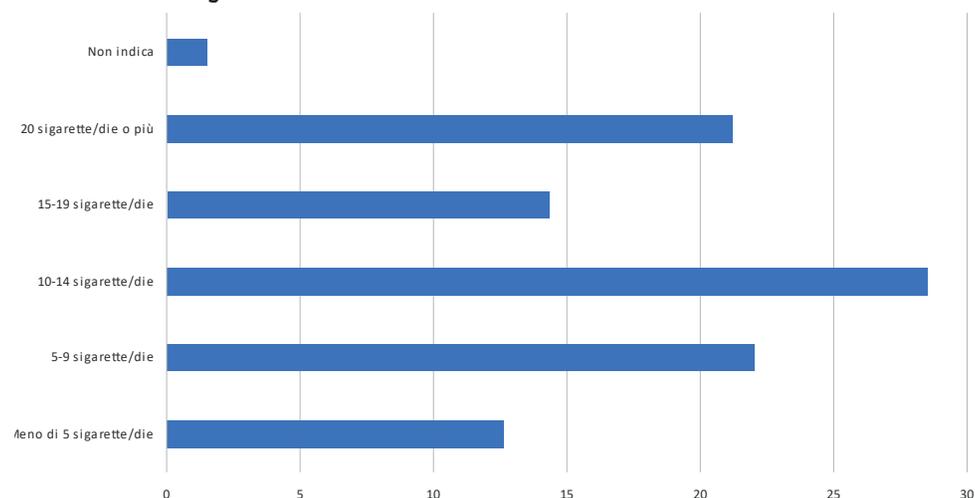
Per quanto riguarda il numero medio di sigarette invece (**Figura 17**), ISTAT comunica che nella classe di età più giovane la maggior parte di chi ha un titolo di studio più basso fuma dalle 11 alle 20 sigarette al giorno (54,1% e 40,8% di chi ha licenza elementare e media rispettivamente), così come nella classe di età successiva (40,3% e 42,6% di chi ha licenza elementare e media rispettivamente); più alto è il titolo di studio, invece, minore è il numero medio di sigarette fumate: fino a 5 sigarette al giorno nel 30% dei diplomati e 38,8% dei laureati nella classe di età più giovane, e nel 22,8% dei diplomati e 33,6% dei laureati nella classe di età più avanzata.

**Figura 18**  
**Andamento del numero medio di sigarette fumate 2004-2019**



Fonte: Indagine ISS-DOXA 2019.

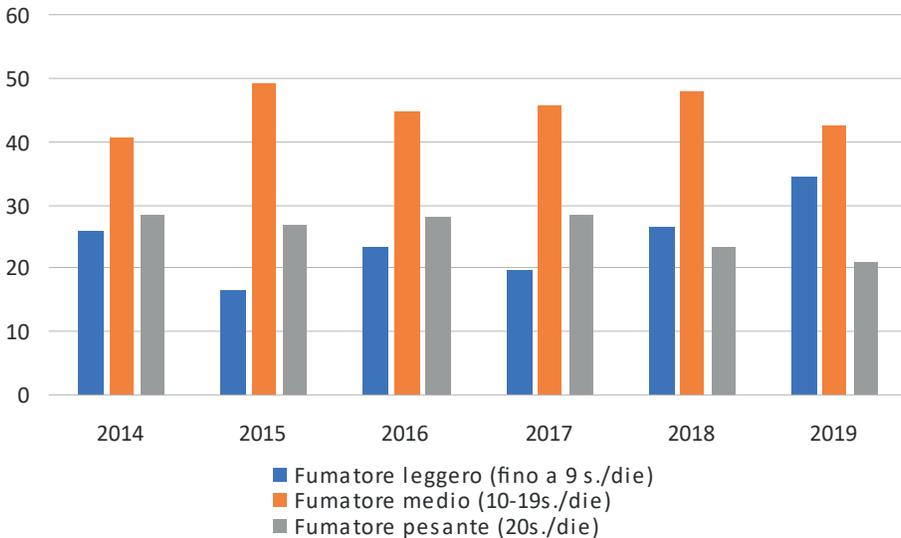
**Figura 19**  
**Numero medio di sigarette fumate 2019**



Fonte: Indagine ISS-DOXA 2019.

Per quanto riguarda il numero di sigarette fumate (**Figure 18-20**) il 34,6 % fuma fino a 9 sigarette al giorno (fumatore leggero, nel 2014 erano il 26%) Tuttavia il 21,2% fuma 20 sigarette o più al giorno ed è definito come fumatore pesante (in calo dal 2014 dove erano il 28,5%). I fumatori intermedi (10-19 sigarette al giorno) sono in aumento dal 40,8% del 2014 al 42,8% del 2019. Il fumo pesante è più frequente tra i maschi e nelle classi di età 45-64 anni, il fumo leggero è più frequente nelle donne e nelle classi più anziane (65 anni e più).

**Figura 20**  
**Attitudine al fumo 2014-2019**



Fonte: Indagine ISS-DOXA 2019.

Mediamente si inizia a fumare a 18,5 anni (gli uomini a 18 anni, le donne poco dopo a 19,3).

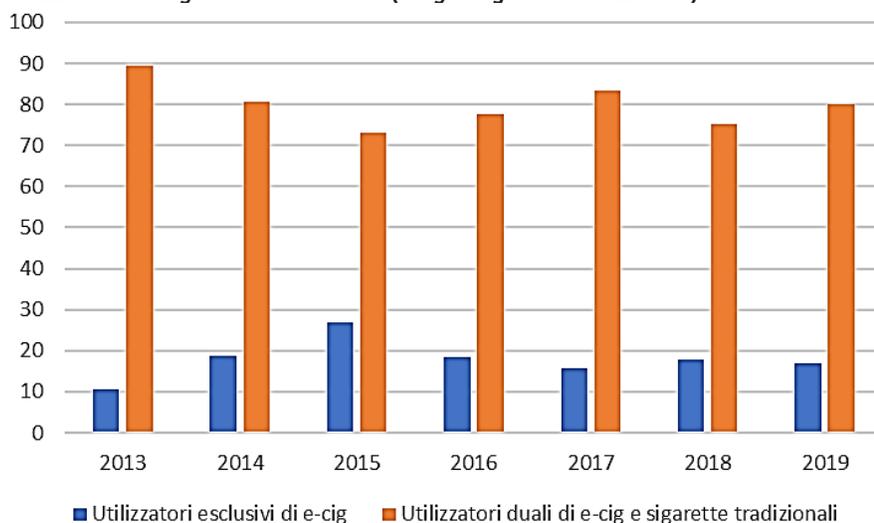
Le *e-cigarette* hanno goduto di un periodo di notorietà nel 2013, dove il 4,2% si era interessato a usarle (**Figura 21**); tuttavia la popolarità di questo strumento sembra diminuire con gli anni e nel 2019 la prevalenza di fumatori di *e-cig* si attesta solo all'1,7%, in favore delle nuove sigarette a tabacco riscaldato (1,6%). Infatti il 3,7% degli intervistati ammette di averne fatto uso nel passato, ma non di farne uso al momento dell'intervista.

L'80% utilizza sia *e-cig* che sigarette tradizionali nel 2019, mentre il 16,9% usa solo le *e-cig*. Questa forbice si è aperta dal 2015, quando l'utilizzo esclusivo delle *e-cig* era del 26,9% e quello duale era sceso al 73,1%. Ci sono anche intervistati che hanno iniziato a fumare con le *e-cig* (5,1%) ma che in seguito hanno abbandonato questi dispositivi.

Fumo passivo: per l'80% dei non fumatori non si può fumare all'interno della propria abitazione, in confronto al 48,9% dei fumatori della stessa opinione. L'esposizione di bambini al fumo passivo casalingo avviene nel 25,4% delle case dei fumatori, nel 13,6% delle case degli ex fumatori e nel 5% delle case dove c'è un non fumatore.

L'Indagine DOXA si sofferma anche sull'andamento della prevalenza degli ex fumatori (**Figura 22**); questi ultimi sono il 12,1% della popolazione (6,3 milioni di persone), tra questi abbiamo soprattutto uomini (15,2% della popolazione, 3,8 milioni di abitanti) mentre le donne hanno una percentuale più bassa (9,3% della popolazione, 2,5 milioni di abitanti). Gli ex fumatori si collocano soprattutto nella classe di età più anziana (over65), dove appaiono in aumento rispetto al 2018.

**Figura 21**  
**Utilizzatori di e-cig esclusivi vs. duali (e-cig + sigarette tradizionali)**

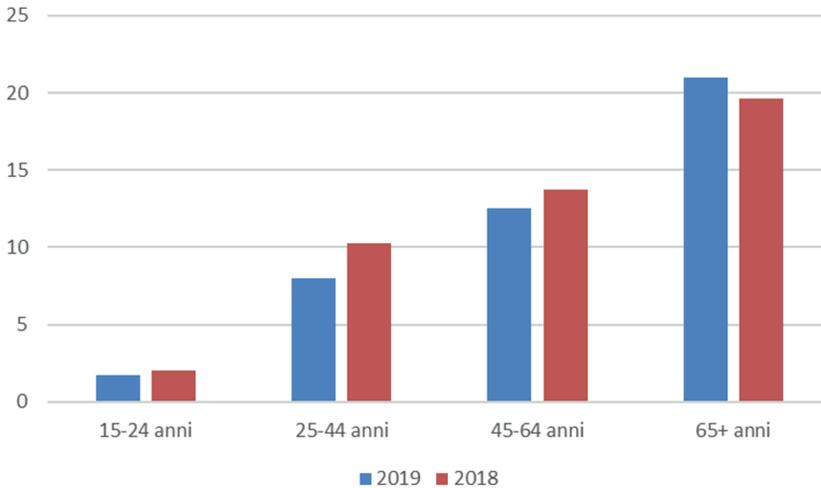


Fonte: Indagine ISS-DOXA 2019.

In Toscana (dati PASSI) nel periodo 2015-2018 più della metà si dichiara non fumatore (56,5%, perfettamente in linea col 56,6% italiano secondo ISTAT) mentre il 24,4% è fumatore (percentuale lievemente inferiore della media italiana).

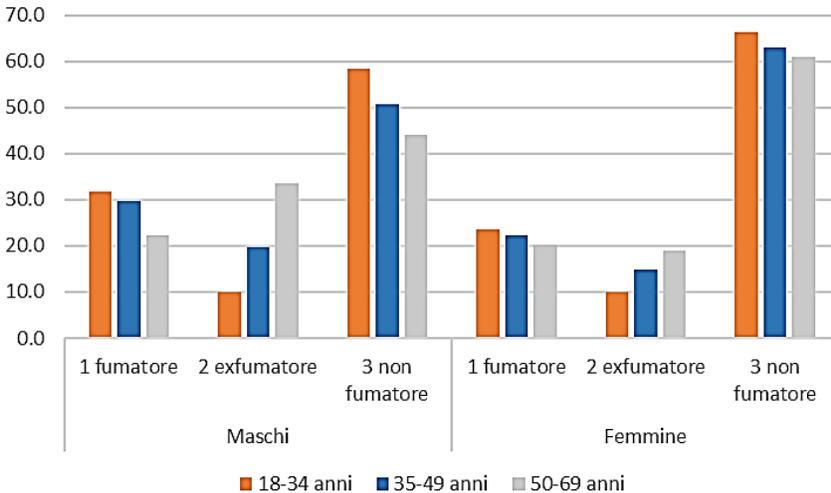
L'abitudine al fumo è maggiore nella fascia d'età più giovane (18-34 anni, **Figura 23**) dove i maschi fumatori hanno una prevalenza del 31,6% e le donne del 23,7%; la prevalenza diminuisce gradualmente con l'età in entrambi i sessi. Anche i non fumatori hanno prevalenza maggiore nelle fasce più giovani: il 58,3% dei maschi nella fascia 18-34 anni e il 66,3% delle femmine nella stessa fascia non fuma. Anche questa prevalenza diminuisce gradualmente con l'età, a vantaggio della categoria degli ex fumatori, che invece sono sempre di più.

**Figura 22**  
Percentuale di ex fumatori per classe di età



Fonte: DOXA 2019.

**Figura 23**  
Abitudine al fumo per sesso e classe di età

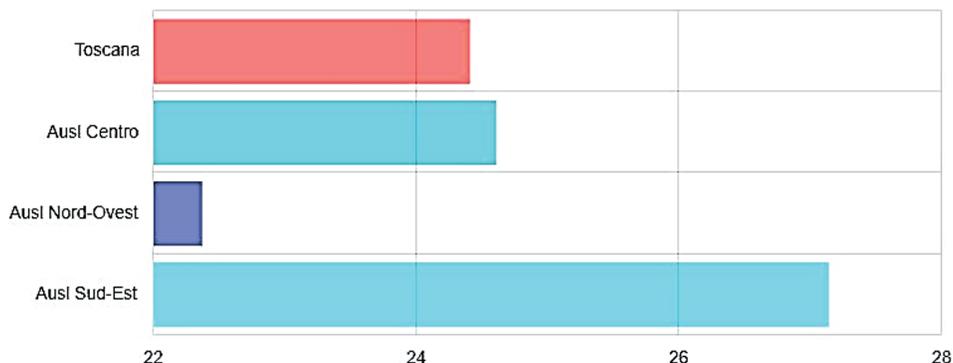


Fonte: PASSI Toscana 2018.

Se consideriamo i dati per AUSL osserviamo che la prevalenza dei fumatori è andata diminuendo costantemente dal 2010, con calo più marcato per la AUSL Centro. La prevalenza di consumo nella AUSL Sud-Est, pur diminuendo dal 2010 resta la più alta tra le varie zone (**Figura 24**), mentre quella con prevalenza inferiore è la AUSL Nord-

Ovest. Questi dati sono simili tra uomini e donne; tuttavia, per gli uomini si fuma più della media toscana sia nella AUSL Sud-Est (28,98%) che nella Centro (28,11%), mentre solo le donne della AUSL Sud-Est (25,36%) fumano più della media toscana.

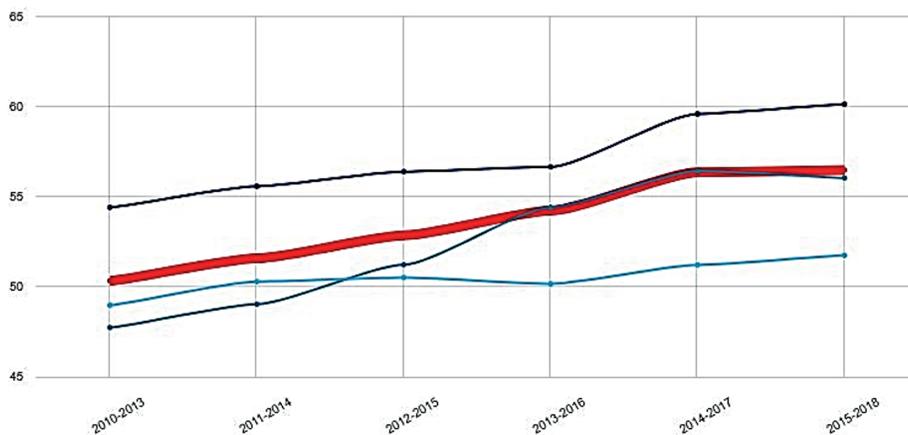
**Figura 24**  
Fumatori adulti in Toscana



Fonte: PASSI 215-2018.

Diminuiscono gli ex-fumatori in tutte le AUSL (unica eccezione la Sud-Est, che ha avuto un aumento nel triennio 2013-2016 ed una discesa più lenta, successivamente, rispetto alle altre AUSL), per un concomitante aumento di coloro che non hanno mai fumato (**Figura 25**). Questo comportamento virtuoso è in costante aumento dal 2010 in tutte le AUSL, più lento nella Sud-Est.

**Figura 25**  
Percentuale adulti mai fumatori, andamento 2010-2018



Fonte: Passi Toscana.

### 1.3.6 Il consumo nella popolazione anziana

Secondo i dati PASSI D'ARGENTO, in Italia, la maggioranza degli ultra 64enni non fuma (63%) o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma una persona su 10 è ancora fumatore (10%). La regione con quota più alta di non fumatori è la Basilicata (72,2%), seguita da Calabria e Campania (entrambe vicine al 71%); in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori quelle del Centro-Sud, in particolare Lazio (12%), Umbria (12%), Basilicata (13%) e Puglia (14,1%).

Al 65,8% delle persone è stato consigliato di smettere, ma questo è avvenuto meno nella Basilicata (44,7%) che in Campania (78,9%), (**Tabella 2**).

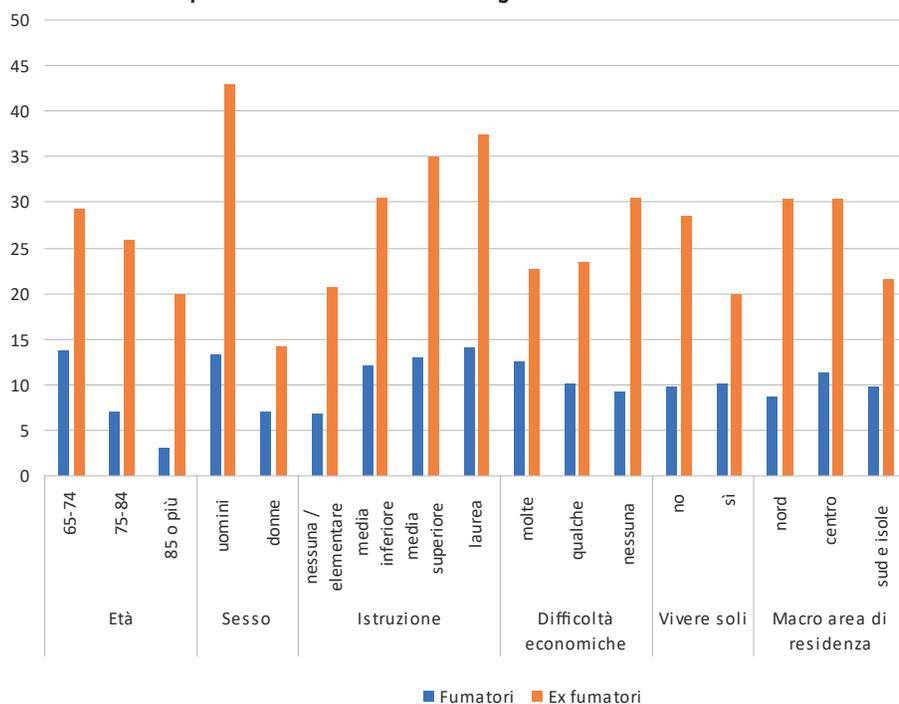
**Tabella 2**  
**Abitudine al fumo per regione**

|                       | Non fumatori | Fumatori   | Ex fumatori | Consiglio smettere |
|-----------------------|--------------|------------|-------------|--------------------|
| Abruzzo               | 68,1         | 8,6        | 23,3        | 63                 |
| Basilicata            | 72,2         | 13,2       | 14,7        | 44,7               |
| Calabria              | 70,6         | 8          | 21,5        | 54,3               |
| Campania              | 70,9         | 10,3       | 18,8        | 78,9               |
| Emilia-Romagna        | 50,7         | 10,2       | 39,1        | 61,9               |
| Friuli Venezia Giulia | 52,7         | 11         | 36,3        | 73,3               |
| Lazio                 | 57,6         | 12,1       | 30,3        | 74,3               |
| Liguria               | 59,9         | 9,9        | 30,2        | 52                 |
| Lombardia             |              |            |             |                    |
| Marche                | 62,3         | 7,9        | 29,8        | 75,6               |
| Molise                | 72           | 3,9        | 24,2        | 75,4               |
| Piemonte              | 64,4         | 7,8        | 27,8        | 66,4               |
| Provincia di Bolzano  | 62,7         | 8,4        | 28,9        | 45,3               |
| Provincia di Trento   | 67,8         | 9,7        | 22,5        | 54,3               |
| Puglia                | 69           | 14,1       | 17          | 58,1               |
| Sardegna              | 58           | 8,5        | 33,5        | 65,4               |
| Sicilia               | 63,3         | 7,3        | 29,4        | 60,5               |
| <b>Toscana</b>        | <b>55,4</b>  | <b>8,3</b> | <b>36,3</b> | <b>56,4</b>        |
| Umbria                | 57,2         | 12,4       | 30,4        | 69,1               |
| Valle d'Aosta         |              |            |             |                    |
| Veneto                | 64,8         | 7,7        | 27,6        | 67,7               |
| <b>Italia</b>         | <b>63,5</b>  | <b>9,8</b> | <b>26,7</b> | <b>65,8</b>        |

Fonte: PASSI d'Argento 2018.

Con l'avanzare dell'età diventa più difficile trovare chi mantiene questa abitudine o chi l'ha abbandonata: dalla classe di età 65-74 anni a quella over 85 la quota di fumatori scende dal 14% al 3% e la quota di ex fumatori scende da 30% al 21% , mentre è maggiore la probabilità di intercettare in vita persone che non hanno mai fumato (i non fumatori sono il 56% degli intervistati fra i 65-74 anni e il 77% fra quelli con 85 anni o più). Il fumo di sigaretta è più frequente fra gli uomini (13% vs 7% nelle donne), nelle classi economicamente più svantaggiate (13% fra coloro che hanno molte difficoltà economiche vs 9% di chi non ne ha) e in coloro che hanno un diploma (uomini) o la laurea (donne), (**Figura 26**).

**Figura 26**  
**Abitudine al fumo per varie caratteristiche demografiche**



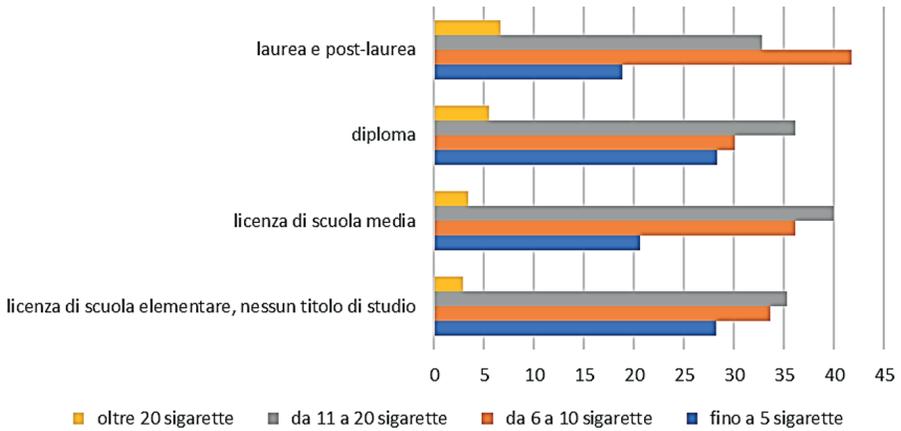
Fonte: PASSI d'Argento 2018.

È più frequente trovare persone che hanno smesso di fumare fra le persone socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione: la quota di ex-fumatori è significativamente maggiore fra le persone senza difficoltà economiche (31% contro il 22% di chi riferisce di averne molte) e fra le persone più istruite (37% fra chi ha conseguito un diploma o una laurea contro il 21% fra chi ha al massimo la licenza elementare). Vivere in famiglia sembra favorire questa scelta (28,5% contro il 20% di chi vive da solo).

Il 66% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista.

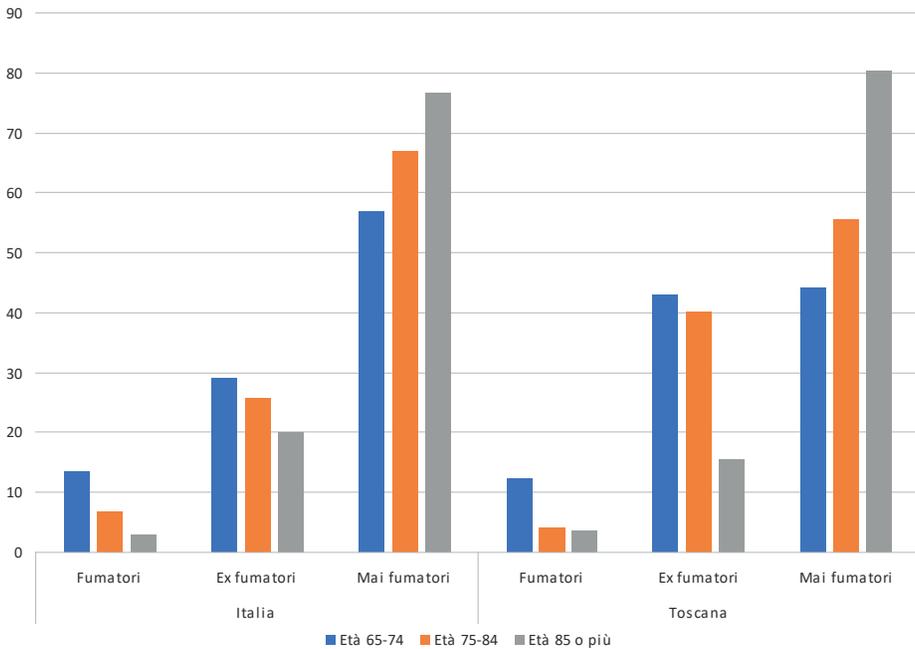
Il consumo medio giornaliero è di circa 11 sigarette, tuttavia quasi 2 fumatori su 10 ne consumano più di un pacchetto al giorno (**Figura 27**, dati ISTAT). In Toscana le sigarette medie fumate al giorno sono 6.

**Figura 27**  
Sigarette fumate negli over 65, per titolo di studio



Fonte: ISTAT Italia, indagini Multiscopo 2018.

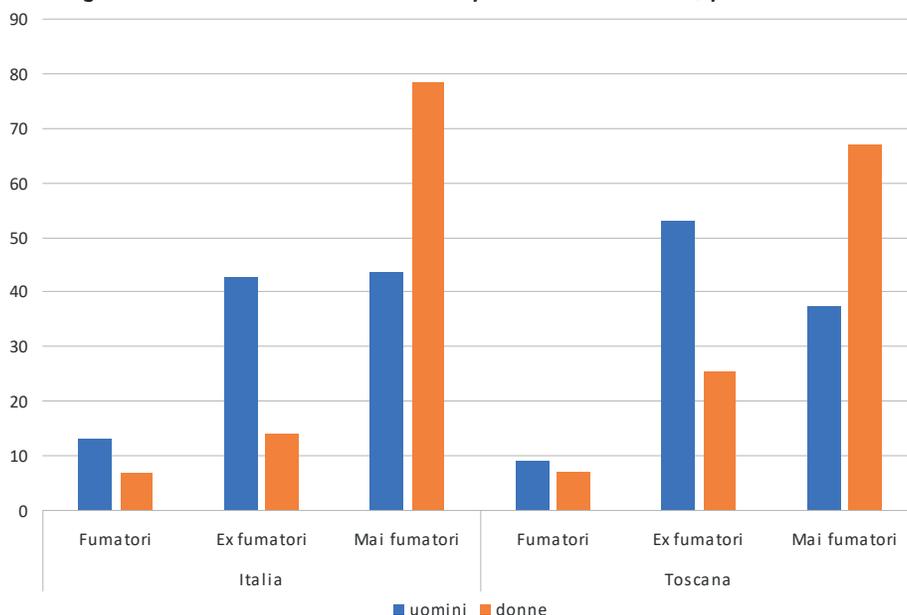
**Figura 28**  
Confronto Italia-Toscana per abitudine al fumo, per classe di età



Fonte: PASSI d'Argento 2018.

Confrontando le abitudini in Italia e in Toscana in **Figura 28** emerge che nella nostra regione abbiamo una quota maggiore di ex fumatori e più bassa di mai fumatori, soprattutto per le classi di età che vanno dai 65 agli 84 anni. Il dato relativo ai fumatori attuali, invece, è in linea con il dato italiano (circa 13%) nella classe 65-74 anni, lievemente inferiore nelle classi successive (4,3% vs 7% in quella 75-84 anni e 4% vs 3% in quella più anziana).

**Figura 29**  
**PASSI d'Argento 2018. Confronto Italia-Toscana per abitudine al fumo, per sesso**



Fonte: PASSI d'Argento 2018.

Rivedendo i dati sulla base del sesso (**Figura 29**) si osserva che le donne ricadono nella categoria delle non fumatrici in misura molto maggiore degli uomini (il 78,7% delle anziane in Italia non hanno mai fumato, contro il 67,1% delle toscane); questi ultimi invece sono la quota maggiore degli ex fumatori (il 42,9% degli uomini anziani italiani è un ex fumatore, contro il 53% dei toscani).

In Toscana gli anziani che fumano ancora sono l'8% (rispetto al 9% italiano), con trend che diminuisce con l'età. Le donne appartengono maggiormente alla categoria di "mai fumatori" e costituiscono quasi il 70% degli over 84enni intervistati; per tale motivo il peso dei "mai fumatori" in questa categoria è molto alto.

Il consiglio di smettere di fumare è stato dato frequentemente; circa il 63% se lo è sentito dire da un operatore sanitario nell'ultimo anno, percentuale più bassa tra gli ex fumatori (50%).

## 1.4 CONCLUSIONI

I dati dimostrano che l'abitudine al fumo è in diminuzione, anche se si presentano alcune criticità degne di nota; la prevalenza sta cambiando soprattutto per il sesso maschile, mentre per le donne, soprattutto giovani, il fumo resta uno status symbol ed un elemento per definire le proprie libertà e personalità. Nei paesi dell'Est Europa persistono ancora le abitudini degli anni passati (simili a quelle degli anni '60 in Europa occidentale), dove gli uomini sono molto più spesso fumatori rispetto alle donne, per le quali questa abitudine non ha ancora ampia diffusione. Tuttavia molti esperti sospettano un futuro cambiamento, con allineamento ai modelli occidentali, per i sempre maggiori scambi tra Est e Ovest Europa e anche a causa delle pubblicità pressanti da parte dei produttori di sigarette, che hanno individuato nelle donne il prossimo target cui rivolgere attenzione.

In Italia e in Toscana, ricordando la **Figura 4** (ovvero la curva epidemica descritta da Lopez e colleghi), potremmo affermare di collocarci, attualmente, in una fase intermedia tra la terza e la quarta: infatti, osservando i dati esplicativi dell'indagine DOXA, notiamo come la forbice tra consumi maschili e femminili si sia chiusa negli ultimi 50 anni arrivando ad una situazione di consumo stazionaria da qualche anno. Nelle classi d'età più anziane, over 65 e ancor più over 75 e over 85, abbiamo una quota molto alta di non fumatori. Questa categoria di intervistati risente della longevità femminile (rappresenta la quota maggiore del campione intervistato) e dei vecchi pattern di consumo associati a questo sesso (le mai fumatrici sono molte in questa fascia); sono invece sempre di più gli ex fumatori nelle categorie più giovani, e sono loro che hanno maggior peso nella discesa della curva dei consumi. Gli adolescenti invertono l'andamento delle prevalenze per sesso: le ragazze che fumano sono più dei ragazzi (anche se i maschi fumano una maggiore quantità di sigarette). La prevalenza globale di chi ha fumato almeno una volta è in aumento rispetto agli anni passati e questo ci suggerisce che il passaggio verso l'ultima fase (la quarta) non si è ancora verificato e che è necessario prestare ancora attenzione alla lotta contro il fumo.

È opportuno che le scuole, con l'aiuto di soluzioni politiche e di promozione della salute, provvedano a educare adeguatamente le nuove generazioni a conoscere i pericoli correlati al fumo, scollegando l'immagine del fumatore dall'idea di maturità, libertà e appeal che evocava in tempi ancora non troppo remoti.

## Bibliografia

1. Maritz, Gert S, and Muyunda Mutemwa. "Tobacco smoking: patterns, health consequences for adults, and the long-term health of the offspring." *Global journal of health science* vol. 4,4 62-75. 30 May. 2012, doi:10.5539/gjhs.v4n4p62
2. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 38. Tobacco smoking. Lyon, France: IARC; 1986
3. Rodgman, A., Perfetti, T. (2013). *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. Boca Raton: CRC Press, <https://doi.org/10.1201/b13973>
4. Tang, Moon-shong et al. "Acrolein induced DNA damage, mutagenicity and effect on DNA repair." *Molecular nutrition & food research* vol. 55,9 (2011): 1291-300. doi:10.1002/mnfr.201100148
5. Robinson JC, Forbes WF. The role of carbon monoxide in cigarette smoking. I.
6. Carbon monoxide yield from cigarettes. *Arch Environ Health*. 1975 Sep;30(9):425-34.
7. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General: Secondhand Smoke: What It Means To You*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006
8. U.S. Department of Health and Human Services. *A Report of the Surgeon General: How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010
9. Ario Alberto Ruprecht, Cinzia De Marco, Paolo Pozzi, Roberto Mazza, Elena Munarini, et al. Outdoor second-hand cigarette smoke significantly affects air quality. *European Respiratory Journal* 2016 48: 918-920; DOI: 10.1183/13993003.00064-2016
10. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, McMillen
11. RC. Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans.
12. *Pediatrics*. 2009 Jan;123(1):e74-9. doi: 10.1542/peds.2008-2184.
13. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2087\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2087_allegato.pdf)
14. Lopez, A. D. et al. "A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries." *Tobacco Control* vol. 3,3 (1994): 242-247.
15. Aurrekoetxea JJ, Murcia M, Rebagliato M, Guxens M, Fernández-Somoano A, López MJ, Lertxundi A, Castilla AM, Espada M, Tardón A, Ballester F, Santa-Marina L. Second-hand smoke exposure in 4-year-old children in Spain: Sources, associated factors and urinary cotinine. *Environ Res*. 2016 Feb;145:116-125. doi:10.1016/j.envres.2015.11.028



## **CAPITOLO 2**

### **IL CONSUMO DI ALCOL**



---

## 2. IL CONSUMO DI ALCOL

### 2.1 INTRODUZIONE

Una bevanda alcolica è definita come un liquido contenente etanolo (alcol etilico, ovvero  $C_2H_5OH$ ), una sostanza che viene rapidamente assorbita dal tratto gastrointestinale e distribuita in circolo e nei tessuti, dando effetti psicotropi variabili a seconda della gradazione alcolica, della quantità di bevanda assunta e degli effetti del metabolismo, che dipendono dall'abitudine individuale all'alcol (gli enzimi responsabili sono inducibili e possono avere una attività minore o maggiore a seconda del soggetto) e a caratteristiche genetiche peculiari (in alcune popolazioni, come quelle asiatiche, alcuni enzimi responsabili del metabolismo sono carenti, pertanto si hanno reazioni spiacevoli anche con basse dosi di alcol). Il contenuto alcolico di una bevanda è usualmente indicato come percentuale su volume, ovvero i millilitri di etanolo contenuti in 100 millilitri della bevanda stessa, misurata alla temperatura di 20°C<sup>1</sup>.

Nella maggior parte dei casi gli alcolici derivano da processi di fermentazione degli zuccheri contenuti nel liquido da parte di lieviti, tra i quali quello più frequentemente utilizzato è il *Saccaromyces Cervisiae*; tuttavia dato che con questo processo si producono alcolici con gradazione non superiore al 15%, per ottenere gradazioni superiori questi ultimi vengono ulteriormente processati attraverso la distillazione (con produzione dei cosiddetti “superalcolici”) [1].

Un'unità standard è un termine che si riferisce a una specifica quantità di alcol puro, che può essere contenuto in prodotti diversi con gradazioni alcoliche differenti; pertanto a volumi e gradazioni diversi si possono assumere le stesse unità alcoliche. Non esiste tuttavia un consenso internazionale su quanto alcol puro si debba considerare come “unità”, ma nella maggioranza dei Paesi europei si considerano 12 grammi di etanolo come quantità standard. Pertanto, una bevanda che contiene nel suo complesso 12 grammi di etanolo è una unità standard [2]; può trattarsi di un bicchierino di superalcolico, di un bicchiere di vino, di una lattina di birra (**Figura 1**).

L'alcol fornisce una certa quota calorica, 7Kcal/g, (fattore di cui è importante tenere conto nell'ambito di diete dimagranti [3]).

---

<sup>1</sup> Articolo 12 del Decreto Legislativo 27 gennaio 1992 n. 109, detto “legge alimenti”.

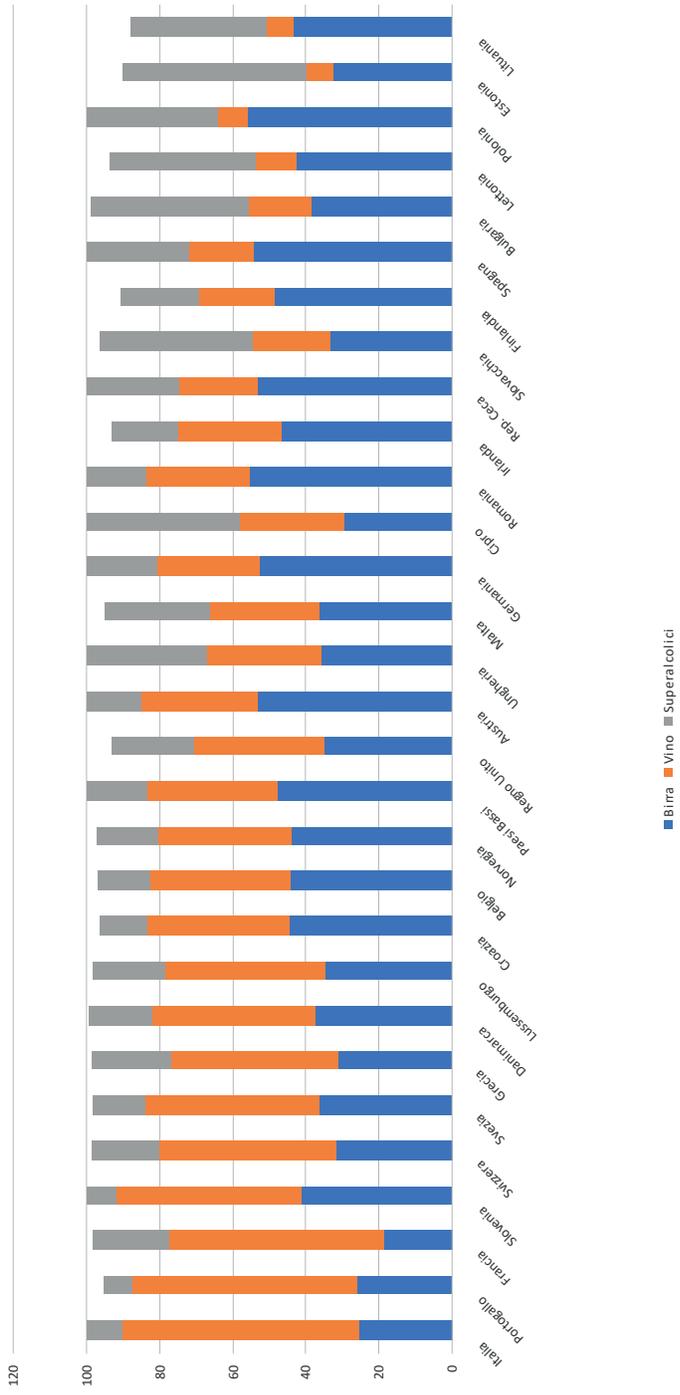
**Figura 1**  
**Una unità alcolica, per tipo e quantità di bevanda**



In Europa le bevande di uso prevalente sono vino, birra e superalcolici, bevuti in proporzioni diverse a seconda del Paese. I dati GISAH 2016 (**Figura 2**) affermano che in Polonia, Romania, Spagna, Austria, Repubblica Ceca e Germania almeno il 50% della popolazione indagata consuma alcol sotto forma di birra, e in proporzione leggermente inferiore (dal 50% al 40%) anche in Finlandia, Paesi Bassi, Irlanda, Croazia, Belgio, Norvegia, Lituania, Lettonia e Slovenia. Invece in Italia, Portogallo, Francia e Slovenia più del 50% dell'alcol viene consumato come vino (in Italia la quota maggiore, 64,8%). Estonia, Bulgaria, Cipro, Slovacchia e Lettonia usano prevalentemente superalcolici (almeno il 40% dell'alcol consumato). Dal 2010 si assiste ad una modifica nei consumi, dove il consumo di birra è incrementato in molti Paesi (massimo incremento in Romania, dal 48,2% al 55,6%), stazionario in Italia, Portogallo e in Francia così come il consumo di vino; invece quest'ultimo è andato riducendosi soprattutto in Grecia (dal 53,2% del 2010 al 45,5% del 2016).

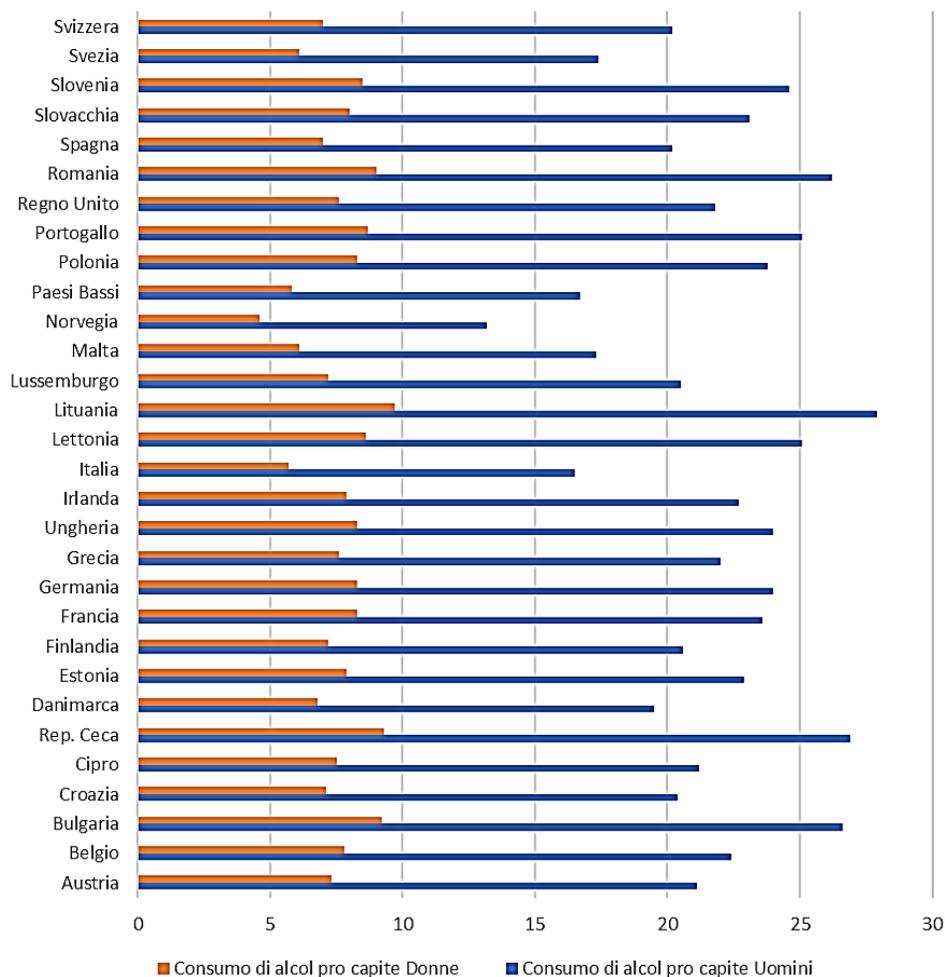
Il consumo dannoso di alcol ha un impatto diretto su molti degli obiettivi di salute riportati nella nuova "Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile" e gli obiettivi di sviluppo sostenibili (*Sustainable Development Goals*, SDG) da raggiungere entro il 2030 e il consumo di alcol pro-capite all'anno in litri di alcol puro è uno dei due indicatori per l'obiettivo di salute SDG 3.5 - "Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compresi l'abuso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol". L'indicatore per monitorare lo SDG 3.5 è il consumo pro-capite di alcol in litri di alcol puro (APC) e l'analisi del trend mostra che in Italia la diminuzione è stata maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo; in particolare si rileva che il dato italiano è stato superiore a quello europeo fino alla metà degli anni ottanta e che successivamente è andato aumentando il divario tra il dato rilevato in Italia e quello medio europeo. Il consumo medio di alcol tra gli adulti europei nel 2016 è stato di 11,3 litri di alcol puro, con una media di 170 grammi di alcol per settimana. Gli uomini hanno consumato una media di 18,3 litri e le donne 4,7. Lituania, Repubblica Ceca, Bulgaria e Romania sono i Paesi che consumano più alcol pro capite (oltre 26 litri per gli uomini e oltre 9 per le donne), (**Figura 3**). L'Italia si colloca penultima in questa classifica, con 16,5 litri di alcol pro capite per gli uomini e 5,7 per le donne (ultima la Norvegia, con 13,2 e 4,6 litri rispettivamente).

**Figura 2**  
Consumo di alcol in Europa per tipo



Fonte: GISAH 2016.

**Figura 3**  
**Consumo di alcol pro capite, per Paese e sesso**



Fonte: GISAH 2016.

### 2.1.1 Consumo di alcol e stili comportamentali

Il consumo di alcol è un fattore di rischio ben conosciuto per molti tipi di cancro (specie se il consumo è associato al fumo di tabacco, come per i tumori dell'apparato digerente), per la cirrosi epatica (e conseguenti tumori post-cirrosi) e per intossicazioni acute, ma a dosi basse può dare effetti benefici in alcuni gruppi di popolazione. È opinione scientifica diffusa che un uso limitato e consapevole di sostanze a base alcolica, come ad esempio l'abitudine di bere un bicchiere di vino rosso durante i

pasti, aiuti a mantenere la giusta fluidità sanguigna e combattere l'invecchiamento cellulare (ad opera del resveratrolo ed altre sostanze contenute nel vino). Esistono studi dove si dimostra che un consumo moderato di alcol (circa 3-7 drinks a settimana, corrispondenti a una unità alcolica a drink) diminuisce il rischio di morte cardiovascolare e cerebrovascolare rispetto a chi non fa mai uso di alcol; il vantaggio tuttavia si annulla per quantità maggiori [3]. Altri studi infatti mettono in guardia sull'aumento della frequenza cardiaca determinato dall'alcol, che potrebbe in secondo luogo determinare aritmie. [4] Il nostro paese, come noto, affianca alla generale diminuzione dei consumi, oramai avviata da oltre 50 anni, la più recente convivenza di due modelli, nordico e mediterraneo, tipici di due diverse modalità di consumo. Il primo, più recente e caratteristico dei contesti giovanili, è contraddistinto dal consumo di grandi quantità (spesso in un'unica occasione) di superalcolici, aperitivi e birra, fuori dai pasti e in contesti di aggregazione, tipico del mondo nordico e anglosassone. Il secondo, più tradizionale per il nostro paese (e in particolare per la Toscana), interessa una popolazione più adulta e un consumo prevalentemente durante i pasti, in contesti familiari e rivolto maggiormente al consumo di vino. Per questi motivi il quadro generale dei consumi assume profili diversi, secondo il target e il contesto in cui vengono assunte le bevande.

A partire dal 2014 nei LARN (Livelli di assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione Italiana), che costituiscono dei valori di riferimento per i professionisti sulla quantità di sostanze nutritive necessarie per mantenere in buona salute individui sani) sono state definite meglio le modalità di consumo, sostituendo termini utilizzati precedentemente ma non scientificamente definiti né appropriati come “consumo moderato”, “sociale” o “abuso”; è stato pertanto individuato un consumo a “basso rischio”, inferiore a 10 g/die per la donna e 20 g/die per l'uomo (valori al di sotto, rispettivamente, di una e due unità alcoliche), un consumo “a rischio”, che supera le quantità a basso rischio (ovvero circa 20-40 g/die per le donne e 60 g/die per gli uomini) e che può determinare un rischio se persiste tale abitudine, e infine un consumo “dannoso” oltre i 40 g/die se donne e 60 g/die se uomini (che solitamente determina un danno alla salute fisica e/o mentale: la diagnosi di consumo dannoso si fa solo in presenza di tali danni). Esiste poi la “dipendenza” vera e propria, che comprende una pletera di fenomeni fisici, fisiologici, comportamentale e cognitivi che determinano problematiche su più livelli in campo affettivo, lavorativo, relazionale, oltre ad un continuo desiderio di bere e comparsa di sindrome di astinenza al cessare dell'abitudine. Un pattern a basso rischio, in paesi ad alto introito economico, può essere associato ad un miglior livello di salute e a una più bassa mortalità a tutti i livelli rispetto all'astinenza totale o al pattern ad alto rischio.

Il *binge drinking*, ovvero bere quantità molto più alte fino ad ubriacarsi è un fenomeno in aumento; è definito dall'OMS come un consumo in un intervallo di tempo molto ristretto (poche ore), di più di 60 grammi di alcol (generalmente 5 o più bevande), o come viene invece definito dal NIAAA<sup>2</sup>, una quantità di alcol tale da elevare la concentrazione nel sangue a 0.08g/dL. Il fenomeno dell'“abbuffata alcolica” è tipico della popolazione giovanile tra gli 11 e i 17 anni ed è un fenomeno che non può essere sottovalutato perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001) ed è preoccupante la tendenza legata al primo contatto, sempre più precoce, dei giovani verso l'alcol, che avviene in quel periodo di passaggio dal pediatra al medico di Medicina generale.

Gli effetti dell'alcol sul Sistema nervoso degli adolescenti (giovane e particolarmente vulnerabile) provocano difficoltà di memoria e di apprendimento, comportamenti violenti, comportamenti sessuali a rischio, tentativi di suicidio [6]. Spesso chi abusa di alcol tende a compiere abusi anche di sostanze stupefacenti. Più è precoce l'età di inizio, più severe sono le conseguenze: alcuni studi dimostrano che adolescenti che già a 12 anni facevano uso di alcol sono stati arrestati più spesso e hanno avuto una probabilità molto maggiore di avere problemi di abuso di sostanze a 20-22 anni, comparati a chi non ha cominciato a bere fino all'età di 14 anni [7]. Ogni anno di sobrietà in più riduce la probabilità di dipendere dall'alcol in futuro del 14%.

Il consumo di alcol è particolarmente pericoloso anche per le persone sopra i 65 anni: a partire dai 50 anni, infatti, la quantità di acqua nell'organismo diminuisce e a parità di alcol ingerito il tasso alcolemico è più alto. Inoltre, si ha un peggior funzionamento di alcuni organi che avrebbero funzione detossificante, come il fegato e i reni. L'abuso di alcol porta anche ad alterazioni funzionali del cervelletto e ad anomalie dell'andatura e della postura corporea, che possono sommarsi alle patologie neurodegenerative ed articolari tipiche delle età più avanzate, facilitando incidenti e cadute. Le linee guida INRAN consigliano di non superare, nel caso degli anziani, il limite di 12 grammi di alcol al giorno, ovvero una unità alcolica. La raccomandazione è la stessa per uomini e donne.

---

<sup>2</sup> National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (USA).

## 2.2 GLOBAL BURDEN OF DISEASE

L'alcol è stato classificato come cancerogeno certo a partire dal 1988. Il Codice europeo contro il Cancro, redatto dall'IARC riconosce l'alcol come sostanza cancerogena certa per l'uomo. Il consumo eccessivo di alcol è in relazione con alcuni tumori di fegato, stomaco, pancreas ed esofago (per forti bevitori) e colon-retto, neoplasie del cavo orale, della faringe e della laringe [6].

Globalmente l'alcol è il settimo fattore di rischio principale sia per le morti globali che per le DALYs (numero di anni persi a causa di malattie, disabilità e morte prematura). Secondo il *Global Burden of Disease* del 2017<sup>3</sup> più di 310000 morti e 10 milioni di DALYs sono state attribuite al consumo di alcol. Di questi 248000 morti e 7,5 milioni di DALYs sono correlati direttamente agli effetti delle bevande alcoliche sulla salute, e allo sviluppo di malattie non trasmissibili, e approssimativamente 43000 morti e 2.240.000 DALYs a infortuni; inoltre nel 2017 quasi 125000 morti per cancro sono da attribuire all'uso di alcol, assieme ad altre 43500 morti per cirrosi e altre malattie epatiche croniche. 23000 morti sono stimate essere causate da autolesionismo e suicidio. La cirrosi epatica causerebbe circa 1,2 milioni di morti nel mondo ogni anno<sup>4</sup>. Il consumo consistente di alcol rappresenta anche la principale causa evitabile di demenza a esordio precoce.

## 2.3 IL CONSUMO DI ALCOL IN EUROPA, ITALIA E TOSCANA

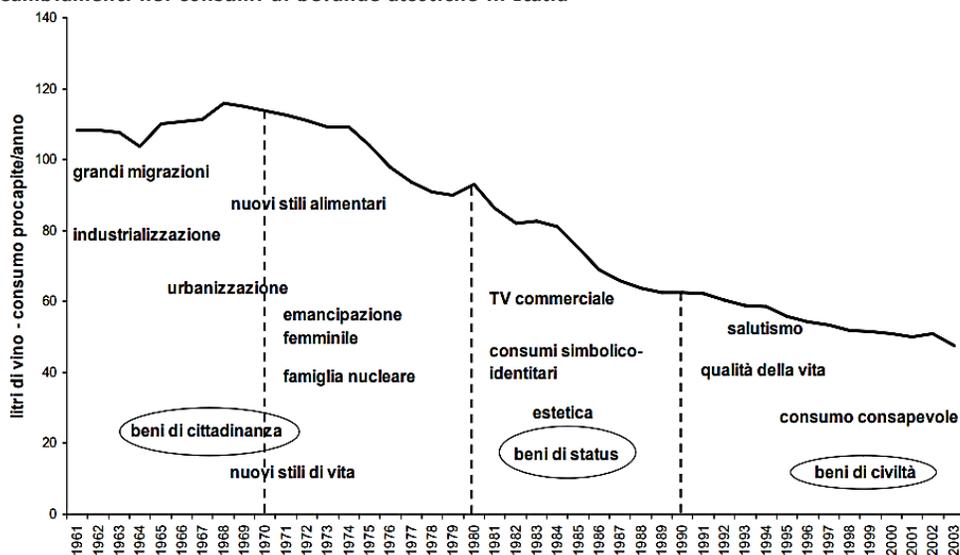
Così come in Europa i pattern di consumo si stanno modificando, diminuendo il consumo di alcol durante i pasti e al contempo aumentandolo al di fuori dei pasti, con episodi di *binge drinking*, anche in Italia il consumo di alcol è fortemente cambiato. L'Italia è tradizionalmente un Paese dove si beve vino, al pari della Francia, Spagna e altri Paesi dell'Europa meridionale; tuttavia, da 40 anni in Italia il consumo di vino è in continua discesa. I dati OVSE<sup>5</sup> registrano un passaggio da 56 litri a circa 48 di media annua. Il cambio di abitudini ha riguardato anche la tipologia delle preferenze delle bevande alcoliche, affiancando il vino rosso in favore delle bollicine e della birra. Nella **figura 4** si spiega come il cambio generazionale e quello generale di abitudini e tradizioni abbia, col tempo, modificato anche le abitudini del consumo di alcolici e vino.

<sup>3</sup> The Lancet, Global Burden of Disease: [https://www.thelancet.com/gbd?source=post\\_page-----](https://www.thelancet.com/gbd?source=post_page-----)

<sup>4</sup> AASLD, American association for the Study of liver disease.

<sup>5</sup> Osservatorio Vini e Spumanti Effervescenti.

**Figura 4**  
**Cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia**



Fonte: Allamani A, Cipriani F, Prina F, (2006), I Cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia, Quaderno 17, Osservatorio Permanente sui Giovani e l'alcol in Italia, Roma.

Dalla fine degli anni '80, infatti, in Italia convivono due pattern diversi riguardanti il consumo alcolico: un primo modello, proprio delle età giovanili, che si sta velocemente omologando allo stile nordeuropeo, che prevede un consumo soprattutto al di fuori dei pasti, con assunzione di birra, aperitivi e superalcolici e minor consumo di vino; un secondo modello, ancora caro alle età adulte e più avanzate, che risente della tradizione e che si basa su un consumo conviviale di vino prevalentemente durante i pasti in famiglia. In età giovanile, infatti, la socializzazione al consumo non avviene più tramite il vino, ma attraverso altre bevande (soprattutto aperitivi alcolici). I pasti quotidiani vengono vissuti diversamente: le modalità di lavoro e di studio portano le persone a mangiare fuori casa, le famiglie non si riuniscono più a tavola e sta venendo meno la convivialità del pranzo o della cena accompagnati dal vino.

### 2.3.1 Le fonti

Nella **tabella 1** riportiamo le principali fonti statistiche che hanno fornito i dati utili per questo documento; in seguito, gli stili di consumo alcolico suddivisi per fasce d'età; come per fumo, gioco d'azzardo e sostanze verranno descritti gli effetti indiretti per la fascia di età più precoce (da 3 a 10 anni).

Le fonti prendono in considerazione studi internazionali, nazionali e regionali.

- Studi internazionali:** la prima classe di età indagata, quella adolescenziale, è trattata nello studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), uno studio internazionale realizzato in collaborazione con la WHO che ogni quattro anni monitora i comportamenti di salute, la salute e il contesto sociale di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni. Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982. Le linee guida sono tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione regionale rappresentativo della popolazione nelle fasce di età considerate. L'ultima indagine ha raccolto dati internazionali sulla salute degli adolescenti, tra cui consumo di alcol e le modalità del bere, consentendo di confrontare la prevalenza tra paesi e nel tempo, e di evidenziare le disparità di genere e socioeconomiche presenti in tutta la Regione Europea. Nel rapporto è stata analizzata la prevalenza del consumo settimanale di bevande alcoliche (vino, birra, liquori e alcolpops) tra i giovani e per genere. L'ubriachezza è definita come l'essersi ubriacati almeno due volte nella vita, e l'iniziazione precoce come bevute o ubriacature prima dei 13 anni. Per il consumo negli adulti il sistema di rilevazione internazionale è il Gisah (*Global Information System on Alcohol and Health*), che dal 2004 valuta il consumo secondo il «metodo della disponibilità». In generale, la disponibilità di un alimento da consumare per una persona (D) durante un certo periodo (Dt) è dato dalla somma algebrica delle seguenti quantità:  $DDt = P + (I - E) - U + (G1 - G2)$ , dove P=produzione nazionale, I=importazioni, E=esportazioni, U=quantità utilizzata per scopi diversi dal consumo umano, G1=scorte presenti all'inizio del periodo considerato (anno solare), G2=scorte presenti alla fine del periodo considerato (pertanto  $G1-G2$ =giacenze). Questo indice viene diviso per la popolazione residente ottenendo così il consumo medio pro capite per ciascun anno di rilevazione. Tuttavia alcuni limiti della rilevazione vengono dalla mancata stratificazione per sesso, età o area geografica.
- Studi nazionali:** per la fascia adolescenziale i dati sono tratti dal rapporto HBSC, che in questo caso indaga il consumo mensile tra adolescenti, oltre agli episodi di ubriacatura e *binge drinking*; la suddivisione per sessi e classi di età è la medesima della rilevazione internazionale. I dati nazionali di adolescenti e adulti sono raccolti annualmente anche dall'ISTAT attraverso l'«Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana». L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati

si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale. La rilevazione è condotta mediamente su circa 20.000 famiglie (55.000 individui circa). Nella sezione “consumo di bevande” che fa parte della sezione sugli stili di vita e fattori di rischio la quantità e la frequenza di consumo di vino e birra vengono indagate a partire dagli 11 anni, suddividendo il consumo di vino in 1-2 bicchieri al giorno, più di mezzo litro al giorno, più raramente, e quello di birra in tutti i giorni, più raramente, stagionalmente. Questi dati non ci offrono tuttavia una descrizione esatta delle quantità in grammi di alcol. I dati sono disaggregati per classe di età, sesso, regione e per le principali variabili sociodemografiche. Allo stesso modo “aperitivi, amari e liquori” si chiede agli intervistati se consumano o consumano solo eccezionalmente queste bevande, mentre per “alcolici fuori pasto” si chiede se gli intervistati li consumano spesso, meno di una volta a settimana o mai. Per il panorama italiano un altro strumento di indagine è il rapporto di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ideato nel 2005 dal CCM/Ministero della Salute e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità. Il questionario viene somministrato telefonicamente ad un campione di popolazione di residenti assistiti tra i 18 ed i 69 anni, stratificato per sesso, classi di età, titolo di studio, introito economico, estratto casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie. A livello nazionale, così come regionale si indagano il consumo abituale (fuori pasto, elevato, *binge*, a maggior rischio) pur non delineando le quantità esatte. Nel caso della popolazione più anziana la fonte utilizzata è PASSI d’Argento, un sistema di sorveglianza nazionale promosso e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato nelle singole regioni italiane, che partecipano al pool nazionale con il proprio campione. Target dell’indagine sono gli anziani residenti al proprio domicilio, persone di 65 anni o più non ricoverate in una Residenza Sanitaria Assistita (RSA). Anche questa rilevazione ha una controparte regionale. Il consumo viene indagato sulla base di sesso, età, introito economico e titolo di studio e si valuta il consumo giornaliero e la quantità in bicchieri.

- **Studi regionali:** lo studio EDIT (“Epidemiologia dei determinanti dell’infortunistica stradale in Toscana”), recentemente inserito nel Registro delle sorveglianze regionali sugli stili di vita del Ministero della salute (DPCM 3 marzo 2017), è stato ideato e realizzato dall’ARS Toscana per la prima volta nel 2005, ed è stato ripetuto negli anni 2008, 2011, 2015 fino ad arrivare all’attuale, quinta ed ultima edizione nel 2018. Viene indagata la regione nel suo complesso e per zone-distretto; con l’intento di ottenere stime rappresentative a livello di zone-distretto, è stato previsto di intervistare circa 400 studenti per ogni

territorio, corrispondenti ad una sezione completa, dalla prima alla quinta classe, in quattro scuole diverse. La rilevazione del 2018, avvenuta come di consueto nei mesi compresi tra febbraio e maggio, ha permesso l'arruolamento di 6.824 studenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni, suddivisi in 3.731 maschi (54,7%) e 3.093 femmine (45,3%). Tra gli studenti intervistati 1.890 sono residenti nella AUSL Centro (27,7%), 2.876 nella AUSL Nord-Ovest (42,1%) e 2.058 nella AUSL Sud-Est (30,2%). Nel questionario EDIT vengono indagati i consumi per tipo di bevanda e sesso nell'ultima settimana e i comportamenti eccedentari rispetto all'uso di alcol in relazione agli episodi di ubriacatura nell'ultimo anno e di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni. Per quanto riguarda la popolazione adulta il rapporto di sorveglianza PASSI si dedica anche alla nostra regione: nato come studio nel 2005, è stato attuato dalla Regione Toscana dal 2007 con il supporto delle ASL toscane. L'età del target e il questionario somministrato sono gli stessi usati per la rilevazione nazionale; il dato è suddiviso in AUSL (generale) e per sesso, età, titolo di studio, cittadinanza (bevitori a rischio e bevitori *binge*). Per la popolazione anziana abbiamo nuovamente PASSI d'Argento. Per la Toscana riferito all'alcol si chiede se l'intervistato beve più o meno di un bicchiere al giorno, o è astemio, sulla base di sesso, età, titolo di studio allo stesso modo del dato nazionale.

Tabella 1  
 Fonti dei dati statistici

| STRUMENTI DI INDAGINE SULL'ALCOOL |                                       |                    |                                      |                |                     |                                        |                                                                |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|----------------|---------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ITALIANI                          |                                       |                    |                                      |                |                     |                                        |                                                                |
| INDAGINE                          | ANNI DI RILEVAZIONE                   | ETA' DEL CAMPIONE  | PERIODO DI RILEVAZIONE               | DATI NAZIONALI | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO | ARGOMENTI                                                      |
| <b>EDIT</b>                       | Dal 2005                              | 14-18 anni         | Sistematica triennale                | No             | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo, ubriacature e <i>binge drinking</i>      |
| <b>HBSC</b>                       | Dal 2003/2004, sistematica dal 2005/6 | 11, 13, 15 anni    | Sistematica quadriennale             | Si             | Si                  | No                                     | Frequenza di consumo, ubriacature e <i>binge drinking</i>      |
| <b>ESPAD</b>                      | Dal 1995                              | 15-16 anni         | Sistematica annuale                  | Si             | No                  | No                                     | Frequenza di consumo, ubriacature, <i>binge drinking</i>       |
| <b>IPSAD</b>                      | Dal 2001                              | 15-64 anni         | Sistematica, biennale e quadriennale | Si             | Si                  | No                                     | Frequenza di consumo, ubriacature                              |
| <b>DOXA</b>                       | Dal 1957                              | Da 15 anni in poi  | Sistematica biennale                 | Si             | No                  | No                                     | Frequenza di consumo, ubriacature e <i>binge drinking</i>      |
| <b>EURISPES</b>                   | Dal 1982                              | Da 11 anni in poi  | Prima edizione 2018                  | Si             | No                  | No                                     | Frequenza di consumo, ubriacature e <i>binge drinking</i>      |
| <b>ISTAT</b>                      | Dal 1993, escluso il 2004             | Dai 14 anni in poi | Sistematica, annuale e quadriennale  | Si             | Fino al 2011        | No                                     | Frequenza di consumo, tipo                                     |
| <b>PASSI</b>                      | Dal 2007                              | 18-69 anni         | Sistematica, annuale                 | Si             | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo, <i>binge drinking</i> , smettere di bere |
| <b>PASSI D'ARGENTO</b>            | Dal 2009                              | dai 65 anni in poi | Sistematica annuale e biennale       | Si             | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo, a rischio, smettere di bere              |

**Tabella 1**  
**Fonti dei dati statistici (segue)**

| STRUMENTI DI INDAGINE SULL'ALCOOL |          |                      |                             |                                   |   |                                                              |
|-----------------------------------|----------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|
| EUROPEI                           |          |                      |                             |                                   |   |                                                              |
| <b>ESPAD</b><br><b>EUROPA</b>     | Dal 1995 | 15-16 anni           | Sistematica<br>annuale      | 35 Paesi e<br>regioni EU          | / | Frequenza di consumo,<br>ubriacature e <i>binge drinking</i> |
| <b>HBSC</b><br><b>EUROPE</b>      | Dal 1982 | 11, 13, 15<br>anni   | Sistematica<br>quadriennale | 49 Paesi e<br>regioni EU e<br>USA | / | Frequenza di consumo,<br>ubriacature e <i>binge drinking</i> |
| <b>WHO</b>                        | Dal 2010 | Da 15 anni<br>in poi | Sistematica<br>annuale      | 30 Paesi e<br>regioni EU          | / | Frequenza di consumo,<br>ubriacature e <i>binge drinking</i> |

### 2.3.2 Il consumo nella fascia adolescenziale (11-18 anni)

Secondo i dati HBSC Europa 2016, la percentuale di chi beve almeno una volta alla settimana varia dal 2% al 26% tra le ragazze, e dal 3% al 33% tra i ragazzi, a seconda dei Paesi e delle regioni. La percentuale aumenta generalmente dagli 11 ai 15 anni, con numeri più alti per i ragazzi residenti nell'Europa del centro Est e nelle regioni del Sud Europa (come Croazia, Romania, Grecia e Moldavia), mentre è più bassa nei paesi nordici (Svezia e Norvegia hanno le percentuali tra le più basse a 15 anni), (**Tabella 2**). Quasi tutti i Paesi tuttavia, hanno avuto una diminuzione delle percentuali di chi fa uso settimanale di alcol dal 2002 al 2014 in entrambi i generi; le eccezioni sono l'Austria, la Croazia, Israele e la Repubblica di Macedonia, i cui ragazzi non hanno avuto cambiamento in 12 anni, e la Grecia, l'Ungheria, Israele, la Polonia, la Romania ed ancora la Macedonia, dove sono invece le ragazze non hanno modificato la frequenza nel bere. Le differenze di genere con gli anni sono diminuite. Per le ragazze, nel 2002, più di una su 5 in 15 paesi e regioni riportava di bere almeno una volta a settimana. La Finlandia è stato il solo paese dove meno del 10% delle ragazze ha riportato di bere almeno una volta a settimana dal 2002 al 2014. Tuttavia queste percentuali si riferiscono alla frequenza di consumo ma non alla tipologia, né alla quantità di alcol assunto; è possibile, pertanto, che a pari frequenze i pattern di bevute siano molto diversi.

Tra i 15enni che riportano più spesso la prima ubriacatura precoce (prima dei tredici anni) troviamo le percentuali più alte in Lituania (25% dei maschi e 15% delle femmine), Estonia (21% maschi e 17% femmine) e Bulgaria (19% e 13% rispettivamente). L'Italia è penultima in questa classifica (5% e 2%), insieme alla Norvegia (3% per tutti) (**Figura 5**).

**Tabella 2**  
**Percentuale di chi beve almeno una volta a settimana, per classe di età e sesso**

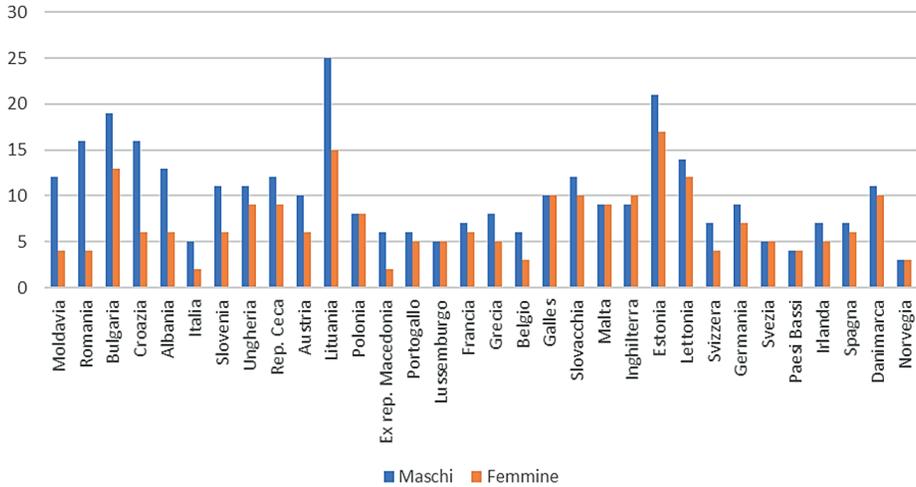
|                    |         | 11 anni | 13 anni | 15 anni |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Moldavia</b>    | Maschi  | 11      | 13      | 24      |
|                    | Femmine | 6       | 7       | 13      |
| <b>Romania</b>     | Maschi  | 12      | 17      | 30      |
|                    | Femmine | 5       | 9       | 10      |
| <b>Bulgaria</b>    | Maschi  | 9       | 20      | 17      |
|                    | Femmine | 4       | 13      | 32      |
| <b>Croazia</b>     | Maschi  | 8       | 15      | 33      |
|                    | Femmine | 4       | 8       | 13      |
| <b>Albania</b>     | Maschi  | 7       | 16      | 23      |
|                    | Femmine | 3       | 9       | 10      |
| <b>Italia</b>      | Maschi  | 7       | 13      | 32      |
|                    | Femmine | 3       | 8       | 18      |
| <b>Slovenia</b>    | Maschi  | 7       | 10      | 18      |
|                    | Femmine | 4       | 4       | 11      |
| <b>Ungheria</b>    | Maschi  | 6       | 11      | 29      |
|                    | Femmine | 3       | 7       | 18      |
| <b>Rep. Ceca</b>   | Maschi  | 5       | 9       | 20      |
|                    | Femmine | 4       | 5       | 14      |
| <b>Austria</b>     | Maschi  | 4       | 7       | 23      |
|                    | Femmine | 4       | 3       | 11      |
| <b>Lituania</b>    | Maschi  | 5       | 9       | 13      |
|                    | Femmine | 2       | 3       | 6       |
| <b>Polonia</b>     | Maschi  | 4       | 6       | 13      |
|                    | Femmine | 3       | 4       | 9       |
| <b>Macedonia</b>   | Maschi  | 5       | 7       | 18      |
|                    | Femmine | 1       | 2       | 9       |
| <b>Portogallo</b>  | Maschi  | 3       | 4       | 11      |
|                    | Femmine | 3       | 3       | 4       |
| <b>Lussemburgo</b> | Maschi  | 4       | 6       | 14      |
|                    | Femmine | 1       | 4       | 9       |
| <b>Francia</b>     | Maschi  | 4       | 7       | 16      |
|                    | Femmine | 1       | 3       | 8       |

**Tabella 2**  
**Percentuale di chi beve almeno una volta a settimana, per classe di età e sesso (segue)**

|                    |         | 11 anni | 13 anni | 15 anni |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Grecia</b>      | Maschi  | 3       | 15      | 29      |
|                    | Femmine | 1       | 6       | 18      |
| <b>Belgio</b>      | Maschi  | 3       | 5       | 17      |
|                    | Femmine | 1       | 3       | 9       |
| <b>Galles</b>      | Maschi  | 3       | 7       | 14      |
|                    | Femmine | 1       | 5       | 12      |
| <b>Slovacchia</b>  | Maschi  | 3       | 8       | 19      |
|                    | Femmine | 1       | 4       | 11      |
| <b>Malta</b>       | Maschi  | 3       | 8       | 32      |
|                    | Femmine | 1       | 4       | 26      |
| <b>Inghilterra</b> | Maschi  | 2       | 5       | 12      |
|                    | Femmine | 1       | 3       | 10      |
| <b>Estonia</b>     | Maschi  | 3       | 4       | 12      |
|                    | Femmine | 1       | 2       | 7       |
| <b>Lettonia</b>    | Maschi  | 2       | 4       | 10      |
|                    | Femmine | 1       | 2       | 4       |
| <b>Svizzera</b>    | Maschi  | 2       | 4       | 11      |
|                    | Femmine | 1       | 2       | 6       |
| <b>Germania</b>    | Maschi  | 2       | 4       | 19      |
|                    | Femmine | 0       | 3       | 8       |
| <b>Svezia</b>      | Maschi  | 1       | 3       | 5       |
|                    | Femmine | 1       | 1       | 4       |
| <b>Paesi Bassi</b> | Maschi  | 1       | 3       | 18      |
|                    | Femmine | 1       | 1       | 13      |
| <b>Irlanda</b>     | Maschi  | 1       | 2       | 6       |
|                    | Femmine | 1       | 2       | 4       |
| <b>Spagna</b>      | Maschi  | 1       | 2       | 11      |
|                    | Femmine | 0       | 2       | 8       |
| <b>Danimarca</b>   | Maschi  | 1       | 3       | 20      |
|                    | Femmine | 0       | 2       | 12      |
| <b>Norvegia</b>    | Maschi  | 1       | 1       | 4       |
|                    | Femmine | 0       | 0       | 3       |

Fonte: HBCS Europe.

**Figura 5**  
**Percentuale dei 15enni che si sono ubriacati per la prima volta precocemente (prima dei 13 anni)**

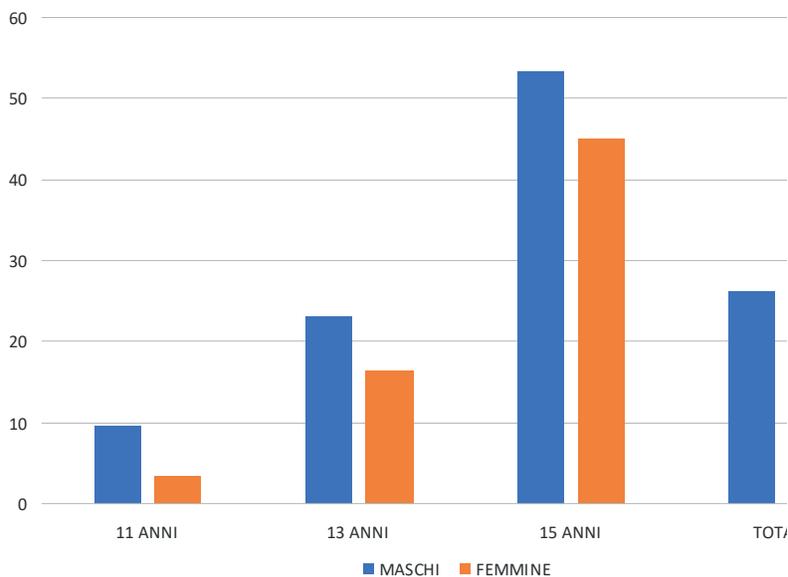


Fonte: HBSC europe.

In Italia secondo i dati HBSC 2018, la quota di ragazzi che dichiara di aver consumato almeno una volta dell'alcol nell'ultimo mese aumenta col progredire dell'età (**Figura 6**), come prevedibile, sia nei maschi che nelle femmine; i maschi hanno prevalenze maggiori in tutte le classi d'età: a 11 anni le femmine che hanno bevuto alcol nell'ultimo mese sono il 3,5% a fronte del 9,7% dei ragazzi; a 13 anni la prevalenza femminile è del 16,5% (contro il 23,3% maschile), e a 15 anni sale al 45,2% contro il 53,5% dei coetanei. In tutto la percentuale femminile di bevitrice è del 19,8%, dei bevitori del 26,3%. I dati non si discostano dalla rilevazione precedente (2014).

**Figura 6**

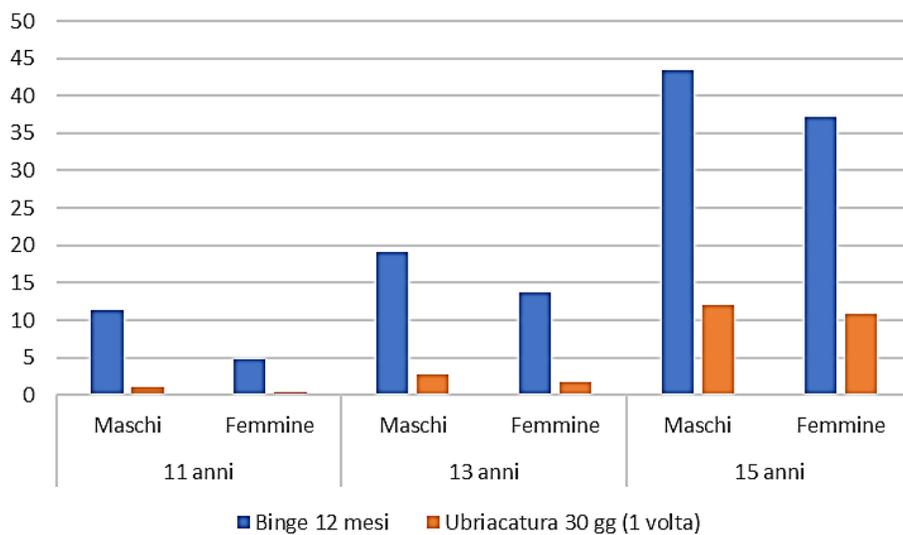
**Ragazzi che hanno bevuto almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per sesso e classe di età**



Fonte: HBSC Italia 2018

**Figura 7**

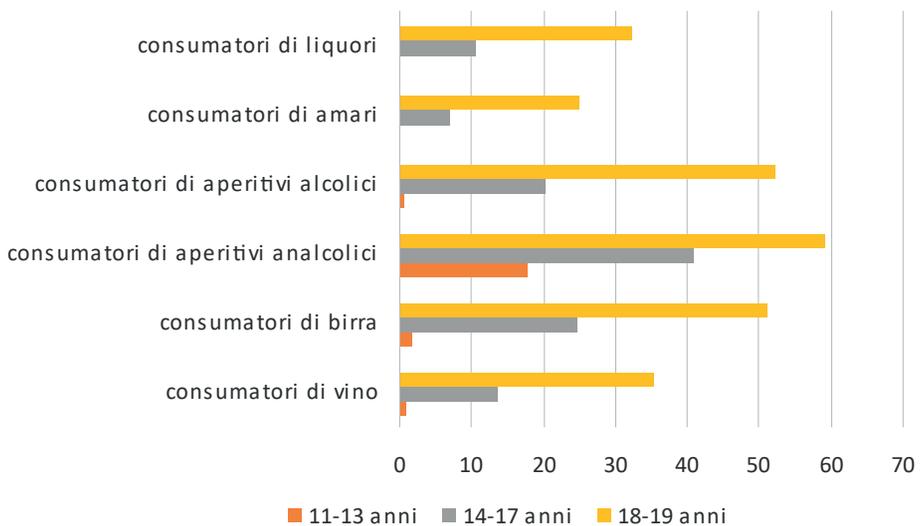
**Episodi di ubriacature e *binge drinking*, per sesso e classe di età**



Fonte: HBSC Italia 2018

Come già dimostrato da tutte le rilevazioni statistiche, la tendenza al binge ed ubriacature negli adolescenti aumenta all'aumentare dell'età, con le differenze tra maschi e femmine che tende ad attenuarsi progressivamente, soprattutto per quanto riguarda le ubriacature (HBSC 2018, **Figura 7**). Il fenomeno del *binge drinking* è in aumento rispetto al 2014: in quell'anno i quindicenni maschi avevano sperimentato questa modalità di consumo nel 38% dei casi, le femmine nel 30%, contro il 43% e 37% rispettivamente nel 2018.

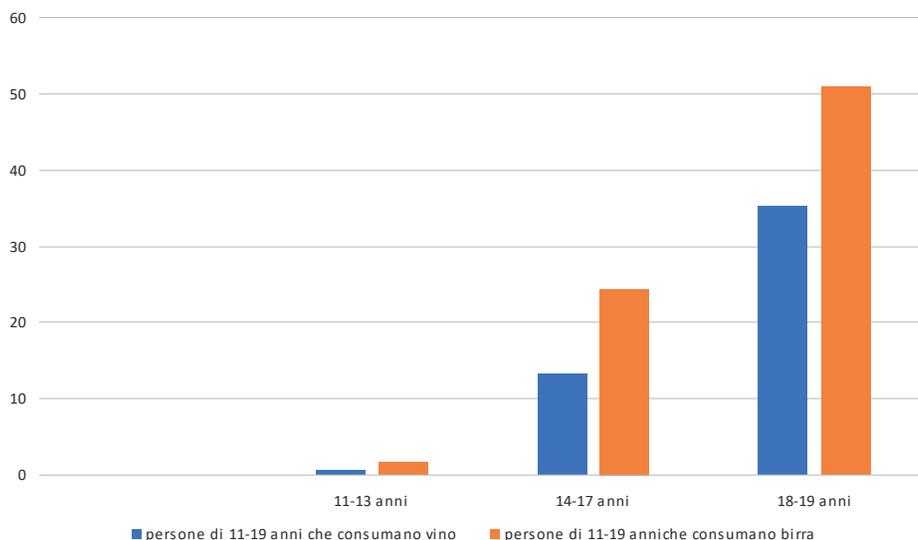
**Figura 8**  
**Ragazzi che consumano alcolici e aperitivi, per classi di età**



Fonte: ISTAT Italia 2018

Nello specifico il consumo di birra appare maggiore rispetto al vino (**Figura 8**), come risulta anche dalle statistiche europee e dall'andamento dei consumi dei giovani in altri Paesi; l'aumento dei consumi è graduale anche oltre i 15 anni, con circa il 50% dei 19enni che consuma abitualmente birra e circa il 35% che consuma vino con una certa frequenza (**Figura 9**).

**Figura 9**  
**Consumo di vino e birra, per sesso e classi di età**

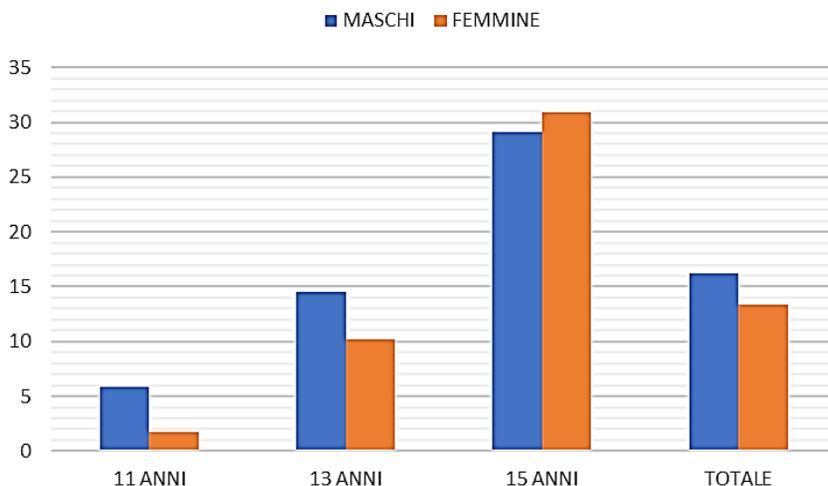


Fonte: ISTAT Italia 2018

I maschi consumano alcolici più delle ragazze in tutte le classi di età, anche se la preferenza per la birra rispetto al vino è la stessa sia per i maschi che per le femmine.

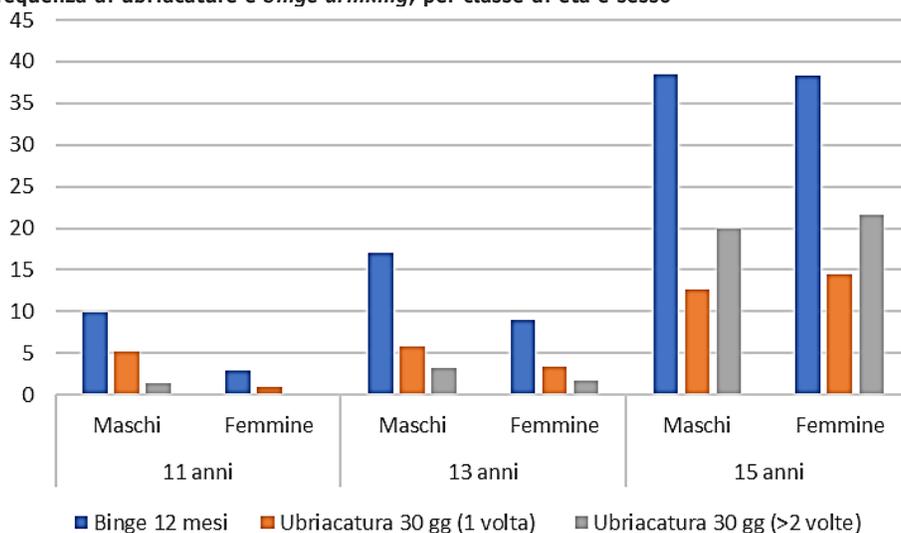
In Toscana (HBSC 2018) le prevalenze di consumo sono generalmente molto più basse della media italiana, pur avendo lo stesso trend in crescita con l'aumentare dell'età e la stessa differenza di genere; Tra le ragazze 11enni solo l'1,7% ha consumato alcol nell'ultimo mese, contro il 5,8% dei maschi, a 13 anni le femmine che lo hanno fatto sale al 10,2% mentre i maschi arrivano al 14,5%. A 15 anni però la tendenza si inverte (**Figura 10**): il 31% delle femmine ha bevuto alcol almeno una volta negli ultimi 30 giorni, mentre i maschi si fermano al 29%. Tuttavia, nonostante quest'ultima differenza la prevalenza globale è del 13,4% tra le ragazze e del 16,2% per i ragazzi.

**Figura 10**  
**Ragazzi che hanno bevuto almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per sesso e classe d'età**



Fonte: HBSC Toscana 2018

**Figura 11**  
**Frequenza di ubriacature e *binge drinking*, per classe di età e sesso**



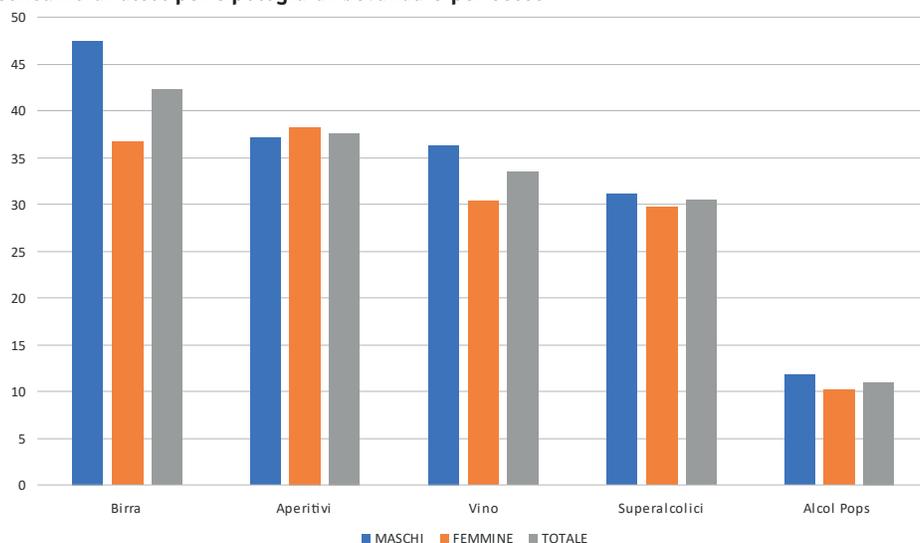
Fonte: HBSC Toscana 2018

Come si nota dalla **figura 11**, in Toscana la prevalenza di ubriacature e *binge drinking* aumenta con l'età e la tendenza maschile-femminile si inverte all'età di 15 anni: se nei ragazzi più piccoli sono i maschi a sperimentare un maggior numero di bevute

abbondanti e ubriacature, successivamente sono le ragazze che tendono a eguagliare le abitudini maschili e a superarle lievemente nel caso delle ubriacature.

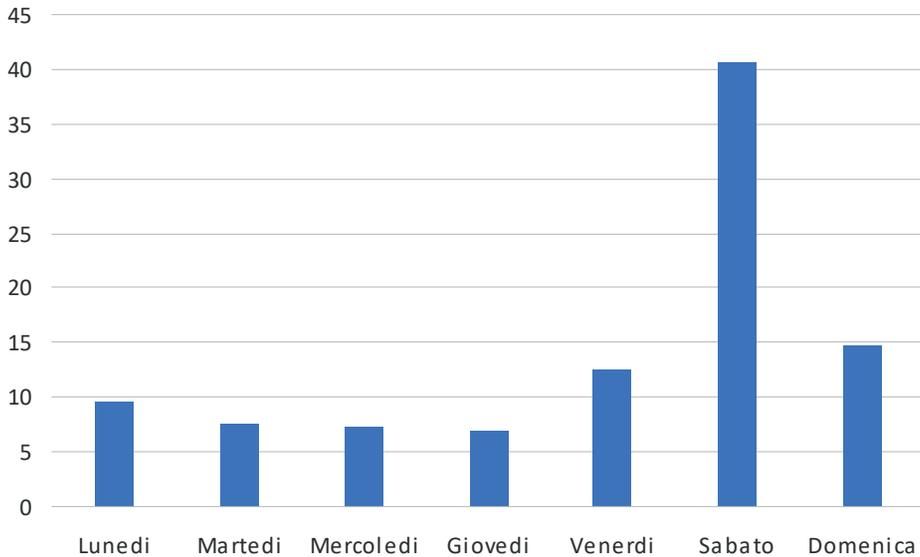
La Toscana adolescenziale vista dai dati EDIT 2018 ci mostra anche che l'andamento del consumo di alcolici una tantum, negli anni, ha un andamento in lieve calo. Analizzando l'andamento delle prevalenze d'uso nell'ultima settimana il calo risulta più evidente, nei 13 anni di rilevazione la prevalenza di bevitori passa dall'81% al 64%. La birra resta al primo posto tra gli alcolici più frequentemente consumati (**Figura 12**) (42,3%), in particolare tra i ragazzi (maschi: 47,5%, femmine: 36,8%). Al secondo posto ci sono gli aperitivi (37,7%), le bevande preferite dalle ragazze (38,3%). Il consumo di vino e di superalcolici avviene nel 33,5% ed il 30,5% dei casi. All'ultimo posto sono stati indicati gli alcol pop (11%).

**Figura 12**  
**Consumo di alcol per tipologia di bevanda e per sesso**



Fonte: EDIT Toscana 2018.

**Figura 13**  
**Bevitori nella settimana, percentuale**



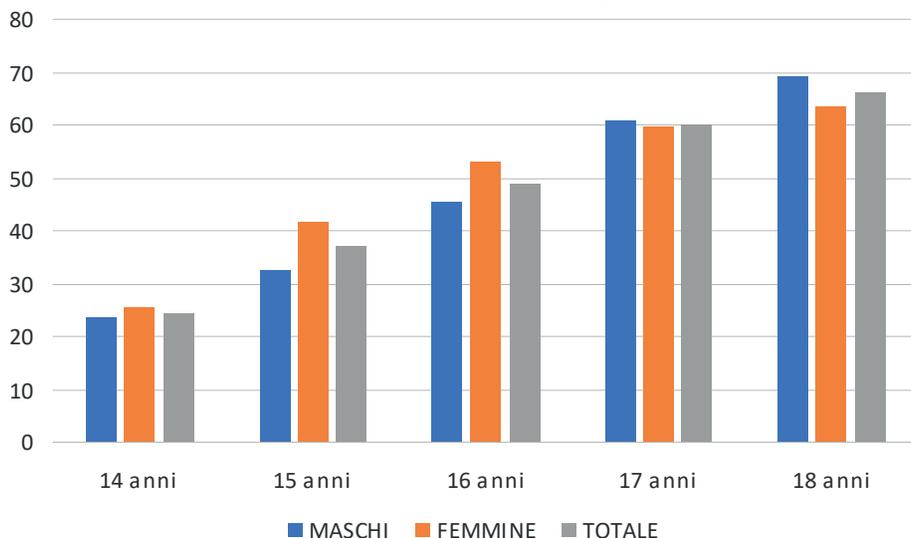
Fonte: EDIT 2018.

Tra i bevitori, durante la settimana si nota che il sabato è il giorno maggiormente dedicato al consumo di alcolici (il 40% dei ragazzi beve alcolici il sabato, seguito dal 14,9% che li consuma la domenica e il 12,6% il venerdì (**Figura 13**)).

Nel 2018 gli episodi di ubriacatura (**Figura 14**) riguardano quasi la metà degli studenti (48,2%), in aumento di circa 6 punti percentuali dal 2005 (quando riguardavano il 42%). Per il *binge drinking* il trend regionale risulta più stabile passando dal 32% al 34% circa (nel periodo 2008-2018).

Nel 2018 le ragazze che riferiscono di aver avuto episodi di ubriacature sono di più rispetto ai ragazzi (49,2% contro il 47,2%), soprattutto tra le 15-16enni, anche se i ragazzi riferiscono un numero di episodi maggiore.

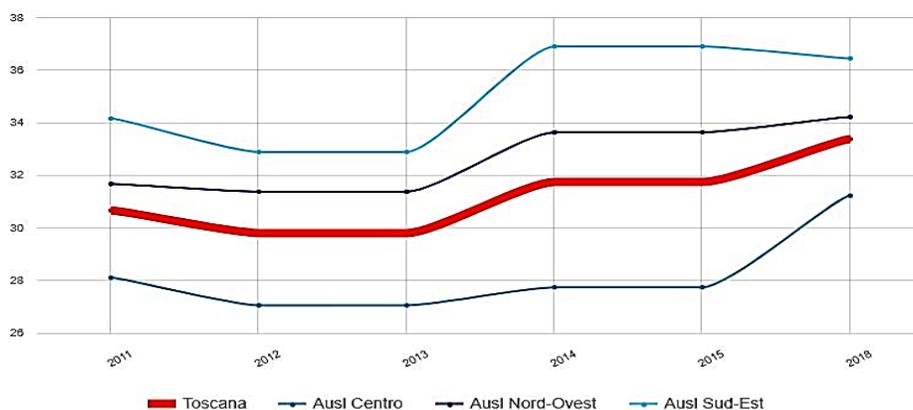
**Figura 14**  
**Percentuale degli episodi di ubriacatura nell'ultimo anno per genere ed età**



Fonte: EDIT Toscana 2018.

**Figura 15**  
**Adolescenti binge drinker (14-19 anni)**  
**Adolescenti (14-19 anni) binge drinkers**

Rapporto pesato (x 100) - Totale  
 Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



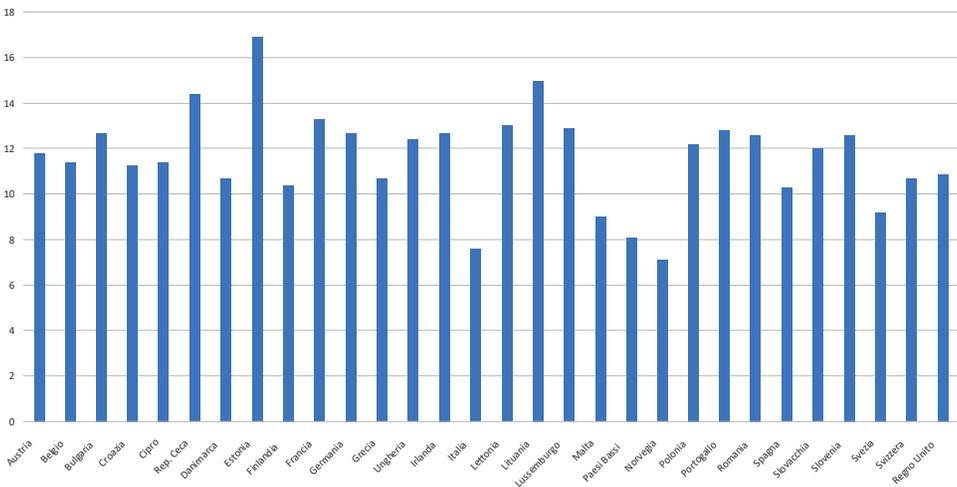
Fonte: EDIT 2018.

Se osserviamo i dati per AUSL, la Sud-Est e la Nord-Ovest affronta episodi di *binge drinking* tra adolescenti in misura maggiore rispetto alla media regionale, al contrario della Centro (**Figura 15**). Tuttavia, si può notare come questi episodi siano in aumento negli ultimi anni, sia per i maschi che per le femmine; è la quota femminile, inoltre, quella che ha subito una impennata di questa abitudine, negli anni 2015-2018.

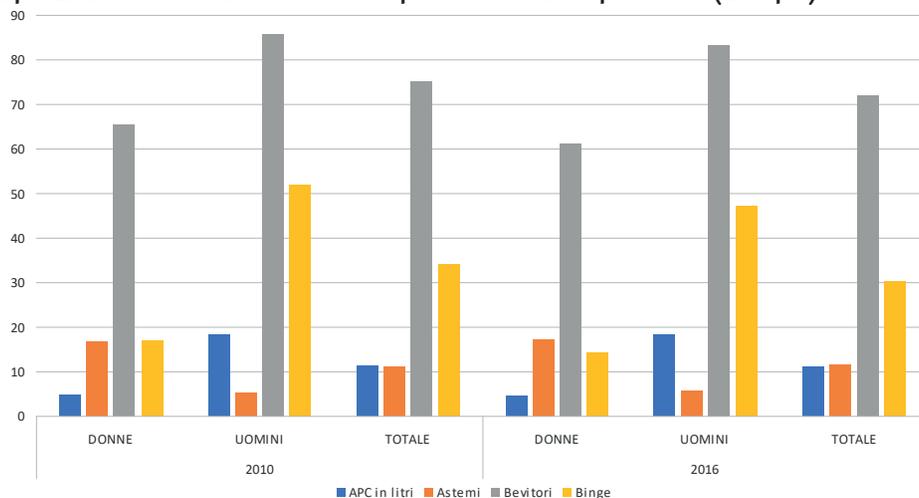
### 2.3.3 Il consumo della popolazione adulta

C'è molta variabilità nei livelli di consumo di alcol nelle regioni europee (dati WHO 2019, **Figura 16**); il consumo più basso è registrabile in Norvegia e Italia, con 7,1 e 7,6 litri a testa (pertanto in Italia si ha un'alta prevalenza di consumatori, ma la quantità consumata globale è inferiore ad altri paesi); il consumo più alto appartiene alla cintura centrale europea, partendo dall'Irlanda fino alla Romania, con consumo più alto in Estonia (intorno ai 17 litri a testa). Il pattern è simile a quello osservato nel 2010. Nel tempo, il consumo medio di alcol in tutto il Nord Europa e la maggior parte delle regioni del Sud è diminuito, mentre nella parte centrale europea abbiamo registrato la tendenza opposta.

**Figura 16**  
Consumo di alcol pro capite per Paese



Fonte: WHO Alcohol country fact sheets 2019.

**Figura 17**
**Esposizione all'alcol. APC= litri di alcol puro a testa annuo per adulto (15 e più)**


Fonte: WHO 2016.

Nella **Figura 17** si evince che negli ultimi anni c'è stata solo una lieve riduzione della quota dei bevitori e dei *binge drinking*, sia per gli uomini che per le donne.

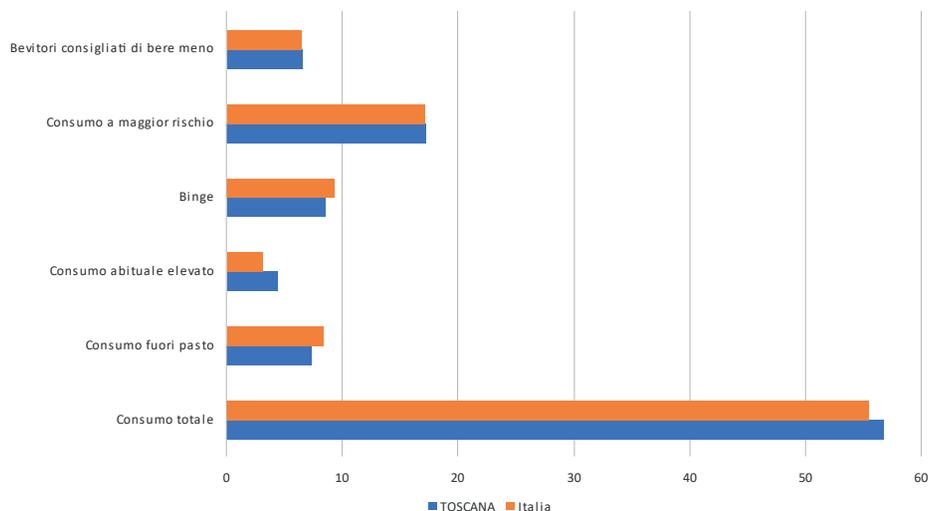
La percentuale di adulti che hanno bevuto in almeno una occasione nell'ultimo mese 60 grammi di alcol puro (consumo *binge*) sono tuttavia molto variabili: la maggior prevalenza viene osservata in Germania, Lussemburgo, Cecoslovacchia, Slovenia e i Paesi baltici, meno prevalente nelle regioni del mediterraneo. In Lettonia la prevalenza è in aumento e superiore al 40%. Le differenze di genere nella quantità di litri bevuto l'anno sono molto più ampie dei gruppi di età più avanzati (ratio uomini-donne=4,2:1), più piccole tra adolescenti e giovani adulti (3:1). Nelle regioni mediterranee e dell'est europea osserviamo una maggiore astinenza femminile. Secondo i dati Passi Italia 2018 (**Tabella 3**) il dato italiano è simile a quello toscano, con il 55,5% (il 55,1% nella rilevazione precedente) che ha bevuto almeno una unità alcolica nell'ultimo mese; l'8,3% consuma alcolici fuori pasto, i forti bevitori sono il 3,1%, i *binge* il 9,3% (erano l'8,9% nel 2016), i consumatori a rischio in Italia e in Toscana sono il 17%, e il 6,4% quelli consigliati dal medico di smettere. La regione con la maggiore percentuale di persone che hanno un consumo cosiddetto a rischio è la provincia di Bolzano, con una percentuale del 38%, la regione con la percentuale inferiore è la Calabria con l'8,5% (precedentemente era la Basilicata, intorno al 10%).

**Tabella 3**  
**Consumo di alcol per modalità e regione**

|                       | Consumo<br>alcol | Consumo<br>fuori pasto | Consumo<br>abituale<br>elevato | Consumo<br>binge | Consumo<br>a maggior<br>rischio | Bevitori a<br>maggior<br>rischio<br>consigliati<br>di bere<br>meno dal<br>medico |
|-----------------------|------------------|------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Abruzzo               | 47,6             | 7,1                    | 2,4                            | 9                | 15,3                            | 8,4                                                                              |
| Basilicata            | 29,6             | 4,5                    | 1,2                            | 6,9              | 11                              | 5,2                                                                              |
| Calabria              | 36,4             | 3,7                    | 1,4                            | 4,8              | 8,5                             | 7,8                                                                              |
| Campania              | 45,2             | 4,7                    | 1,7                            | 6,7              | 11,5                            | 5,1                                                                              |
| Emilia Romagna        | 69,1             | 10,9                   | 4,2                            | 13,3             | 23,4                            | 5,8                                                                              |
| Friuli Venezia Giulia | 68,6             | 17,2                   | 4,6                            | 13,4             | 27,8                            | 5,9                                                                              |
| Lazio                 | 53,8             | 6,7                    | 2,8                            | 8,3              | 14,7                            | 7,9                                                                              |
| Liguria               | 59,1             | 8,2                    | 4,6                            | 8,6              | 17,9                            | 4,8                                                                              |
| Lombardia             | 62,8             | 10                     | 3,9                            | 9,8              | 19,3                            | 6,6                                                                              |
| Marche                | 65,5             | 8                      | 2,8                            | 10,7             | 18,2                            | 3,1                                                                              |
| Molise                | 64,4             | 15,4                   | 4                              | 19,7             | 29,4                            | 8,4                                                                              |
| Piemonte              | 60,9             | 8,1                    | 4,7                            | 10,7             | 20,1                            | 7,2                                                                              |
| Provincia di Bolzano  | 77,4             | 29,2                   | 2,4                            | 19,3             | 38                              | 3,8                                                                              |
| Provincia di Trento   | 66,4             | 21,8                   | 4,4                            | 14,3             | 30,9                            | 4,7                                                                              |
| Puglia                | 46,3             | 3,2                    | 2,1                            | 4,7              | 8,6                             | 6,9                                                                              |
| Sardegna              | 60,5             | 9,3                    | 3,6                            | 12,7             | 20,5                            | 7,4                                                                              |
| Sicilia               | 44,4             | 6,4                    | 0,8                            | 5,5              | 11,1                            | 7,1                                                                              |
| <b>Toscana</b>        | <b>56,7</b>      | <b>7,3</b>             | <b>4,3</b>                     | <b>8,5</b>       | <b>17,2</b>                     | <b>6,5</b>                                                                       |
| Umbria                | 63               | 8,8                    | 3,2                            | 10,7             | 18,5                            | 5,3                                                                              |
| Valle d'Aosta         | 65,6             | 11,6                   | 4,9                            | 11,2             | 22,9                            | 4,5                                                                              |
| Veneto                | 65,5             | 14,1                   | 4,4                            | 13,7             | 25,6                            | 6,8                                                                              |
| <b>Italia</b>         | <b>55,5</b>      | <b>8,3</b>             | <b>3,1</b>                     | <b>9,3</b>       | <b>17,1</b>                     | <b>6,4</b>                                                                       |

Fonte: PASSI Italia 2018.

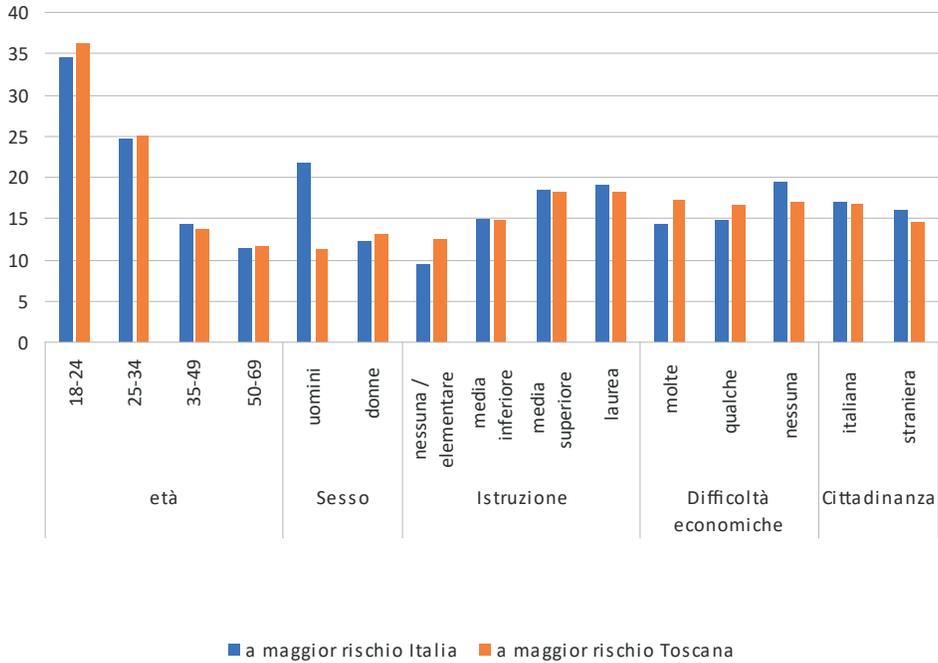
**Figura 18**  
**Pattern di consumo alcolico**



Fonte: PASSI Italia 2015-2018.

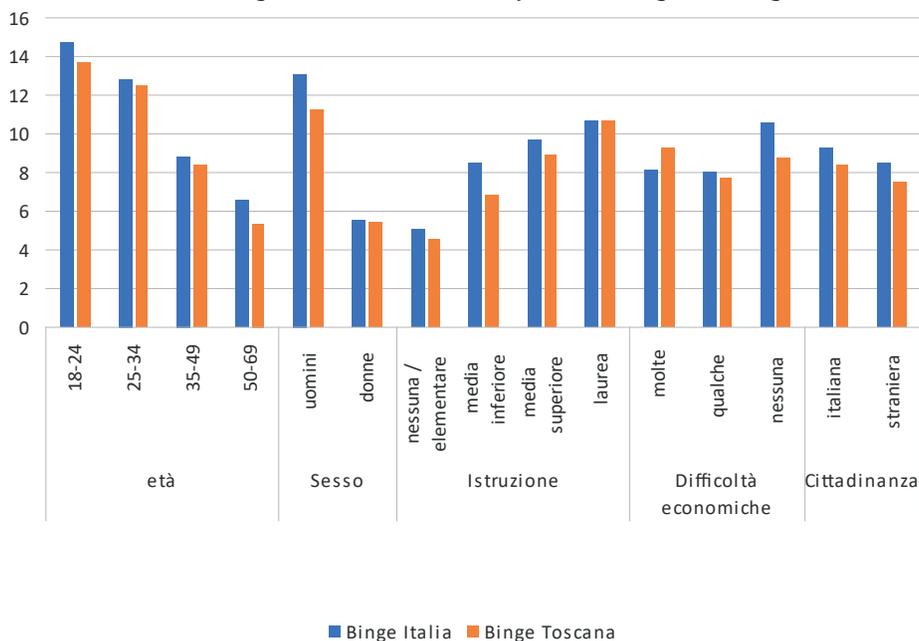
Per quanto riguarda il consumo a maggior rischio, più o meno simile in Italia rispetto alla Toscana (**Figura 18**) si osserva che la classe d'età 18-24 è quella che più frequentemente ricade in questa categoria (34,6% in Italia, 36,2% in Toscana); è un comportamento più frequente tra maschi (22% contro il 12,4% delle donne in Italia, 20,8% vs 13,1 in Toscana), tra i laureati (19,2% contro il 9,5% senza istruzione in Italia, 18,3% vs 12,5% in Toscana) e tra chi non ha grosse difficoltà economiche (19,6% in Italia, mentre in Toscana non ci sono quasi differenze in questa categoria: 17% per tutti), (**Figura 19**). Il consumo *binge* compare generalmente nelle stesse categorie dove si ha un consumo a rischio: nei 18-24enni (14,8% in Italia vs il 13,7% della toscana), negli uomini (13,1% contro il 5,6% delle donne in Italia, 11,3% vs 5,5% in Toscana), nei laureati (10,7% contro il 5,1% di non istruiti in Italia, 10,7% vs 6,9% in Toscana) e tra chi non ha difficoltà economiche (10,6% in Italia vs 8,8% in Toscana), (**Figura 20**).

**Figura 19**  
**Confronto tra Italia e Toscana per consumo ad alto rischio, per varie categorie demografiche**



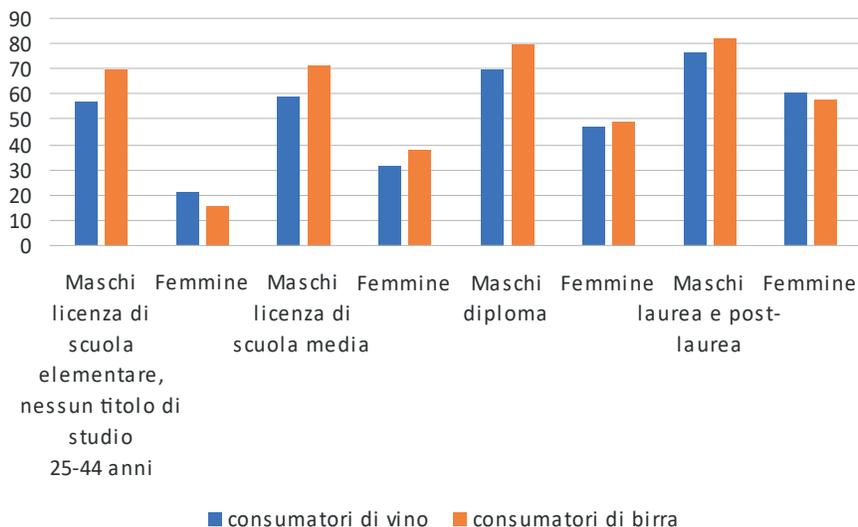
Fonte: PASSI 2018.

**Figura 20**  
**Confronto tra consumo *binge* in Italia e in Toscana, per varie categorie demografiche**

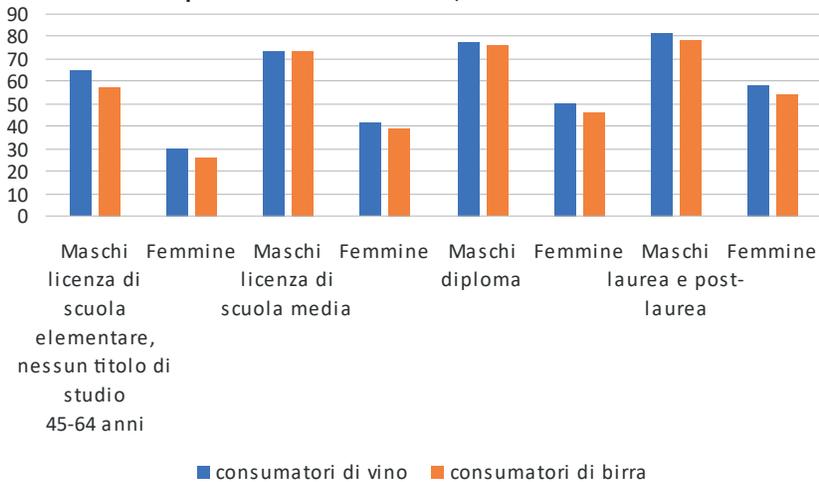


Fonte: PASSI 2018.

**Figura 21**  
**Consumo di vino e birra per sesso e titolo di studio, classe di età 25-44 anni**



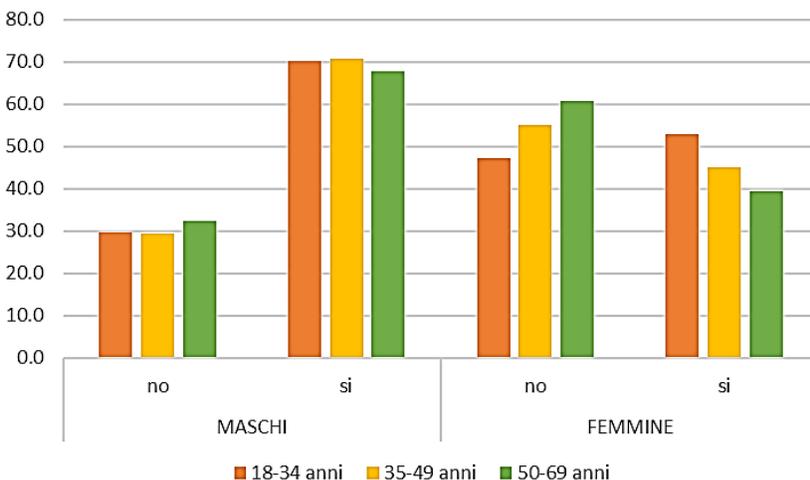
Fonte: Italia ISTAT 2018.

**Figura 22****Consumo di vino e birra per sesso e titolo di studio, classe di età 45-65 anni**

Fonte: Italia ISTAT 2018.

Secondo i dati ISTAT (**Figure 21-22**) in Italia il divario tra consumi maschili e femminili tende a diminuire con l'aumentare del grado di istruzione, anche se il consumo femminile si mantiene inferiore sia per la birra che per il vino.

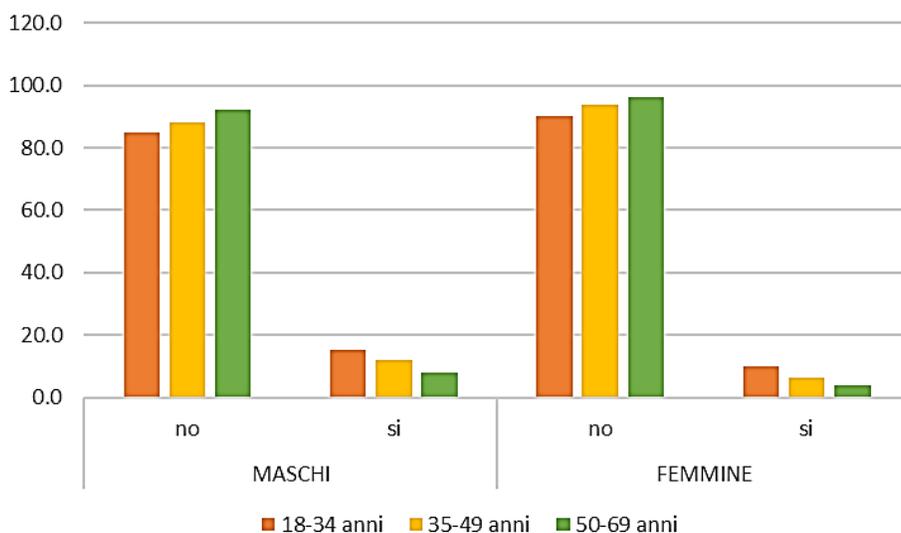
Secondo i dati toscani di PASSI 2015-2018, negli ultimi 30 giorni il 70% circa degli uomini e il 44,5% delle donne ha consumato alcol (**Figura 23**). Tra questi alcune fasce d'età hanno avuto il consumo maggiore, come quella maschile 35-49 anni (dove il 71% ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni) e quella femminile 18-34 anni (dove il 52,8% ha consumato alcol nello stesso periodo).

**Figura 23****Consumo di alcol nell'ultimo mese, per classe di età e sesso**

Fonte: PASSI Toscana 2015-2018.

Gli episodi di *binge drinking* hanno una frequenza molto maggiore nelle età giovanili piuttosto che in quelle più avanzate, come dimostra il 15% dei giovani 18-34enni e il 10% delle coetanee che hanno sperimentato questa condotta, in confronto al 7,9% e il 3,7%, rispettivamente, di uomini e donne dai 50 ai 69 anni (**Figura 24**).

**Figura 24**  
**Binge drinking per classe di età e sesso**



Fonte: PASSI Toscana 2015-2018.

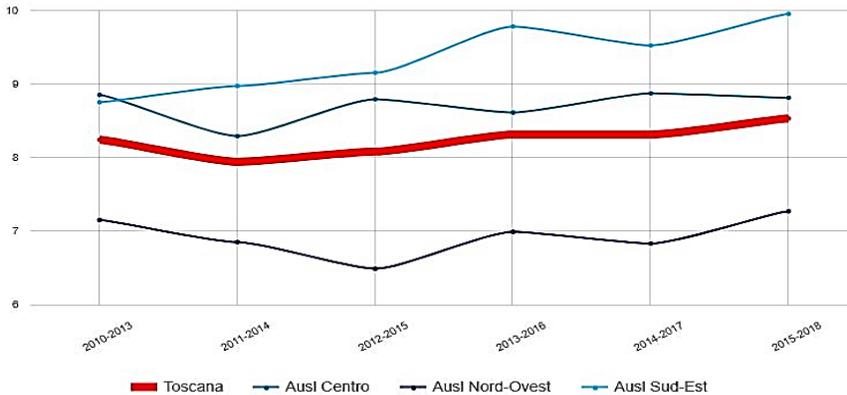
Il consumo di alcol fuori pasto non è una tendenza consolidata nelle fasce d'età maggiormente avanzate, mentre è piuttosto frequente in quelle giovanili: il 24,8% degli uomini e il 17,4% delle donne ha consumato alcol fuori pasto, percentuali che scendono molto dai 35 anni in poi.

**Figura 25**  
**Adulti *binge drinker***

**Binge drinkers (18-69 anni)**

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



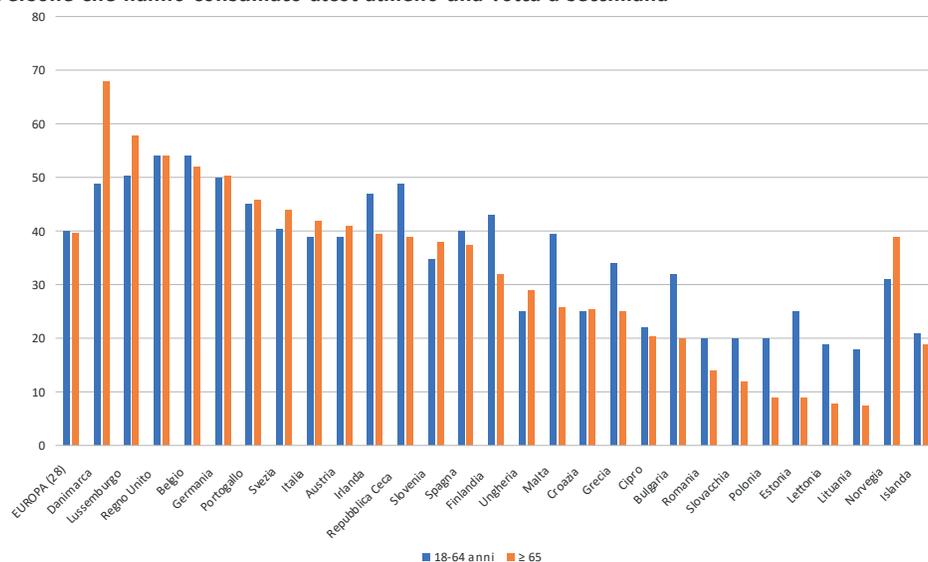
Fonte: PASSI Toscana 2015-2018.

Osservando il fenomeno del *binge drinking* per AUSL (**Figura 25**), la Centro e la Sud-Est presentano maggiormente questo fenomeno rispetto alla AUSL Nord-Ovest, ed il dato è lo stesso per uomini e donne; tuttavia l'andamento dal 2010 è diversificato; mentre per gli uomini questo comportamento risulta presente ma stazionario, per le coetanee si ha un forte aumento degli episodi di *binge drinking* negli ultimi cinque anni. Il lieve aumento di percentuale osservato in figura è proprio dovuto al forte aumento femminile a partire dal 2013.

### 2.3.4 Il consumo nella popolazione anziana

Livelli relativamente alti e persistenti di consumo di alcol possono determinare malattie croniche sia fisiche che mentali: l'*intake* di alcol negli anziani europei è più alto tra gli uomini, rispetto alle donne. Nel 2014 (dati Eurostat, **Figura 26**) circa il 39,3% degli anziani ha consumato alcol almeno una volta a settimana (il 16, 5% giornalmente), numeri molto simili alla popolazione più giovane, sebbene quest'ultima avesse avuto un consumo inferiore su base giornaliera (7,5%) Il maggior consumo giornaliero tra gli anziani si è registrato in Portogallo (35,8%) Italia (27,5%), Danimarca (27,4%), e Spagna (25,9%), mentre più della metà della popolazione di Danimarca, Lussemburgo, Regno Unito, Belgio e Germania consumano alcol almeno una volta a settimana.

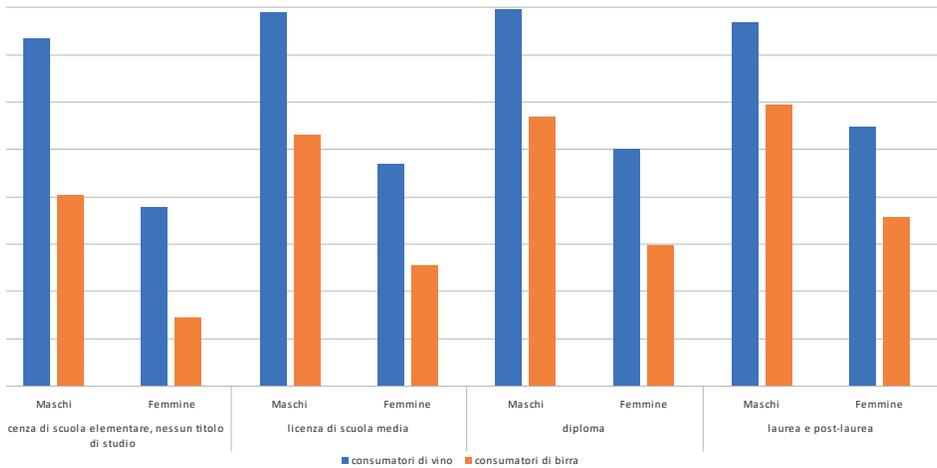
**Figura 26**  
**Persone che hanno consumato alcol almeno una volta a settimana**



Fonte: EUROSTAT 2014.

Per quanto riguarda i dati italiani, considerando le statistiche offerte da Istat 2018 (**Figura 27**), si osserva (allo stesso modo delle classi di età precedenti) che la forbice tra i consumi alcolici maschili e femminili si riduce negli anziani over65 con titolo di studio più alto; il consumo di vino è maggiore, in questa classe di età, rispetto al consumo di birra, per tutti i titoli di studio.

**Figura 27**  
**Consumo di vino e birra negli over65, per sesso e titolo di studio**



Fonte: ISTAT Italia 2018.

I dati di Passi d'Argento 2018 completano la statistica precedente: 6 persone su 10, di 65 anni e oltre, dichiarano di non consumare abitualmente bevande alcoliche, 2 su 10 dichiarano un consumo moderato ma altre 2 su 10 riferiscono un consumo "a rischio" per la loro salute, poiché bevono mediamente più di una unità alcolica (Ua) al giorno. Il consumo di alcol, e con esso anche il consumo di alcol oltre i limiti rischiosi per la salute, è mediamente più frequente al Nord rispetto al Sud Italia (**Tabella 4**) e disegna un chiaro gradiente geografico (23% nel Nord, 20% nel Centro e 14% nel Sud-Isole), ma non mancano delle eccezioni: se nel Nord-Est si registrano le quote più alte di persone che consumano più di 1 Ua al giorno (Veneto 31%, PA Bolzano 27%), non meno accade in alcune Regioni del Centro (Marche 30% e Toscana 29%) o del Sud (Basilicata 32%).

**Tabella 4**  
**Consumo di alcol per modalità e regione**

|                       | Consumo alcol | Consumo moderato | Consumo a rischio | Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico |
|-----------------------|---------------|------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------|
| Abruzzo               | 31            | 11,8             | 19,2              | 9                                                              |
| Basilicata            | 42,3          | 12,6             | 29,7              | 9,1                                                            |
| Calabria              | 29,4          | 15,8             | 13,6              | 8,5                                                            |
| Campania              | 23,6          | 12,3             | 11,3              | 20,9                                                           |
| Emilia Romagna        | 50,9          | 27,7             | 23,2              | 6,9                                                            |
| Friuli Venezia Giulia | 50,5          | 30,1             | 20,4              | 9,3                                                            |
| Lazio                 | 37,6          | 21,9             | 15,6              | 8,4                                                            |
| Liguria               | 44,3          | 24,8             | 19,5              | 5,1                                                            |
| Lombardia             |               |                  |                   |                                                                |
| Marche                | 45,1          | 15,2             | 30                | 11,7                                                           |
| Molise                | 18,6          |                  | 10,3              | 24,8                                                           |
| Piemonte              | 43,5          | 28,3             | 15                | 6,5                                                            |
| Provincia di Bolzano  | 51,9          | 26,5             | 25,5              | 4,9                                                            |
| Provincia di Trento   | 44,9          | 22,6             | 22,3              | 7,8                                                            |
| Puglia                | 30,5          | 14,5             | 15,5              | 35,9                                                           |
| Sardegna              | 40,2          | 20,6             | 19,6              | 11,4                                                           |
| Sicilia               | 27,6          | 15,7             | 12                | 9,1                                                            |
| <b>Toscana</b>        | <b>47,2</b>   | <b>17,7</b>      | <b>29,5</b>       | <b>3,8</b>                                                     |
| Umbria                | 39,7          | 23,7             | 16                | 9,5                                                            |
| Valle d'Aosta         |               |                  |                   |                                                                |
| Veneto                | 49,9          | 19,1             | 30,8              | 9,8                                                            |
| <b>Italia</b>         | <b>38,1</b>   | <b>20</b>        | <b>18,5</b>       | <b>11,7</b>                                                    |

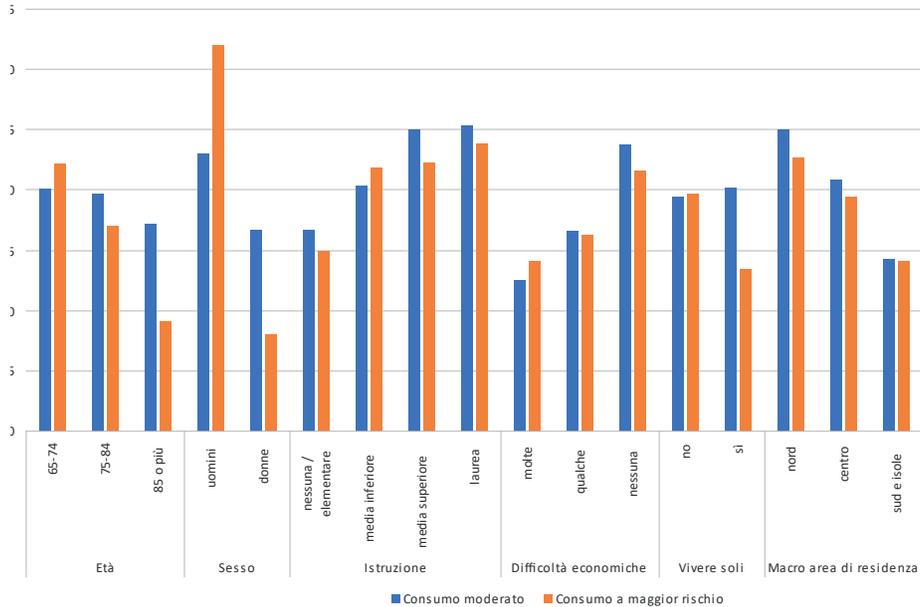
Fonte: PASSI d'Argento 2018.

Il consumo di alcol a rischio è molto più frequente fra gli uomini (33% *vs* 8% fra le donne), si riduce con l'età (passando dal 23% fra i 64-74enni al 10% fra gli ultra 84enni) e, come per il resto della popolazione, resta prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate per reddito (22% fra chi non ha difficoltà economiche *vs* 14% di

chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione (circa il 23% per chi ha un alto titolo di studio superiore alla scuola media *vs* 15% fra chi ha al massimo la licenza elementare) (**Figura 28**).

Il 37% degli intervistati ha dichiarato di essere stato invitato a smettere da parte di un medico; di questi il 53% sono consumatori a rischio.

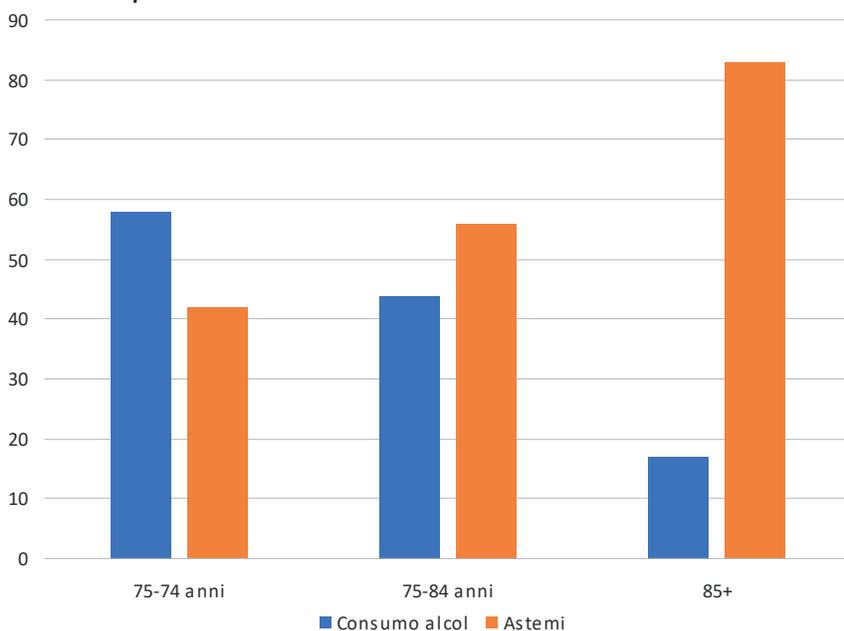
**Figura 28**  
Consumo di alcol per varie categorie demografiche



Fonte: PASSI d'Argento 2018.

Il dato toscano di Passi d'Argento ci dice che il 54% degli anziani intervistati si dichiara completamente astemio. I bevitori, anche saltuari, tra i maschi sono il 66%, tra le donne il 31%. Con l'età diminuisce il consumo di alcol: bevono alcol infatti il 58% dei 65-74enni, il 44% dei 75-84enni e il 17% degli 85+ (**Figura 29**).

**Figura 29**  
**Consumo di alcol per classe di età**



Fonte: PASSI d'Argento Toscana 2018.

Il 26% circa della popolazione anziana beve mediamente più di un bicchiere di bevanda alcolica al giorno, il 42% degli uomini e il 15% delle donne. In generale gli anziani toscani bevono leggermente di più rispetto alla media italiana. Gli astemi in Italia sono il 62% (+8%) e quelli che bevono mediamente più di un bicchiere al giorno il 19% (-7%). Tra le persone che bevono alcolici il 5,2% ha ricevuto consiglio di ridurre il consumo.

## 2.4 CONSEGUENZE DI SALUTE

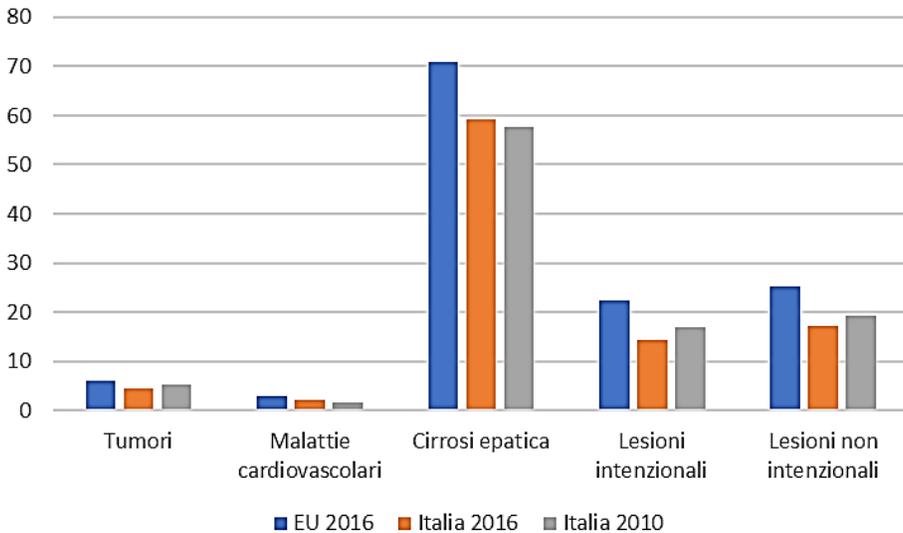
Secondo la WHO<sup>1</sup> la frazione attribuibile all'alcol nelle diverse patologie è variabile (FIG 30). Considerando le principali problematiche (cirrosi epatica, lesioni, tumori, malattie cardiovascolari) in Europa nel 2016 la frazione alcol attribuibile per la cirrosi epatica risulta essere del 71%, mentre in Italia è del 59,3% (nel 2010 era del 57,6%), mentre per le lesioni la frazione attribuibile all'alcol in Europa è del 23,2% ( il 25,2% per quelle non intenzionali, ovvero incidenti stradali, annegamento, ustioni, avvelenamenti, cadute; il 22,3% per le intenzionali, ovvero suicidio e violenze interpersonali) e in Italia del 14,9% (17,2% e 14,3% rispettivamente; nel 2010 era

<sup>1</sup> Alcohol consumption, harm and policy response for 30 European countries 2010-2016.

il 17,4%). La terza problematica più frequente, i tumori, sono attribuibili all'alcol nel 6,1% dei casi in Europa e nel 4,5% in Italia (il 5,1% nel 2010). Le malattie cardiovascolari sono attribuibili all'alcol nel 3% dei casi in Europa, nel 2,2% in Italia nel 2016, in aumento rispetto al 2010 (quando era dell' 1,7%).

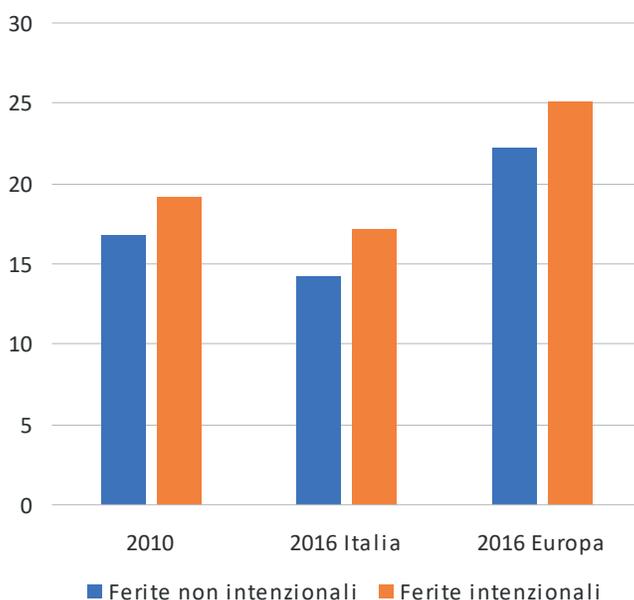
**Figura 30**

**Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European Countries 2010-2016**



Fonte: WHO 2016.

Nella classificazione ISTAT i decessi per i quali viene indicata come causa diretta l'abuso di alcol sono 219 l'anno (45 dei quali riguardano donne) (ISTAT 2015); il doppio di quelle legate alla dipendenza da sostanze stupefacenti (111). Le morti per cirrosi, fibrosi ed epatite cronica sono 5.797. La Relazione al Parlamento del Ministero della Salute sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n.125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" riferisce che nel 2016 sono state 56.773 le dimissioni ospedaliere segnalanti almeno una patologia attribuibile all'alcol (come diagnosi primaria o secondaria); con un 77,7% dei pazienti maschi. Nel 56,4% dei casi la diagnosi riguarda patologie epatiche croniche (epatite, steatosi, cirrosi), nel 23,4% dei casi intossicazione acuta o alcolismo cronico e nel 14,2% effetti postumi dell'eccessiva assunzione di alcol. Gli accessi in Pronto soccorso con diagnosi attribuibile all'alcol (in **Figura 31** le lesioni causate dall'alcol) sono stati 40.756 (il 70% degli accessi sono uomini); nel 16,6% dei casi hanno ricevuto diagnosi di abuso di alcol, nel 13,5% di abuso di alcol episodico, nel 12,5% di episodio di intossicazione. I soggetti presi in carico dai servizi pubblici sono stati 71.219.

**Figura 31**
**Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European Countries 2010-2016 Lesioni intenzionali e non intenzionali causate dall'alcol in Italia**


Fonte: WHO.

Nel 2017 i controlli sulle condizioni psicofisiche degli automobilisti nel nostro Paese, nell'ambito dell'accordo di collaborazione inter-istituzionale tra Forze dell'ordine e Presidenza del Consiglio dei Ministri, hanno monitorato tramite test della saliva (introdotto nel 2015) 38.936 persone, 2.088 delle quali risultate positive all'etilometro (dati primi 6 mesi del 2017).

Nel 2018 in Toscana, su un totale di circa 1 milione e mezzo di accessi ai PS toscani, si sono verificati circa 5mila accessi alcol-correlati (135 ogni 100mila abitanti). Nel 68% dei casi gli accessi sono stati effettuati da uomini e il 36% aveva cittadinanza straniera (prevalentemente rumena e marocchina, le due nazionalità più frequenti tra gli stranieri residenti). Il dato è stabile rispetto all'anno precedente, così come l'andamento generale. Tra le cause più frequenti si riscontrano gli effetti tossici dell'alcol etilico (86%), seguiti dall'abuso di alcol non specificato (8,2%). Inoltre, la classe d'età con il più alto tasso di accessi ai PS è quella compresa tra i 18 e i 24 anni, con 412 accessi ogni 100mila abitanti, seguita da quella dei 16-17enni con 362 accessi per 100mila abitanti. Per quanto riguarda la mortalità totalmente attribuibile all'alcol, in Toscana, nell'ultimo anno disponibile (2015) sono stati contati 47 casi (di cui 34 maschi: 72%), pari a un tasso standardizzato per età di 1,2 decessi per 100mila

abitanti, inferiore alla media nazionale (2,3 decessi per 100mila abitanti). L'andamento del fenomeno è in lieve diminuzione, come nel resto del paese. Dal 2010 al 2015 il tasso standardizzato passa da 1,8 a 1,2 per 100mila abitanti. Le patologie che causano il maggior numero di eventi sono le epatopatie alcoliche, nel 2015 responsabili del 79% dei decessi direttamente attribuibili all'alcol. Per quanto riguarda l'utenza in carico presso i Servizi alcologici della Toscana, nel 2018 erano 5.427 le persone assistite (oltre 70.000 in Italia, dato 2017), di cui il 24% nuovi utenti e il 73% di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 2,8, sia tra gli utenti incidenti che prevalenti. L'età media degli alcol-dipendenti in carico si mantiene costante nel tempo (45 anni per i nuovi utenti e 50 per l'utenza generale), così come la distribuzione della bevanda d'abuso prevalente (vino: 51%; birra: 25%; superalcolici: 11%, amari: 5%).

### 2.4.1 Conseguenze sui più piccoli

I bambini possono essere vittima della dipendenza dei *Caregiver*. La più comune patologia infantile correlata al consumo di alcolici da parte della madre è la sindrome feto-alcolica. I dati attuali parlano di 25.000 bambini che ogni anno nascono in Italia con FAS (sindrome feto-alcolica), e questo dato non parla di quanti ogni anno nascano con le manifestazioni meno evidenti, drammaticamente sottostimate e mal diagnosticate (FASD, spettro dei disordini feto-alcolici); queste sindromi sono ovviamente complicate dall'uso combinato di alcol e sostanze della madre, come spesso avviene. Nel mondo occidentale la FASD è la causa più comune di disabilità del neurosviluppo, la cui difficile diagnosi (e la scarsa conoscenza a riguardo) conduce allo sviluppo di gravi disabilità secondarie, come problemi di salute mentale, scolastici e lavorativi da adulti, oltre a ulteriori fenomeni di dipendenza e abuso di sostanze che hanno ricadute, anche economiche, pesantissime sia per lo Stato che per il SSN.

## 2.5 CONCLUSIONI

I dati raccolti ed analizzati dimostrano che il pattern di consumo alcolico in Italia sta cambiando; mentre nelle fasce d'età più anziane la popolazione conserva le abitudini del passato, preferendo il vino ad altre bevande e consumandolo in occasioni conviviali ai pasti, nelle età più giovani si osserva una maggiore preferenza per la birra, ed anche i pattern di consumo sono completamente diversi: il vino come occasione di convivialità viene consumato sempre di meno, e anche grazie agli effetti della globalizzazione si assiste a una "europeizzazione" delle abitudini; l'alcol viene bevuto al di fuori dei pasti in poche occasioni concentrandone le quantità, le donne e le persone più istruite bevono molto più di un tempo e compaiono stili comportamentali a rischio soprattutto negli adolescenti.

La Toscana si inserisce e si fonde in questo contesto; nonostante le prevalenze generali siano inferiori rispetto all'Italia, anche nella nostra regione si stanno verificando le stesse modifiche nelle abitudini che osserviamo nel resto del paese. Preoccupante risulta la tendenza ad ubriacarsi delle ragazze giovani, che vanno a superare i coetanei durante l'adolescenza. Questo ci testimonia che il problema dell'alcol è tutt'altro che risolto; sta cambiando forma e anche le politiche che verranno implementate dovranno adattarsi e cambiare, dirigendosi verso questi nuovi e vulnerabili target.

## Bibliografia

1. [Fare vino e distillati](#), Giunti Editore, 2003, ISBN 88-440-2734-8
2. <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol>
3. Mukamal KJ, Chen CM, Rao SR, Breslow RA. Consumo moderato di alcol e rischio cardiovascolare. *J Am Coll Cardiol.* 2010 Mar 30;55(13):1328-35. 31-03-2010. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.10.056>
4. M F Sinner, C Drobesh, R Herbel, K Rizas, S Massberg, S Kaab, S Brunner, Acute alcohol consumption and effects on cardiac excitation, conduction, and repolarization. Results from the MunichBREW Study, *EP Europace*, Volume 20, Issue suppl\_1, March 2018, Page i16, <https://doi.org/10.1093/europace/euy015.038>
5. <https://www.drinkiq.com/it-it/facts-about-alcohol/nutritional-values/>
6. Hoel, S., Magne Eriksen, B., Breidablik, H.-J., & Meland, E. (2004). Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(5), 361–367. <https://doi.org/10.1080/14034940410027894>
7. Grunbaum, J.A.; Kann, L.; Kinchen, S.; et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summary*, May 21;53:1–96, 2004. Erratum in *MMWR*, June 25; 53:536, 2004. Erratum in *MMWR*, June 24; 54:608, 2005. PMID: 15152182
8. <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono44.pdf>



## **CAPITOLO 3**

### **L'ALIMENTAZIONE**



---

## 3. L' ALIMENTAZIONE

### 3.1 INTRODUZIONE

Come da anni dimostrato l'alimentazione riveste un ruolo di estrema importanza per mantenere e prolungare lo stato di salute. Molti studi epidemiologici evidenziano quanto sia essenziale l'equilibrio dei nutrienti ed un consumo di cibi sani per diminuire l'incidenza di malattie che, ancora oggi, determinano le maggiori cause di morte: malattie cardiovascolari, diabete e tumori. L'OMS a partire dagli anni 2000 ha periodicamente stilato gli Action Plan, ovvero piani d'azione e di promozione della salute attraverso corrette strategie alimentari: l'ultimo piano, The Food and Nutrition Action Plan del 2015–2020 pone l'accento su un corretto stile di vita durante tutta l'esistenza, con l'ulteriore intento di raggiungere giustizia ed equità (inclusa una equità di genere) nell'accesso alle migliori risorse alimentari, per tutti i residenti nella Regione Europea, anche attraverso l'aiuto delle politiche locali.

L'Unione Europea, d'altra parte, con la stesura dei *Sustainable Development Goals* (Obiettivi di sviluppo sostenibile da perseguire ed ottenere entro il 2020-2030), ha ulteriormente messo in luce l'importanza della nutrizione corretta, valutandola tuttavia dal punto di vista della sostenibilità. Dei 17 *Goal* previsti dal programma alcuni sono direttamente correlati all'adeguata produzione e al giusto consumo del cibo: il *Goal* numero 2, "Porre fine della fame, raggiungere la sicurezza alimentare e promuovere la giusta nutrizione e l'agricoltura sostenibile" prevede il difficile obiettivo di combattere ogni forma di malnutrizione, migliorare la produttività agricola eliminando le disuguaglianze nell'accesso alle aree da coltivare e promuovendo strategie di produzione che possano resistere e allinearsi a eventuali cambiamenti di domanda ed offerta; il numero 3, "assicurare una vita in salute e promuovere un corretto stile di vita per tutte le età" è anch'esso essenziale, dato che l'alimentazione è correlata sia alla salute nell'infanzia che all'incidenza di patologie croniche in età più avanzata. Il *Goal* numero 12, "assicurare una produzione ed un consumo sostenibili" ha come obiettivo la riduzione dello spreco di cibo e l'uso efficiente delle risorse naturali; il *Goal* numero 14, "sfruttare le risorse marine conservandone l'ecologia e la disponibilità, mettendo fine alle pratiche di pesca che distruggono le riserve" cerca di tutelare anche l'ambiente acquatico dallo sfruttamento eccessivo.

Secondo lo studio prospettico europeo EPIC<sup>2</sup>, che si concentra maggiormente sull'incidenza del cancro e la controparte EPIC Italia che compie le stesse ricerche sul

---

<sup>2</sup> <http://epic.iarc.fr/>

nostro territorio (con alcuni sottoprogetti, come PANACEA<sup>3</sup>, EPICOR ed EPICOR2<sup>3</sup> che studiano la relazione tra dieta, fattori metabolici, genetici e insorgenza di malattie cardio-vascolari), l'elemento che più di altri determina il mantenimento di un ottimale livello di salute è il consumo di frutta e di verdura assieme ad un ridotto apporto di proteine e grassi di origine animale. Questi ultimi, infatti, associati ad una alimentazione eccessiva e ad un contesto genetico sfavorevole possono condurre all'obesità e alla sindrome metabolica [1], preludio a complicazioni in tarda età come malattie cardiovascolari, Diabete tipo II e tumori, mentre in età precoce possono aumentare il grasso corporeo e la quota ormonale circolante (principalmente estrogenica, dato che il tessuto adiposo contiene l'aromatasi, un enzima che converte gli ormoni androgeni circolanti in estrogeni) e determinare pubertà precoce nelle bambine, a sua volta fattore di rischio per il cancro al seno, come studiato dall'indagine prospettica ORDET<sup>4</sup>.

Tutte queste indicazioni sono state riassunte nelle linee guida per un'alimentazione sana pubblicate dal Ministero della Salute [2] e sono state oggetto di proposte e iniziative per promuovere la salute nel nostro paese. Una raccolta importante in informazioni è contenuta nel recente progetto "Guadagnare salute"<sup>5</sup>, finalizzato a fornire le migliori indicazioni per prevenire le più comuni malattie croniche ed incrementare così il benessere e gli anni trascorsi in buono stato di salute.

### 3.1.1 Linee guida sull'alimentazione

Le più recenti linee guida sull'alimentazione affermano che una dieta sana debba prevedere almeno 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno. Per "porzione" si intende l'equivalente di 80 grammi circa. Alimenti ricchi di amido come cereali, pane, pasta, patate, polenta devono essere consumati quotidianamente per i carboidrati complessi che, a differenza di quelli semplici propri dei cibi zuccherati, forniscono energia che il corpo utilizza gradualmente.

Latte e derivati hanno la funzione principale di fornire calcio in forma assorbibile e utilizzabile per l'omeostasi delle ossa. Tuttavia è importante fare un uso moderato di formaggi e prediligere quelli freschi a basso contenuto di grassi.

Pesce, carne e uova forniscono un apporto di proteine di alta qualità. Per quanto riguarda la carne è indicata quella magra (pollo, tacchino, vitello e coniglio) ed è preferibile la cottura alla griglia, alla piastra o al vapore, limitando l'uso di grassi; il consumo di insaccati va limitato, così come quello della carne rossa, specialmente se processata (un consumo eccessivo favorisce lo sviluppo di alcune patologie, tra cui il cancro coloretale). La carne rossa infatti è considerata un cancerogeno di tipo 2A,

3 [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/health/projects/2005328/summary](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/2005328/summary)

4 <http://89.96.76.6/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=477>

5 [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=659&area=stiliVita&menu=programma](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=659&area=stiliVita&menu=programma)

mentre quella lavorata un cancerogeno di tipo 1 dall'IARC<sup>6</sup> [3]. Il pesce ha un effetto protettivo dovuto al contenuto di omega-3, che riducono il livello di trigliceridi nel sangue ed il rischio di malattie cardiovascolari, pertanto si raccomanda di mangiarlo almeno 2 volte a settimana.

L'olio extravergine di oliva e in generale gli oli vegetali sono ottimi condimenti in quanto contengono grassi insaturi e vitamine (come la vit.E); burro, lardo, strutto e panna invece contengono elevate quantità di grassi saturi, il cui consumo eccessivo aumenta il rischio di sovrappeso e lo sviluppo di malattie cardiovascolari.

La quantità raccomandata giornaliera di sale ammonta a 3 grammi, preferibilmente iodato specie nelle zone dove le patologie tiroidee sono endemiche (come le zone interne, montane e collinari della Toscana).

I dolci e le bevande zuccherate sono ricchi di grassi e zuccheri e se consumati in eccesso possono far ingrassare e portare al diabete.

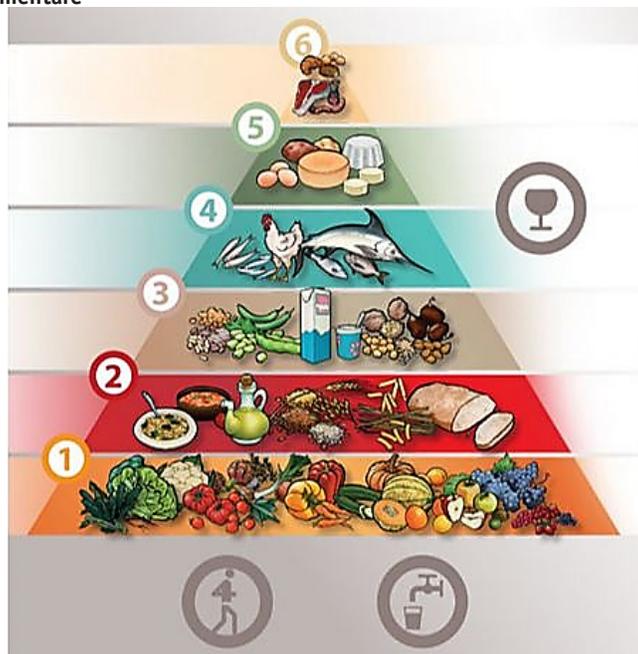
### 3.1.2 La piramide alimentare

Sull'idea di una consumazione attenta degli alimenti (regolando la frequenza senza privazioni) è nata in Toscana la "Piramide Alimentare"<sup>7</sup>, un'iniziativa promossa da Regione Toscana e dalle due agenzie, ARSIA (Agenzia regionale per lo sviluppo e l'innovazione in campo agricolo) e ARS a partire dal 2006 e finalizzata nel 2008. Gli obiettivi principali di questa iniziativa sono 4: selezionare i piatti promuovendo uno stile di vita corretto, aiutare i consumatori nella scelta degli alimenti, affermare l'importanza (economica e di salute) del consumo di cibi locali, valorizzare i prodotti Toscani tutelando tradizione e biodiversità. Una alimentazione sbilanciata, uno stile di vita sedentario, sovrappeso e ipercolesterolemia sono tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili (Diabete, malattie cardiovascolari, tumori); in questo contesto modificare le proprie abitudini alimentari in accordo alle raccomandazioni della Piramide alimentare può avere un grosso impatto nel migliorare la salute collettiva. Suddivisa su sei livelli, la Piramide indica le proporzioni dei cibi che non dovrebbero mai mancare nella dieta (**Figura 1**).

<sup>6</sup> International Agency for Research on Cancer.

<sup>7</sup> <https://www.regione.toscana.it/piramide-alimentare-toscana/la-piramide>

**Figura 1**  
**La Piramide alimentare**



Nel primo livello troviamo la frutta e la verdura: mele, uva nera, arance e limoni, lamponi, mirtilli, more, fragole, ciliegie, pesche, albicocche, kiwi, popone, cavolo nero, cavolfiore, broccolo, pomodoro, carote, peperoni rossi gialli e verdi, lattuga o scarola, bietola, spinaci, carciofi, zucchine, zucca, cipolle, aglio, porro, ramerino, salvia. Questi alimenti vanno consumati più volte nel corso della giornata, cercando allo stesso tempo di ridurre il consumo di carne.

Nel secondo livello ci sono il pane grosso in filone, la pasta lunga e corta, farro, grano, riso, pappa al pomodoro, ribollita, pasta e fagioli, olio d'oliva. I cereali integrali, e in minor misura quelli raffinati, sono protettivi per le malattie cardiovascolari e sono indicati come base nutrizionale quotidiana nelle raccomandazioni dietetiche.

Nel terzo scalino ci sono fagioli non borlotti e ceci, piselli, fave e lenticchie, castagne, noci, mandorle, pinoli, nocciole, latte e yogurt. I legumi sono utili per la ricchezza in fibre, la frutta secca con guscio è ricca di Omega-3 che aiutano contro il colesterolo LDL (quello che causa più malattie cardiovascolari); latte e yogurt riducono i problemi intestinali, migliorano la salute delle ossa e aumentano le difese immunitarie.

Nel quarto scalino ci sono pesce (sarde, acciughe, pesce spada, spigola, orata e trota) e pollame. Il pesce è ricco di Omega-3 ed è consigliabile consumarlo almeno due volte alla settimana. La carne bianca contiene meno grassi della rossa.

Al quinto livello si trovano i prodotti da consumare più saltuariamente: formaggi (soprattutto quelli stagionati), uova e patate; i formaggi sono una buona fonte di calcio ma sono anche ricchi di grassi saturi, allo stesso modo delle uova. La patata, pur essendo un ortaggio (un tubero, nella fattispecie) è molto ricca in amido e povera in fibre, quindi non può essere considerata un sostituto della verdura.

All'ultimo livello ci sono salumi e dolci, da consumare sempre con molta moderazione.

Il vino, l'acqua e l'attività fisica fanno da complemento alla Piramide alimentare; per quanto riguarda il vino se ne consiglia un utilizzo moderato perché contiene alcol: gli uomini adulti e sani non dovrebbero superare i due bicchieri di vino al giorno e le donne uno, perché sono più sensibili ai danni dell'alcol. Meglio inoltre consumarlo in occasione dei pasti. L'acqua deve essere bevuta giornalmente con abbondanza, almeno uno o due litri. L'attività fisica svolge sempre un ruolo positivo, anche solo una camminata di 30 minuti ogni giorno completata da due giorni, nella settimana, dove si fa una attività più intensa (un'ora), migliora il benessere fisico e psicologico.

### 3.1.3 Il regime dietetico consigliabile nell'infanzia

La dieta di un bambino in età da 3 a 10 anni non è dissimile da quella degli adulti, secondo quanto affermato dall'AIRC [4] e deve contenere non più del 30% dei grassi, il 60% circa di carboidrati e il 10-15% di proteine, per un apporto calorico totale di 1252-1829 Kcal al giorno dai 3 ai 6 anni; in seguito l'apporto adeguato è 1565-2275 Kcal.

I carboidrati complessi nei cereali integrali come orzo, avena, farro, miglio, pasta, riso integrale, pane integrale, e i cereali a chicco intero devono essere presenti variando a ogni pasto.

Gli zuccheri vanno consumati occasionalmente ma sono da limitare in favore dei carboidrati complessi. Solitamente i bambini che si cibano di carboidrati semplici tendono ad essere più irrequieti, svogliati, distratti ed aumentano di peso [5].

È sufficiente mangiare carne 2-3 volte a settimana; il sale, come per gli adulti, va usato con moderazione. I grassi migliori sono l'olio extravergine di oliva, gli oli della frutta secca e semi oleaginosi e gli omega 3 provenienti dal pesce. Evitare le fritture (le patatine fritte sono uno degli alimenti che fanno ingrassare di più), il burro e la panna.

Le bevande consentite sono l'acqua, che va bevuta a sufficienza (dato che il bambino ha una composizione corporea dove l'acqua è maggiormente rappresentata che nell'adulto: tra il 60 e il 70%) e saltuariamente i succhi di frutta.

La colazione è importante specialmente nell'infanzia dove dovrebbe apportare il 20% del totale calorico della giornata.

### 3.1.4 L'adolescenza e i problemi alimentari

Nell'età evolutiva l'alimentazione gioca un ruolo di estrema importanza nel mantenimento dello stato di salute in un periodo delicato per quanto riguarda i cambiamenti ormonali e psicologici. Nell'adolescenza le abitudini nell'alimentazione possono cambiare e diventare simili a quelle del gruppo dei pari. Da recenti studi [6] l'anoressia nervosa viene riportata dall'1 al 4% dei casi adolescenziali femminili e giovani adulte in Europa, mentre la bulimia appare nell'1-2% dei casi diagnosticati; invece i disordini caratterizzati da abbuffate senza comportamenti punitivi appaiono nell'1-4% dei casi.

Per quanto riguarda i maschi solo lo 0,3-0,7% riporta disordini alimentari; l'incidenza dell'anoressia appare stabile, mentre la bulimia sembra essere in declino; tuttavia, solo un terzo dei casi totali viene accuratamente diagnosticato dal personale sanitario, la maggior parte non riceve né richiede nessun tipo di trattamento. Più del 70% delle persone che hanno un disordine alimentare ha anche altre condizioni psichiatriche, come disturbi d'ansia, dell'umore e comportamenti autolesionisti; anche l'uso di sostanze psicotrope e alcool sono molto comuni (più del 10% ne fa uso); alto è anche il rischio di suicidio.

Questi comportamenti sono favoriti dal substrato familiare, spesso condizionato da patologie psichiatriche, assetti familiari disfunzionali, sovrappeso e depressione durante il periodo adolescenziale; raramente tuttavia persistono fino all'età adulta; in questi ultimi casi l'alimentazione corretta resta una sfida giornaliera, con segni e sintomi derivanti dal cronico alterato *intake* di nutrienti.

## 3.2 GLOBAL BURDEN OF DISEASE

Nel 2017 le morti mondiali correlate a cattiva alimentazione sono state quasi sei milioni; di queste, più della metà, oltre a due terzi dei DALYs (*Disability-adjusted life year*, numero di anni persi a causa di malattie, per disabilità o per morte prematura, in **Tabella 1**) sono attribuiti al sodio (3 milioni di morti e 70 milioni di DALYs), alla dieta povera di cereali integrali (3 milioni di morti e 82 milioni di DALYs) e un basso consumo di frutta (2 milioni di morti e 65 milioni di DALYs).

Globalmente nel 2017 il consumo di quasi tutti i cibi sani è stato subottimale, con gap tra il consumo ideale e quello reale più ampio per noci e semi, latte e cereali integrali. L'assunzione di cibi non salutari è stata molto superiore all'ideale, così come il consumo di bevande zuccherate, di carne processata (per quest'ultima la regione occidentale d'Europa si classifica tra le tre regioni che ne usano di più, assieme alle zone ricche di Nord America e Asia) e di sodio.

Per quanto riguarda lo scenario europeo si stima che nel 2017 ci siano state più di 950.000 morti e più di 16 milioni di DALYs a causa della cattiva alimentazione; la totalità di questi eventi è da attribuire a malattie non trasmissibili, ovvero malattie cardiovascolari (817.302), tumori (101.477), diabete e patologie renali (32.009).

**Tabella 1**

**Percentuale di DALYs specifici per malattia, attribuibili ad ogni fattore di rischio connesso con la dieta**

|                                      | DALYs totali (%) | Attribuibile alla dieta (%) | Principale responsabile |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Malattie ischemiche del miocardio    | 8,60             | 68,70                       | Pochi cereali integrali |
| Stroke                               | 4,90             | 41,00                       | Pochi cereali integrali |
| Diabete mellito                      | 3,20             | 37,00                       | Pochi cereali integrali |
| Cancro colon-retto                   | 2,10             | 28,20                       | Poco calcio             |
| Cancro esofageo                      | 0,50             | 16,50                       | Poca frutta             |
| Cardiopatía ipertensiva              | 0,80             | 17,10                       | Troppo sodio            |
| Cancro di polmone, trachea e bronchi | 4,10             | 8,80                        | Poca frutta             |
| Malattia renale cronica              | 1,10             | 7,40                        | Troppo sodio            |
| Cancro dello stomaco                 | 0,90             | 19,80                       | Troppo sodio            |
| Cancro della faringe                 | 0,20             | 5,40                        | Poca frutta             |
| Cancro della laringe                 | 0,20             | 5,20                        | Poca frutta             |
| Cancro del nasofaringe               | 0,10             | 5,10                        | Poca frutta             |
| Aneurisma dell'Aorta                 | 0,30             | 5,70                        | Troppo sodio            |
| Fibrillazione e flutter atriale      | 0,80             | 5,70                        | Troppo sodio            |
| Cancro del cavo orale                | 0,30             | 5,30                        | Poca frutta             |
| Malattia arteriosa periferica        | 0,20             | 4,30                        | Troppo sodio            |

Fonte: EU Global Burden of Disease 2017.

### 3.3 L'ALIMENTAZIONE IN EUROPA, ITALIA E TOSCANA

#### 3.3.1 Le fonti

I dati derivanti dai più recenti studi regionali italiani ed europei sullo stile di vita e sull'alimentazione sono rappresentati in **tabella 2**. Come per gli altri capitoli presenti in questo lavoro, le fonti rappresentano la versione più aggiornata disponibile al momento di report internazionali, nazionali e regionali.

- **Studi internazionali:** la prima classe di età in ordine di comparsa, quella infantile, viene descritta dalla raccolta europea COSI (*Childhood Obesity*

*Surveillance Initiative*), che fornisce una serie di dati riguardanti gli stili alimentari e lo stato nutrizionale. Questa raccolta è nata a seguito di una conferenza sull'obesità del 2006 ad Istanbul, Turchia, dove gli Stati europei hanno riconosciuto il bisogno rendere più uniformi le politiche riguardanti la sorveglianza alimentare nelle scuole primarie. Venne così studiato un sondaggio, da somministrare a un campione di bambini della scuola primaria (dai 6 ai 9 anni compiuti) di 19 Paesi europei, cui viene anche misurata altezza e peso (con calcolo del BMI, ovvero l'Indice di Massa Corporea – *Body Mass Index*). Per quanto riguarda l'alimentazione si chiede il consumo di frutta e di verdura (frequenza giornaliera o settimanale), il consumo di snack salati (frequenza settimanale) e di sale, il consumo di bevande zuccherate (frequenza settimanale), la colazione (completa o no). Le rilevazioni sono stratificate per età e suddivise per sesso. La prima raccolta dati è avvenuta nel 2007-2008, l'ultima (la quinta) è avvenuta nel 2018-2019. Un secondo studio internazionale è stato portato avanti dalla Commissione Europea, che ha raccolto i risultati degli studi effettuati a livello nazionale nei vari Paesi afferenti all'Unione; questa raccolta dati è eterogenea, in quanto nei vari Paesi le indagini sono state svolte in tempi diversi. L'aggiornamento dei dati risente spesso dell'impegno che ogni Paese ha messo (o meno) nella raccolta e nella redazione dei risultati. Tuttavia questa raccolta riporta informazioni complementari sul consumo di zuccheri (riportati come quantità di energia al giorno data da questi alimenti), sull'uso di sale (grammi al giorno) e sul consumo di frutta e verdura (grammi al giorno). Per quanto riguarda l'età adolescenziale lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) è uno studio internazionale realizzato in collaborazione con la WHO che monitora i comportamenti di salute, la salute e il contesto sociale di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni, con cadenza quadriennale. Questo studio è stato promosso dall'Inghilterra, dalla Finlandia e dalla Norvegia nel 1982. Nella sezione riguardante l'alimentazione, oltre alle conseguenze di un'alimentazione errata come il sovrappeso e l'obesità si indagano la colazione (chi la fa giornalmente e chi no) il consumo giornaliero o settimanale di frutta e di verdura, il consumo giornaliero o settimanale di dolci e quello di bevande gassate o zuccherate. Questo report viene portato avanti anche dalla sezione Italiana e toscana (HBSC Italia), che usa le stesse domande e proxy. Anche per l'età adolescenziale interviene la raccolta dati della Commissione Europea a completare i dati relativi all'alimentazione, nello specifico sull'*intake* di sodio. Per l'alimentazione nelle età adulte e anziane il sistema di rilevazione internazionale è fornito dall'OECD, o OCSE in italiano (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) che fornisce dati su sovrappeso e obesità, stratificati

per sesso e fascia di età, Ulteriori informazioni alimentari riguardanti adulti e anziani sono offerte dall'Ufficio statistico dell'Unione europea (Eurostat), una direzione generale della Commissione europea che raccoglie ed elabora dati provenienti dagli Stati membri dell'Unione europea a fini statistici, promuovendo il processo di armonizzazione della metodologia statistica tra gli Stati stessi. Altre informazioni sono riportate dall'EFSA (Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare): anche questa agenzia raccoglie informazioni dai vari Paesi europei per fornire consulenza scientifica e comunicazioni efficaci in materia di rischi, esistenti ed emergenti, associati alla catena alimentare. Per questo capitolo queste agenzie indagano il consumo giornaliero di frutta e verdura e quello di dolci, oltre al consumo medio di sale in grammi e quello di bevande zuccherate o gassate e la colazione.

- Studi nazionali: la rilevazione nazionale principalmente usata in questo report per la fascia di età infantile è quella di Okkio alla Salute, un sistema di raccolta dati attivo dal 2007 che ha come scopo principale descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini di 8-9 anni, dello stile alimentare e dell'esercizio fisico. Il campionamento è a cluster selezionando le classi scolastiche dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale o per AUSL. Il report, di cui esiste anche la controparte regionale, fornisce informazioni su obesità e sovrappeso, consumo giornaliero di frutta e verdura, consumo giornaliero di bevande zuccherate o gassate, colazione adeguata; per quanto riguarda la colazione, seguendo le indicazioni dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN (attuale Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - CREA), una colazione che abbia previsto il consumo sia di cibi a prevalente contenuto proteico che di quelli a prevalente contenuto glucidico è stata considerata "adeguata", altrimenti è stata considerata "inadeguata". Per quanto riguarda gli adolescenti è ancora HBSC (Italia) che fornisce i dati attraverso gli stessi indicatori e proxy della raccolta internazionale. I dati nazionali di bambini, adolescenti e adulti sono raccolti annualmente anche dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". In questo database si raccolgono i dati relativi agli stili alimentari per le varie fasce d'età: per quella infantile vengono indagati i bambini dai 3 ai 10 anni stratificandoli per classe di età (3-5 anni e 6-10 anni) e suddividendoli per sesso. Per la parte adolescenziale si valutano le fasce 11-14 anni, 15-17 anni e 18-19 anni, e suddividendoli per sesso. Per la popolazione adulta le fasce comprendono 20-24 anni, 25-34 anni, 35-44 anni, 45-54 anni, 55-59 anni, 60-64 anni. Nello specifico si richiede il consumo di frutta, verdura e ortaggi, il consumo di dolci almeno qualche volta a settimana,

il consumo di sale (uso di sale iodato) e di snack, colazione adeguata. Per il panorama italiano un altro strumento di indagine è il rapporto di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ideato nel 2005 dal CCM/Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario viene somministrato telefonicamente ad un campione di popolazione di residenti assistiti tra i 18 ed i 69 anni, stratificato per sesso, classi di età, titolo di studio, introito economico, estratto casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie. A livello nazionale, così come regionale si indagano la percentuale di sedentari, il livello di soddisfazione percepita riguardo l'attività fisica svolta. Nel caso della popolazione più anziana la fonte utilizzata è PASSI d'Argento, un sistema di sorveglianza nazionale promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato nelle singole regioni italiane, che partecipano al pool nazionale con il proprio campione. Target dell'indagine sono gli anziani residenti al proprio domicilio, persone di 65 anni o più non ricoverate in una Residenza Sanitaria Assistita (RSA). Anche questa rilevazione ha una controparte regionale. Attraverso queste raccolte si indagano in Italia e in Toscana lo stato nutrizionale (sovrappeso, normopeso, obesità e sottopeso) e il consumo di frutta e verdura giornaliero.

- **Studi regionali:** lo studio Okkio alla Salute Toscana è la controparte dello studio nazionale, e usa gli stessi determinanti di salute e proxy del report nazionale. EDIT invece ("Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana"), studia le abitudini degli adolescenti toscani. Recentemente inserito nel Registro delle sorveglianze regionali sugli stili di vita del Ministero della salute (DPCM 3 marzo 2017), è stato ideato e realizzato dall'ARS Toscana per la prima volta nel 2005, ed è stato ripetuto fino alla quinta ed ultima edizione nel 2018. Viene indagata la regione nel suo complesso e per zone-distretto; con l'intento di ottenere stime rappresentative a livello di zone-distretto, è stato previsto di intervistare circa 400 studenti per ogni territorio, corrispondenti ad una sezione completa, dalla prima alla quinta classe, in quattro scuole diverse. La rilevazione del 2018 ha permesso l'arruolamento di 6.824 studenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni, suddivisi in 3.731 maschi (54,7%) e 3.093 femmine (45,3%). Tra gli studenti intervistati 1.890 sono residenti nella AUSL Centro (27,7%), 2.876 nella AUSL Nord-Ovest (42,1%) e 2.058 nella AUSL Sud-est (30,2%). Nel questionario EDIT vengono indagati lo stato nutrizionale (sovrappeso, sottopeso, normopeso, obeso), il consumo giornaliero di frutta e di verdura, quello di bevande zuccherate e gassate. Per lo studio della popolazione adolescenziale toscana troviamo anche, di nuovo, lo studio HBSC. Per quanto riguarda la popolazione adulta il rapporto di sorveglianza PASSI si dedica

anche alla nostra regione: nato come studio nel 2005, è stato attuato dalla Regione Toscana dal 2007 con il supporto delle ASL toscane. L'età del target e il questionario somministrato sono gli stessi usati per la rilevazione nazionale. Per la popolazione anziana abbiamo nuovamente PASSI d'Argento con gli stessi indicatori utilizzati per il report nazionale.

Questo capitolo è organizzato in modo da indagare le principali abitudini alimentari: colazione adeguata, consumo di frutta e di verdura, di dolci, di sale, di snack, di bibite gassate o zuccherate; il capitolo poi prosegue con un focus dedicato all'obesità.

Tabella 2

## Fonti dei dati statistici

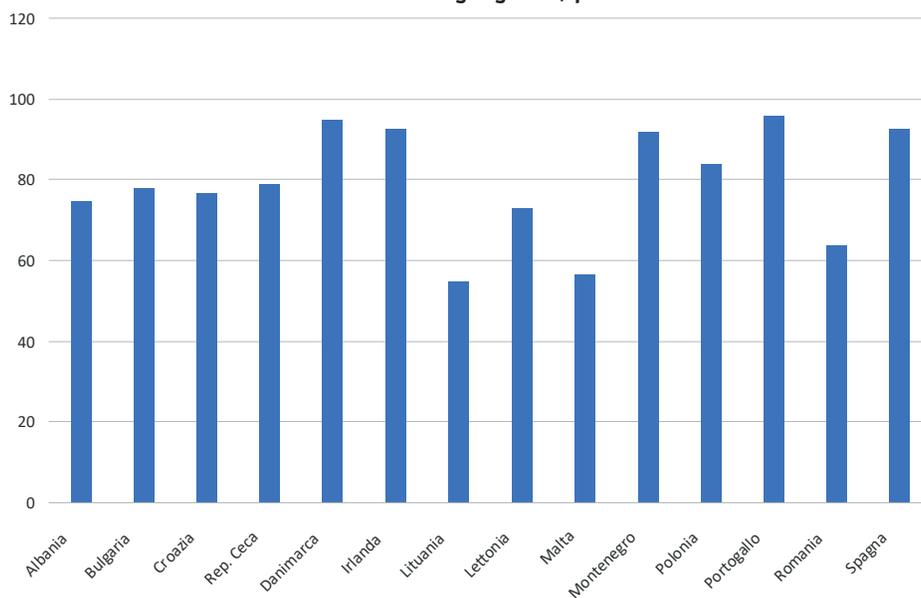
| STRUMENTI DI INDAGINE SULL'ALIMENTAZIONE |                                       |                    |                                     |                             |                     |                                        |                                                               |
|------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ITALIANI                                 |                                       |                    |                                     |                             |                     |                                        |                                                               |
| INDAGINE                                 | ANNI DI RILEVAZIONE                   | ETA' DEL CAMPIONE  | PERIODO DI RILEVAZIONE              | DATI NAZIONALI              | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO | ARGOMENTI                                                     |
| EDIT                                     | Dal 2005                              | 14-18 anni         | Sistemata triennale                 | No                          | Si                  | Entrambi                               | Obesità/ sovrappeso, bibite, snacks, verdura, frutta          |
| HBSC                                     | Dal 2003/2004, sistematica dal 2005/6 | 11, 13, 15 anni    | Sistematica quadriennale            | Si                          | Si                  | No                                     | Obesità/ sovrappeso, frutta e verdura, dolci e bevande        |
| ISTAT                                    | Dal 1993, escluso il 2004             | Dai 3 anni in poi  | Sistematica, annuale e quadriennale | Si                          | Fino al 2011        | No                                     | Obesità/ sovrappeso, frutta e verdura, dolci                  |
| OKKIO ALLA SALUTE                        | Dal 2008                              | 6-10 anni          | Sistematica, biennale               | Si                          | Si                  | No                                     | Obesità e sovrappeso, frutta e verdura, bevande               |
| PASSI                                    | Dal 2007                              | 18-69 anni         | Sistematica, annuale                | Si                          | Si                  | Entrambi                               | Obesità/ sovrappeso/ sottopeso, frutta e verdura              |
| PASSI D'ARGENTO                          | Dal 2009                              | dai 65 anni in poi | Sistematica annuale e biennale      | Si                          | Si                  | Entrambi                               | Obesità/ sovrappeso/ sottopeso, frutta e verdura              |
| EUROPEI                                  |                                       |                    |                                     |                             |                     |                                        |                                                               |
| COSI                                     | Dal 2007                              | 6-9 anni           | Sistematica triennale               | 35 Paesi e regioni          | /                   | /                                      | Obesità e sovrappeso, frutta e verdura, sale e snack, bevande |
| HBSC EUROPE                              | Dal 1982                              | 11, 13, 15 anni    | Sistematica quadriennale            | 49 Paesi e regioni EU e USA | /                   | /                                      | Obesità, frutta e verdura, dolci e bevande                    |
| OECD/EU HEALTH STATISTICS                | Dal 2012                              | 3-74 anni          | Bi-triennale                        | 45 Paesi e regioni mondiali | /                   | /                                      | Obesità/ sovrappeso                                           |

### 3.3.2 L'alimentazione nei bambini

#### *Colazione completa e adeguata*

In Europa, secondo i dati COSI (**Figura 2**), una colazione completa viene consumata con frequenza variabile dai bambini europei, anche a causa (ovviamente) delle abitudini proprie di ogni paese. I Paesi dove questa abitudine è meno sfruttata sono Malta (dove solo il 57% dei bambini fa colazione ogni giorno), la Lituania (55%) e la Romania (64%).

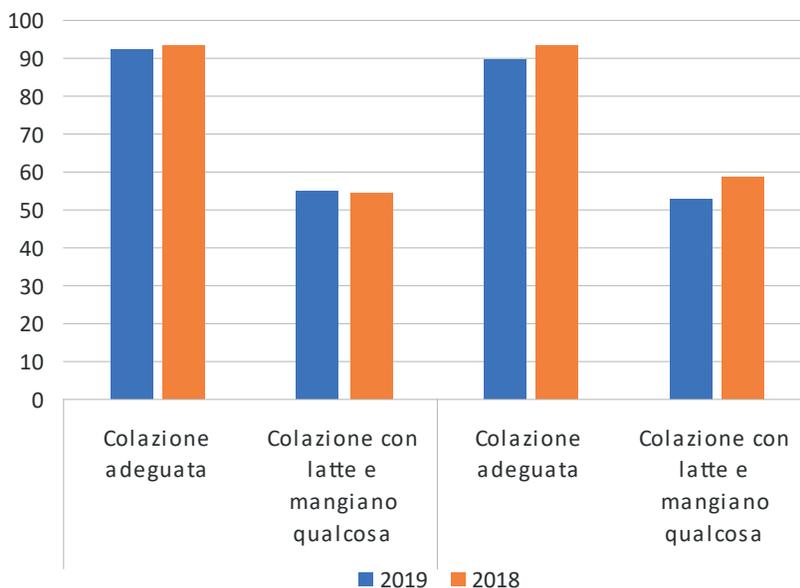
**Figura 2**  
**Percentuale di bambini che fanno colazione ogni giorno, per Paese**



Fonte: COSI 2015-2017.

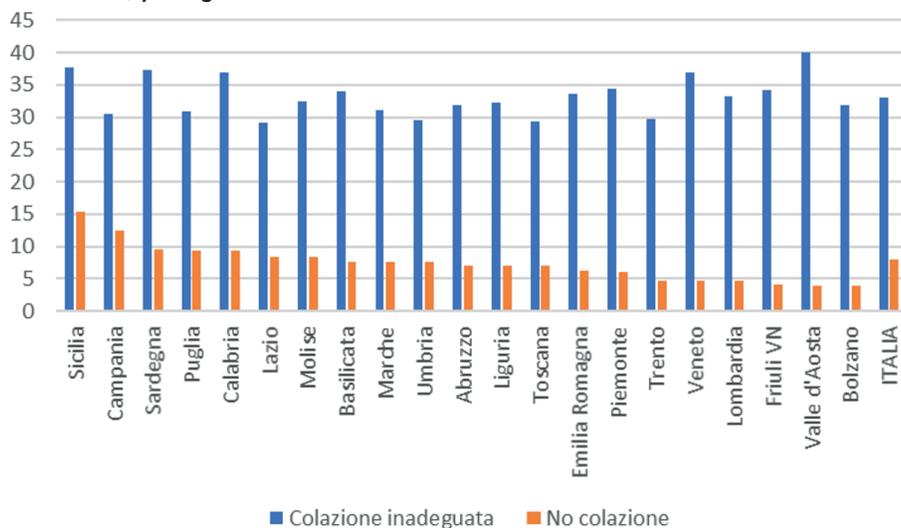
In Italia nel 2019 (dati ISTAT, in **Figura 3**) i bambini che riescono a fare una colazione adeguata sono più o meno stazionari rispetto al 2018, soprattutto la quota dei maschi (con circa il 93% che fa una colazione adeguata e circa il 55% che la fa con latte); per le femmine c'è un lieve calo sia nella prevalenza di chi fa colazione adeguata (dal 93,8% al 90%) sia in chi la fa principalmente con latte (dal 59% al 53%).

**Figura 3**  
**Colazione adeguata nei bambini 3-10 anni e confronto con il 2018, per sesso**



Fonte: ISTAT 2019.

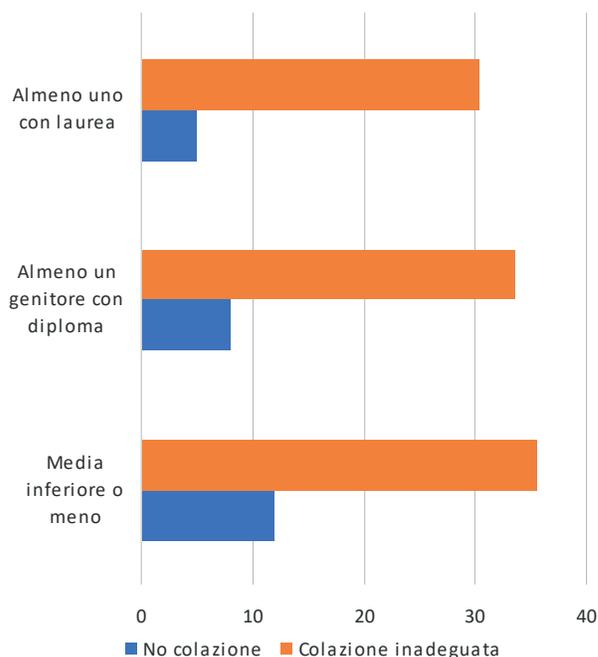
Per la rilevazione di OKkio alla salute 2016 (l'anno più aggiornato disponibile, **Figura 4**) si nota che il 7,9% dei bambini non ha fatto colazione la mattina prima di recarsi a scuola (stesso dato del 2014). L'indicatore si presenta con un gradiente Sud, Centro Nord, con le regioni del Sud che presentano tendenzialmente prevalenze più elevate (con una prevalenza minima del 4,0% a Bolzano e in Valle D'Aosta e massimo del 15,4% in Sicilia). I bambini che hanno fatto una colazione inadeguata sono il 33,0% e risultano in leggero aumento rispetto al 2014, dove erano il 31%.

**Figura 4**
**Percentuale di chi ha fatto una colazione inadeguata o nessuna colazione la mattina dell'intervista, per regione**


Fonte: OKkio alla salute 2016.

Rispetto ai bambini che fanno una colazione adeguata e che presentano una frequenza di obesità dell'8,5%, chi salta la prima colazione ha una frequenza di obesità più alta, pari a 15,6% (vedi *focus* sull'obesità). I bambini che più frequentemente adottano un comportamento non corretto rispetto alla prima colazione hanno tendenzialmente genitori meno istruiti (**Figura 5**). In particolare, i bambini che saltano la colazione o che fanno una colazione inadeguata passano, rispettivamente, dall'11,8% e dal 35,5% se entrambi i genitori hanno un titolo di studio non superiore alla licenza di scuola media inferiore, al 4,8% e al 30,3% se almeno uno dei genitori possiede una laurea.

**Figura 5**  
Percentuale di chi fa una colazione adeguata, per titolo di studio dei genitori

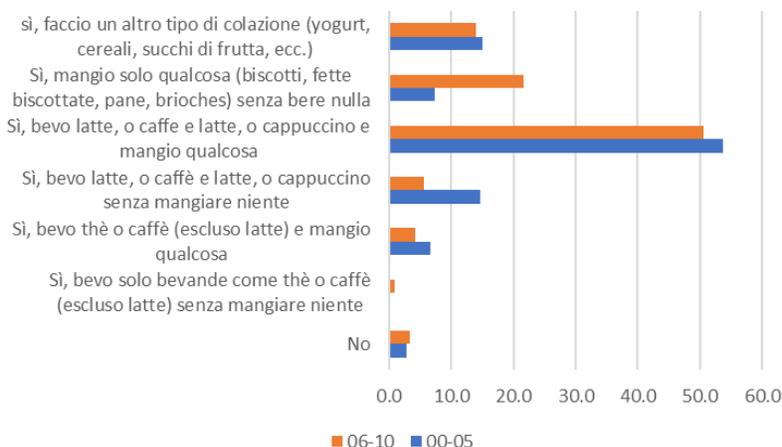


Fonte: OKkio alla salute 2016.

Nella nostra Regione (ISTAT multiscopo 2018, in **Figura 6**) il 70% circa dei bambini in fascia 0-5 anni e circa il 75% di quelli nella fascia di età successiva fa una colazione qualitativamente adeguata. Il 5% non fa colazione e circa il 25% fa una colazione inadeguata, dati migliori rispetto alla media Italiana.

**Figura 6**

**Tipo di colazione e percentuale di chi la consuma in Toscana, per fascia di età**



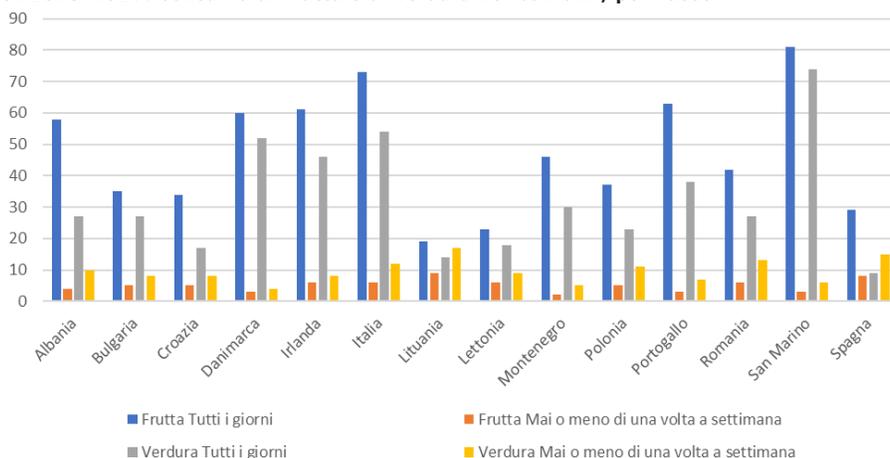
Fonte: ISTAT indagini multiscopo 2018.

**Consumo di frutta e verdura**

Secondo l'indagine europea COSI (2015-2017) l'Italia e San Marino si collocano tra i Paesi con maggior percentuale di bambini che consumano giornalmente frutta e verdura in Europa (per la frutta 73% e 81% rispettivamente, per la verdura 54% e 74% rispettivamente, in **Figura 7**). Tra i paesi meno virtuosi in questo senso invece troviamo per il consumo di frutta la Lituania (solo il 19% la mangia tutti i giorni) e per il consumo di verdura la Spagna (solo il 9% consuma verdura tutti i giorni).

**Figura 7**

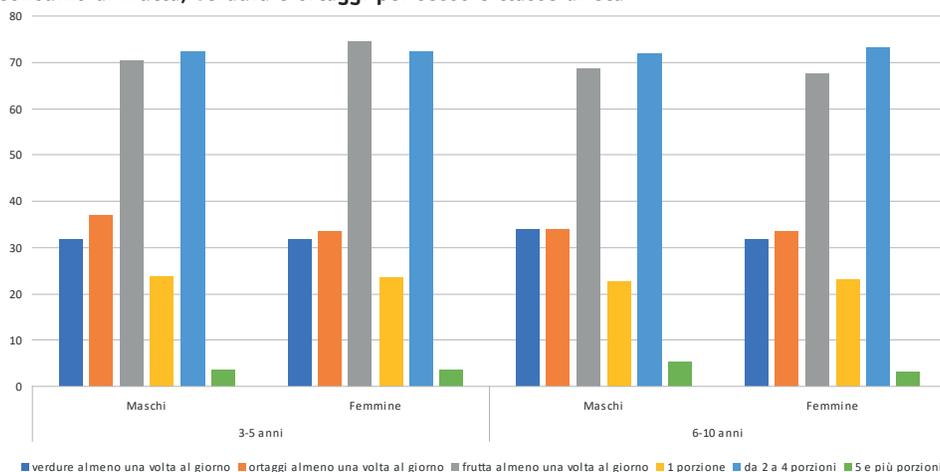
**COSI 2015-2017. Consumo di frutta e di verdura nei bambini, per Paese**



Fonte: COSI 2015-2017.

Nel nostro Paese (ISTAT 2019, in **Figura 8**) osserviamo una tendenza al consumo di verdura e ortaggi in lieve diminuzione dal 2017 per la sottofascia da 3 a 5 anni (34,1% nel 2017 e 32% nel 2019) e per quella da 6 a 10 anni (35,9% nel 2017, poi 33% nel 2019); la frutta viene consumata più della verdura, con almeno una porzione consumata da circa il 70% dei bambini. Complessivamente la maggior parte dei bambini mangia dalle 2 alle 4 porzioni tra frutta e verdura (72,5% dai 3 ai 5 anni, 72% circa dai 6 ai 10 anni), in crescita rispetto al 2017 (69,6% e 70,8% rispettivamente).

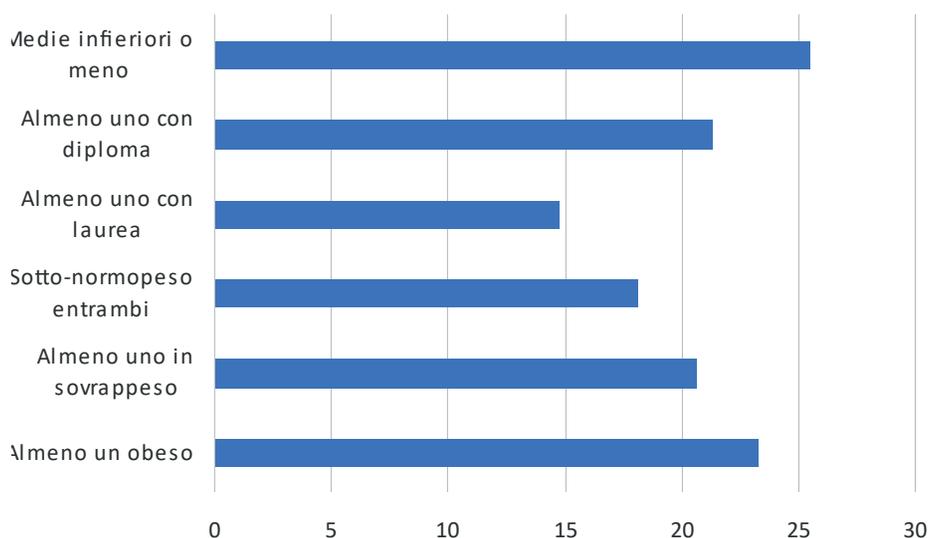
**Figura 8**  
Consumo di frutta, verdura e ortaggi per sesso e classe di età



Fonte: ISTAT 2019.

In **Figura 9** si nota che esistono differenze tra chi mangia più o meno porzioni di frutta e verdura, e che tali differenze si correlano con varie caratteristiche demografiche dei genitori, come il titolo di studio (più del 25% dei bambini che non mangia questi alimenti ogni giorno ha genitori meno istruiti, percentuale che scende sotto il 15% con genitori laureati) e il peso (circa il 23% dei bambini che non mangia frutta e verdura giornalmente ha genitori obesi, contro il 18% di chi ha genitori normopeso).

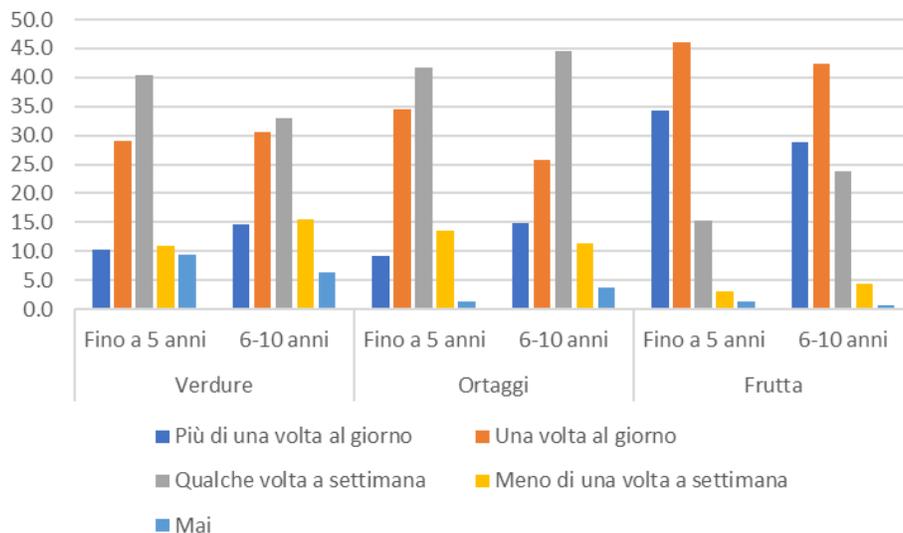
**Figura 9**  
**Percentuale di bambini che non mangia frutta o verdura tutti i giorni, per varie caratteristiche demografiche dei genitori**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

Passando al dato toscano e ai dati di ISTAT multiscopo 2018 elaborati per la nostra regione (**Figura 10**), si nota che in Toscana dopo i 5 anni si tende a mangiare meno spesso frutta, verdura e ortaggi; tuttavia la frutta viene consumata più spesso: il 34% prima dei 5 anni e il 29% dopo i 5 anni la consuma più volte al giorno, e il 46% al di sotto dei 5 anni la consuma comunque almeno una volta al giorno (contro il 42,3% dei bambini più grandi).

**Figura 10**  
**Percentuali dei bambini che consumano regolarmente frutta, verdura e ortaggi in Toscana, per fascia di età**

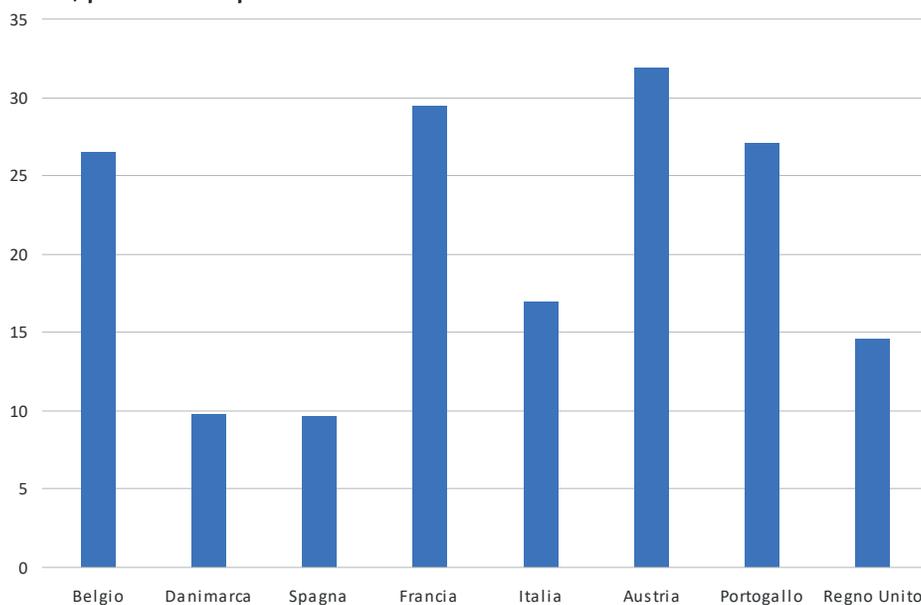


Fonte: ISTAT indagini multiscopo 2018.

## Consumo di dolci

I dati registrati dalla Commissione Europea<sup>8</sup> indicano che il Paese dove si consumano più dolci (usando come indicatore la frazione giornaliera di energia data da zuccheri e dolci, la “E%”) è l’Austria, con più del 30% dell’energia giornaliera data da alimenti zuccherati e dolci. Meglio la Spagna e la Danimarca, dove questi alimenti ricoprono meno del 10% dell’energia giornaliera. L’Italia si colloca a metà, col 17% circa di E% (**Figura 11**).

**Figura 11**  
**Percentuale media di energia quotidiana data dal consumo di alimenti dolci e zuccheri nei bambini, per Paese europeo**



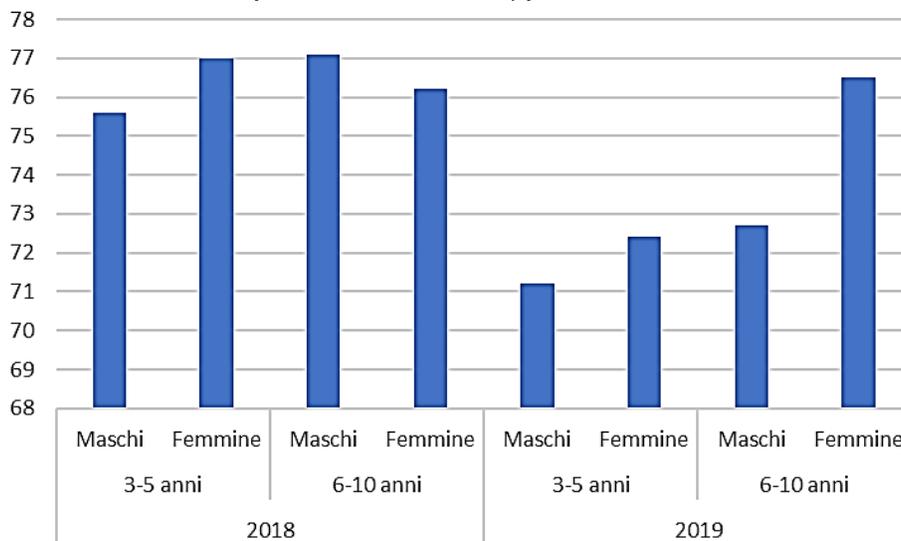
Fonte: EC Europe 2018.

<sup>8</sup> <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/promotion-prevention/nutrition/sugars-sweeteners>

In Italia le abitudini alimentari per il consumo di dolci hanno avuto un cambiamento dal 2018 (**Figura 12**); il consumo nella fascia di età 3-5 anni si riduce sia per i bambini (dal 75,6% al 71,2%) che per le bambine (dal 77% al 72,5%), mentre nella fascia successiva il consumo diminuisce solo per i maschi (dal 77% al 72,8%), mentre per le coetanee la situazione è stazionaria.

**Figura 12**

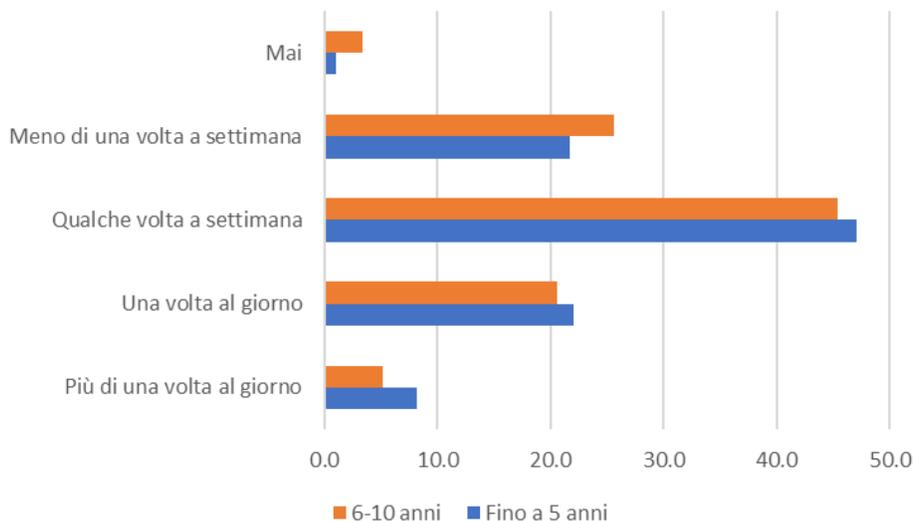
**Consumo di dolci almeno qualche volta a settimana, per classe di età e sesso**



Fonte: ISTAT Italia 2018-2019.

In Toscana, ancora per i dati ISTAT 2018, la frequenza di consumo di dolci e alimenti zuccherati si riduce leggermente al passaggio dalla fascia di età più piccola a quella più grande (**Figura 13**).

**Figura 13**  
**Frequenza di consumo di dolci e zuccheri nei bambini, per età**

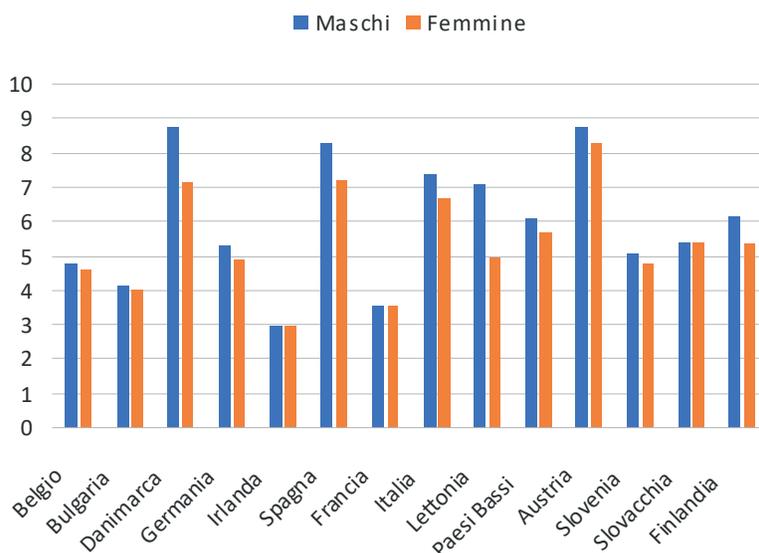


Fonte: ISTAT 2018.

## Consumo di sale

Secondo i dati raccolti dalla Commissione Europea (**Figura 14**), che provengono a loro volta dai report propri di ogni Paese europeo, si evince che il consumo di sale è lievemente maggiore nei bambini maschi in quasi tutti i Paesi; Austria (8,8 grammi al giorno per i maschi e 8,3 per le femmine), Danimarca (8,8 grammi al giorno per i maschi e 7 per le femmine) e Spagna (8,3 grammi al giorno per i maschi e 7,2 per le femmine), sarebbero i Paesi a maggior consumo giornaliero di sale. L'Irlanda (3 grammi/die) quella col consumo più adeguato alle linee guida.

**Figura 14**  
Consumo di sale (g/die) nei bambini in Europa, per Paese

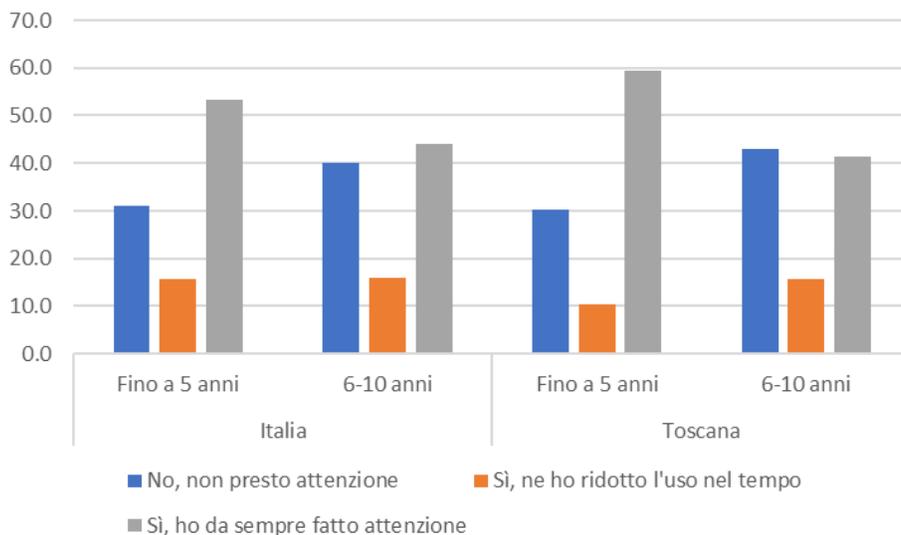


Fonte: EC Europe 2018.

L'Italia, per quanto riportato dalla Commissione Europea, si colloca al quarto posto dopo i Paesi precedenti (7,4 e 6,7 grammi consumati, rispettivamente, da maschi e femmine). Passando in rassegna i dati forniti da ISTAT si osserva che l'attenzione al consumo di sale, quando si cucina per i propri figli, diminuisce col passare degli anni; fare sempre attenzione alla quantità è un'abitudine in calo da 59,3% a 41,3% quando si superano i 5 anni di età, così come chi non presta attenzione aumenta in percentuale dal 30 al 43%.

Dal confronto con la Toscana, basandosi sugli stessi report (ISTAT 2018) emerge lo stesso pattern, con maggior lieve riduzione nell'attenzione al consumo di sale passando da una fascia di età all'altra (**Figura 15**).

**Figura 15**  
**Attenzione all'uso di sale, confronto Italia- Toscana, per età**

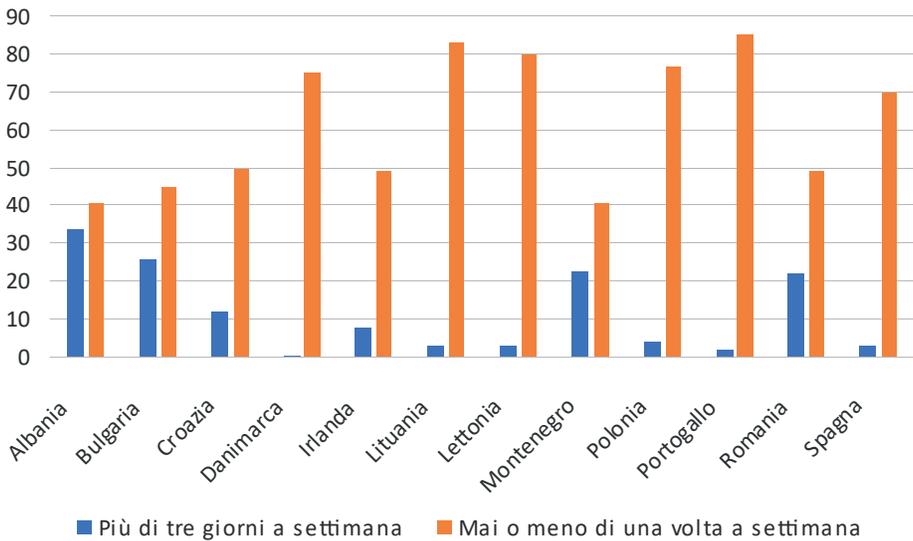


Fonte: ISTAT 2018, indagini multiscopo.

## Consumo di snack

Secondo la raccolta dati COSI (in **Figura 16**), che valuta le percentuali di bambini che consumano snack saporiti più di tre volte a settimana, i Paesi europei primi per consumo sono l'Albania (34%), la Bulgaria (26%), il Montenegro (23%) e la Romania (22%). I Paesi che ne fanno consumo più raramente sono Portogallo (solo il 2% li consuma spesso) e la Danimarca (lo 0,5% li consuma più di tre volte alla settimana).

**Figura 16**  
Frequenza di consumo di snack, per Paese

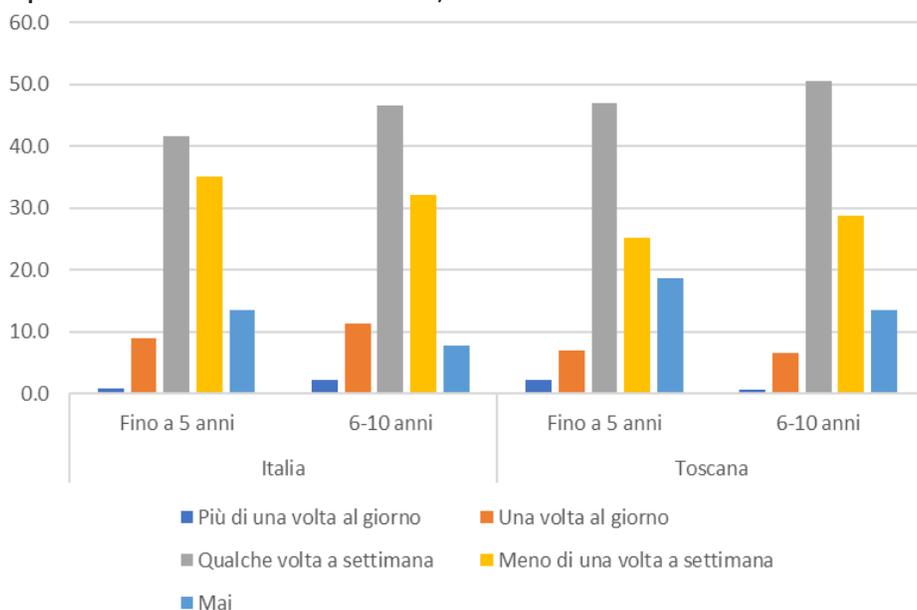


Fonte: COSI.

Dalla rilevazione nazionale dei dati ISTAT 2018 risulta che la maggior parte dei bambini italiani fino a 10 anni mangia snack qualche volta a settimana, sia in Toscana che in Italia (**Figura 17**). Secondo la media italiana i bambini che mangiano snack una volta al giorno sono il 9% dei più piccoli e l'11% dei più grandi, dato che in Toscana è molto ridotto (7% e 6.6% rispettivamente); allo stesso modo in Toscana sono molti di più i bambini che non li consumano mai (il 18,6% al di sotto dei 5 anni e il 13,4% al di sopra), dato che si discosta da quello italiano in virtù (la media italiana è del 13,4% e del 7,7% rispettivamente).

**Figura 17**

**Frequenza di consumo di snack nei bambini, confronto Italia-Toscana**



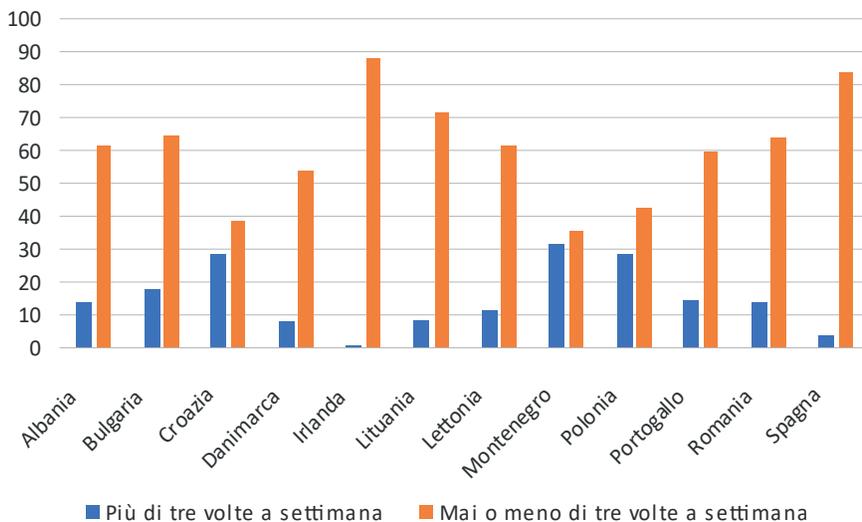
Fonte: ISTAT 2018.

### Consumo di bevande zuccherate e/o gassate

Secondo i dati COSI (**Figura 18**), i Paesi europei dove i bambini consumano bevande zuccherate più di tre volte a settimana sono Montenegro (32%) e la Croazia (29%); i Paesi invece che sono meno abituati sono l'Irlanda (solo l'1% consuma soft drink più di tre volte a settimana) e la Spagna (accade solo del 4% dei casi).

**Figura 18**

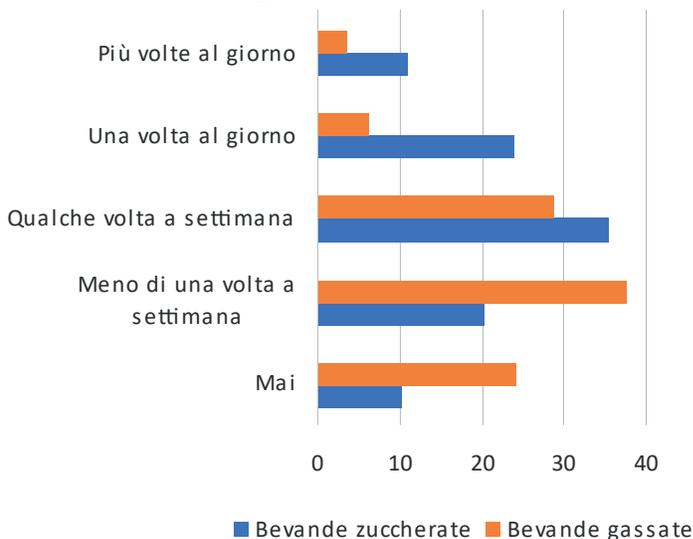
**Frequenza di consumo di bevande zuccherate o gassate, per Paese**



Fonte: COSI 2015-2017.

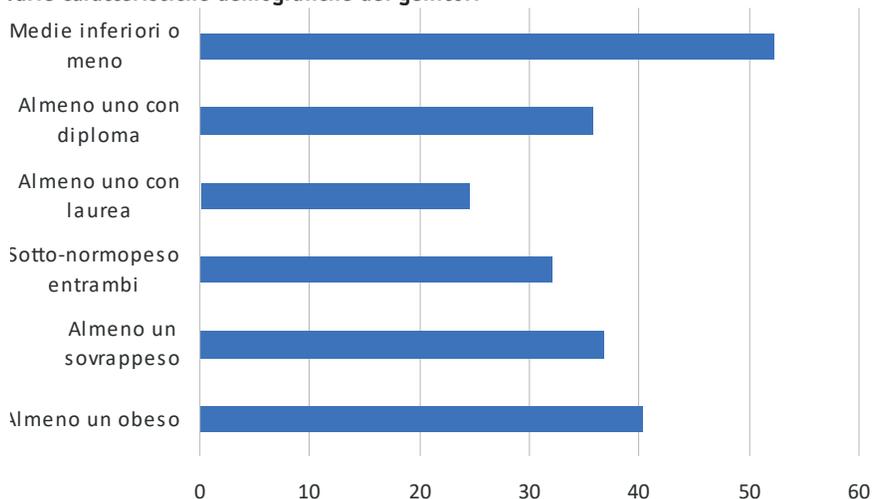
In Italia l'ultima rilevazione disponibile (OKkio alla salute 2016, in **Figura 19**) ha stabilito che il 36,3% dei bambini consuma quotidianamente bevande zuccherate/gassate, se le si considerano insieme. Più del 10% dei bambini beve più volte al giorno bevande zuccherate; in generale le bevande gassate vengono consumate meno spesso di quelle zuccherate.

**Figura 19**  
**Frequenza di consumo di bevande gassate o zuccherate nei bambini**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

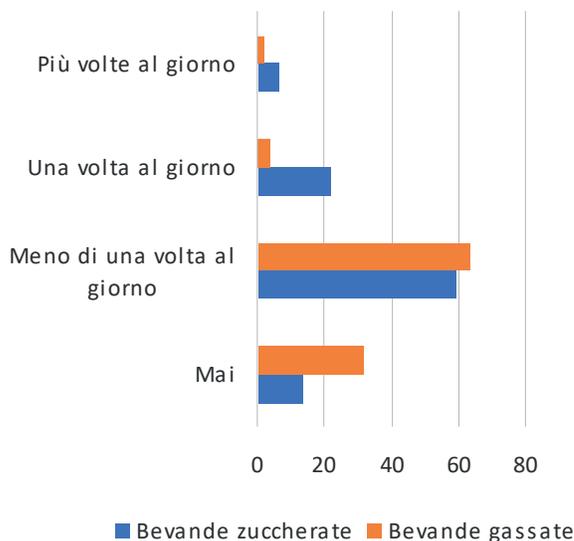
**Figura 20**  
**Percentuale di bambini che consuma una o più volte al giorno bevande zuccherate o gassate, per varie caratteristiche demografiche dei genitori**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

In **Figura 20** si nota un'associazione tra il consumo di bevande di questo tipo e varie caratteristiche dei genitori: il 32,1% dei bambini con genitori sotto-normopeso vs il 40,2% di bambini con almeno un genitore obeso le consuma sempre, così come il 24,5% di bambini con almeno un genitore laureato vs il 52,2% di bambini con genitori con basso livello di istruzione. Nella nostra Regione (secondo i dati OKkio alla salute Toscana 2016, in **Figura 21**) il 72,1% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate. Il 21,7% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno, il 6,2% più volte al giorno.

**Figura 21**  
**Frequenza di consumo di bevande zuccherate o gassate nei bambini in Toscana**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

### 3.3.3 L'alimentazione nell'età adolescenziale

#### *Colazione completa e adeguata*

Secondo i dati europei (HBSC Europe 2018, in **Tabella 3**) in generale, la proporzione di chi fa colazione giornalmente si riduce progressivamente con l'età in tutti i Paesi, e sono pochi i Paesi con alte percentuali di chi fa colazione tutti i giorni (Paesi Bassi, Irlanda, Portogallo, in **Figura 22**, sono i più virtuosi); si osservano poi delle differenze tra generi, in tutti i Paesi: in media i maschi che fanno colazione vanno dal 67% al 56% dagli 11 ai 15 anni, le femmine che fanno colazione vanno da una media a 11 anni del 64% al solo 48% a 15 anni. L'Italia è molto vicina a queste medie, passando da una

prevalenza attorno al 60% (65% i ragazzi e 59% le ragazze) a 11 anni per scendere ad una prevalenza poco sopra il 50% (57% i ragazzi, 52% le ragazze) a 15 anni.

**Tabella 3**  
**Percentuale di adolescenti che fanno colazione ogni giorno, per sesso e età**

|             | 11 anni |         | 13 anni |         | 15 anni |         |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|             | Maschi  | Femmine | Maschi  | Femmine | Maschi  | Femmine |
| Paesi Bassi | 91      | 88      | 83      | 75      | 80      | 67      |
| Irlanda     | 83      | 80      | 75      | 67      | 73      | 59      |
| Portogallo  | 81      | 77      | 79      | 67      | 75      | 63      |
| Svezia      | 82      | 76      | 72      | 62      | 68      | 55      |
| Belgio      | 80      | 77      | 69      | 69      | 67      | 58      |
| Danimarca   | 77      | 74      | 73      | 63      | 64      | 59      |
| Scozia      | 77      | 74      | 68      | 51      | 55      | 45      |
| Finlandia   | 77      | 73      | 67      | 59      | 58      | 58      |
| Islanda     | 74      | 75      | 70      | 62      | 63      | 52      |
| Norvegia    | 76      | 73      | 70      | 64      | 61      | 56      |
| Francia     | 72      | 75      | 69      | 58      | 57      | 49      |
| Spagna      | 75      | 70      | 68      | 58      | 67      | 52      |
| Inghilterra | 77      | 67      | 64      | 52      | 63      | 48      |
| Ucraina     | 71      | 73      | 69      | 66      | 66      | 64      |
| Macedonia   | 68      | 72      | 69      | 71      | 66      | 64      |
| Polonia     | 67      | 65      | 62      | 53      | 64      | 57      |
| Germania    | 66      | 65      | 60      | 51      | 55      | 42      |
| Svizzera    | 68      | 63      | 61      | 52      | 52      | 44      |
| Galles      | 69      | 61      | 60      | 42      | 53      | 35      |
| Lettonia    | 64      | 65      | 60      | 50      | 57      | 48      |
| Moldavia    | 64      | 65      | 62      | 59      | 53      | 51      |
| Estonia     | 64      | 64      | 61      | 56      | 58      | 55      |
| Lussemburgo | 65      | 61      | 53      | 46      | 48      | 40      |
| Italia      | 65      | 59      | 67      | 49      | 57      | 52      |
| Serbia      | 60      | 63      | 64      | 59      | 60      | 50      |
| Rep. Ceca   | 64      | 58      | 59      | 46      | 51      | 42      |
| Albania     | 57      | 60      | 51      | 37      | 48      | 37      |
| Lituania    | 59      | 56      | 52      | 48      | 55      | 44      |
| Malta       | 61      | 50      | 55      | 41      | 50      | 44      |
| Croazia     | 55      | 55      | 55      | 50      | 50      | 38      |
| Bulgaria    | 54      | 55      | 50      | 56      | 51      | 48      |
| Romania     | 55      | 51      | 48      | 41      | 41      | 31      |
| Ungheria    | 60      | 45      | 51      | 40      | 42      | 34      |
| Grecia      | 54      | 48      | 49      | 43      | 52      | 43      |
| Slovacchia  | 54      | 48      | 50      | 41      | 43      | 37      |
| Slovenia    | 53      | 49      | 42      | 39      | 37      | 33      |
| Austria     | 54      | 47      | 48      | 38      | 42      | 33      |
| MEDIA UE    | 67      | 64      | 62      | 54      | 56      | 48      |

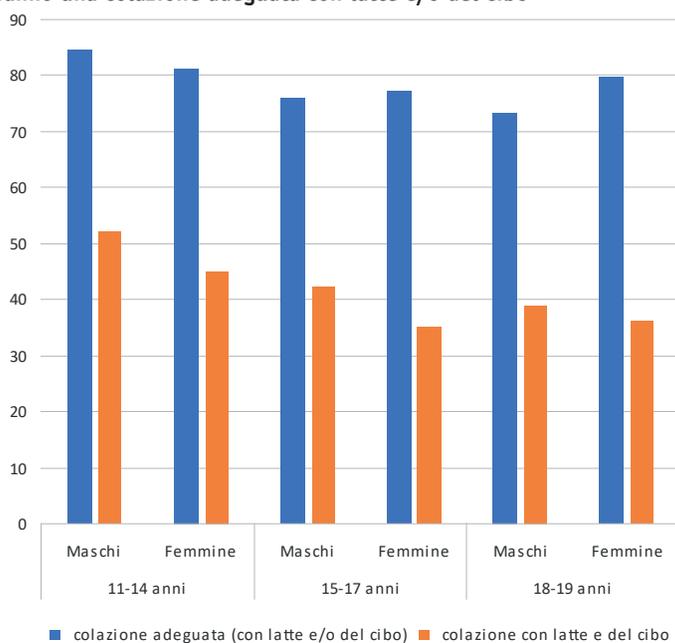
Fonte: HBSC Europe 2018.

Dal 2014 c'è stata una significativa diminuzione del consumo giornaliero della colazione, che è maggiore nei maschi in Bulgaria per tutte le età e Spagna (soprattutto negli 11enni, dall'88% al 75%), nelle ragazze ancora in Bulgaria (soprattutto tra le 11enni, dal 73% al 55%) e Portogallo (tra le tredicenni (dall'84% al 67%).

Per i sistemi di rilevazione italiani (ISTAT 2019, **Figura 22**) i ragazzi da 11 a 14 anni che fanno colazione si alimentano in maniera adeguata in misura lievemente superiore alle ragazze (84,7% contro l'81,3%). Tali percentuali tuttavia si invertono nelle classi di età successive, 76% vs 77,2% nella fascia 15-17 anni e 73,6% vs 79,8% in quella superiore (18-19 anni).

**Figura 22**

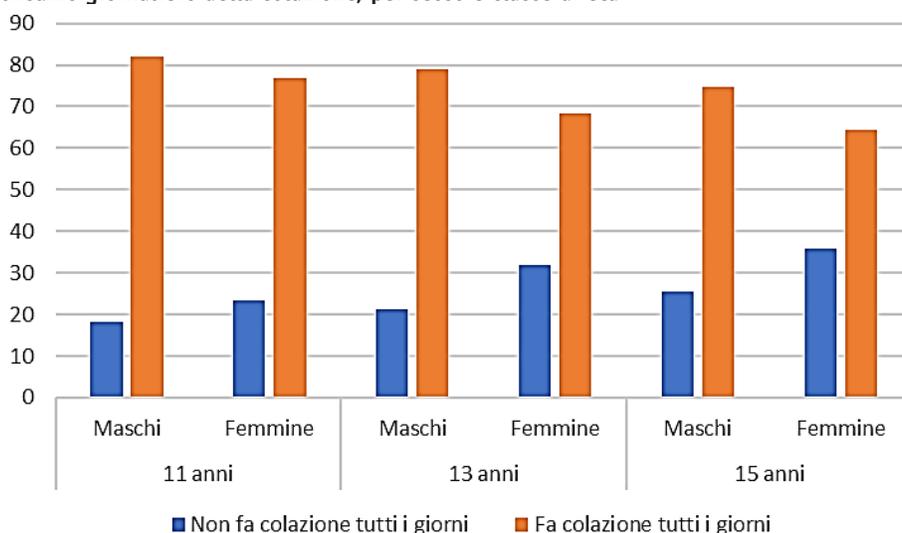
**Ragazzi che fanno una colazione adeguata con latte e/o del cibo**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

L'abitudine a non consumare la colazione è abbastanza frequente negli adolescenti, anche se le percentuali rilevate nel Paese sono inferiori rispetto a quelle del report europeo (20,7% a 11 anni, 26,4% a 13 anni e 30,6% a 15 anni); la percentuale di ragazze che non consuma la colazione è maggiore rispetto a quella dei maschi in tutte e tre le età considerate, e questo è tipico del trend europeo (**Figura 23**). Rispetto al 2014 si evidenzia un lieve peggioramento (nel 2014 le percentuali di chi non faceva mai colazione si attestavano al 18,8% a 11 anni, al 26,1% a 13 e al 30,1% a 15 anni).

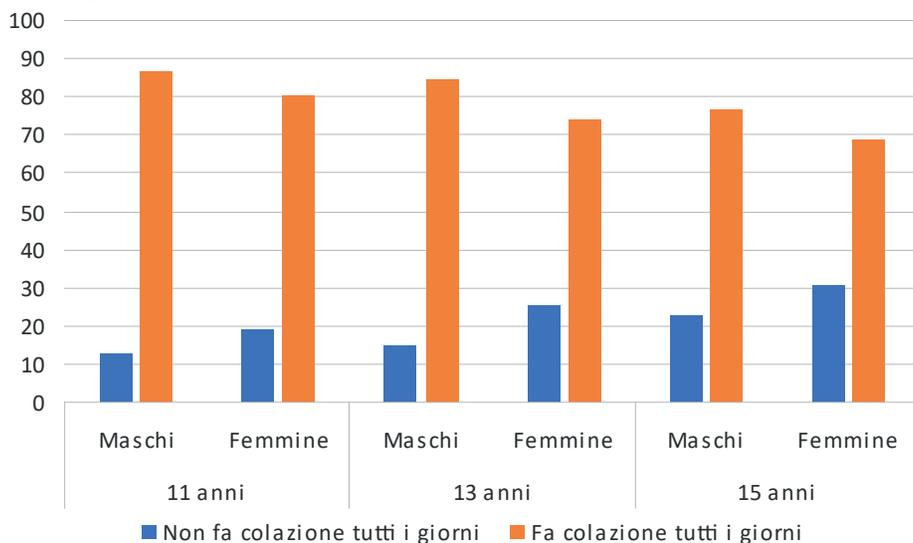
**Figura 23**  
**Consumo giornaliero della colazione, per sesso e classe di età**



Fonte: HBSC Italia 2018.

Anche in Toscana (HBSC Toscana 2018, in **Figura 24**) tra gli adolescenti non sempre viene fatta colazione ogni giorno, e le ragazze tendono a fare colazione meno spesso dei ragazzi; le prevalenze vanno dal 16,3% a 11 anni (il 19,4% delle ragazze e il 13,2% dei ragazzi) al 26,6% a 15 anni (il 30,8% delle ragazze e il 22,8% dei ragazzi).

**Figura 24**  
**Consumo giornaliero della colazione, per sesso e classe di età**



Fonte: HBSC Italia 2018.

### **Consumo di frutta e verdura**

Per quanto riguarda il consumo di frutta, secondo HBSC Europe 2018, in **Tabella 4**, solo il 40% degli adolescenti mangia frutta ogni giorno, con prevalenze più alte tra le ragazze (percentuale generale del 43% tra le femmine e del 37% tra i maschi); nella maggior parte dei Paesi europei esiste una differenza di genere, dove le ragazze mangiano frutta giornalmente in quota maggiore rispetto ai ragazzi. Esiste anche un gradiente di età: i più grandi mangiano meno spesso frutta. Croazia, Danimarca e Norvegia sono i Paesi che hanno mostrato maggior decremento nei consumi dal 2014; per la Croazia sono soprattutto i maschi 11enni ad aver ridotto la frequenza, con un calo dal 45% al 39% in chi mangia frutta ogni giorno; allo stesso modo in Danimarca le ragazze 11enni sono passate da una percentuale del 51% al 39%, e i 13enni norvegesi sono passati dal 34% al 26%.

**Tabella 4**  
**Percentuale di adolescenti che fanno consumo giornaliero di frutta, per sesso e età**

|                 | 11 anni   |           | 13 anni   |           | 15 anni   |           |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                 | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Albania         | 59        | 72        | 62        | 73        | 60        | 73        |
| Belgio          | 57        | 56        | 46        | 49        | 37        | 47        |
| Rep. Ceca       | 49        | 60        | 40        | 52        | 30        | 44        |
| Serbia          | 51        | 57        | 42        | 46        | 30        | 37        |
| Portogallo      | 50        | 57        | 42        | 47        | 40        | 41        |
| Austria         | 48        | 58        | 40        | 49        | 24        | 36        |
| Slovenia        | 46        | 59        | 39        | 47        | 28        | 34        |
| Svizzera        | 49        | 56        | 40        | 50        | 33        | 47        |
| Moldavia        | 49        | 55        | 46        | 51        | 39        | 46        |
| Irlanda         | 45        | 53        | 40        | 43        | 34        | 45        |
| Macedonia       | 44        | 54        | 39        | 49        | 39        | 39        |
| Ucraina         | 47        | 50        | 40        | 46        | 37        | 39        |
| Lussemburgo     | 48        | 48        | 36        | 40        | 30        | 33        |
| Romania         | 46        | 50        | 38        | 40        | 30        | 34        |
| Slovacchia      | 42        | 52        | 37        | 48        | 31        | 36        |
| Estonia         | 41        | 52        | 37        | 46        | 30        | 43        |
| Polonia         | 42        | 51        | 32        | 39        | 28        | 37        |
| Germania        | 41        | 50        | 32        | 44        | 24        | 38        |
| Spagna          | 44        | 47        | 36        | 36        | 30        | 35        |
| Inghilterra     | 40        | 49        | 38        | 43        | 28        | 42        |
| Malta           | 43        | 44        | 30        | 34        | 34        | 34        |
| Bulgaria        | 43        | 43        | 36        | 40        | 33        | 33        |
| Islanda         | 39        | 47        | 34        | 41        | 34        | 45        |
| Paesi Bassi     | 38        | 48        | 28        | 38        | 22        | 31        |
| Croazia         | 39        | 46        | 32        | 41        | 25        | 30        |
| Lituania        | 37        | 47        | 30        | 36        | 26        | 33        |
| Scozia          | 39        | 44        | 28        | 40        | 23        | 37        |
| Galles          | 39        | 43        | 29        | 35        | 24        | 29        |
| Danimarca       | 41        | 39        | 36        | 36        | 31        | 44        |
| Ungheria        | 37        | 43        | 27        | 37        | 24        | 27        |
| Francia         | 37        | 42        | 32        | 37        | 29        | 34        |
| Grecia          | 39        | 40        | 27        | 33        | 23        | 25        |
| Norvegia        | 36        | 40        | 26        | 38        | 27        | 36        |
| Italia          | 34        | 38        | 30        | 40        | 32        | 41        |
| Lettonia        | 30        | 35        | 22        | 26        | 21        | 26        |
| Svezia          | 28        | 35        | 27        | 24        | 22        | 25        |
| Finlandia       | 23        | 29        | 15        | 31        | 12        | 25        |
| <b>MEDIA UE</b> | <b>43</b> | <b>49</b> | <b>36</b> | <b>43</b> | <b>31</b> | <b>38</b> |

Fonte: HBSC Europe 2018.

Per il consumo di verdura si hanno prevalenze inferiori (**Tabella 5**): in generale il 38% dei ragazzi ne mangia tutti i giorni, con maggior prevalenza femminile; abbiamo anche in questo caso il medesimo gradiente dove i ragazzi più grandi mangiano meno spesso verdure. I Paesi dove si mangiano più spesso verdure sono Belgio (prevalenza

del 60% circa) e Ucraina (52%). L'Italia si colloca agli ultimi posti (27%), con Croazia (28%) e Malta (25%). Nel caso delle verdure, tuttavia, dal 2014 c'è un generalizzato aumento nella frequenza di consumo, soprattutto in Belgio dove tra i 15enni si è passati dal 58% dei maschi e 49% delle femmine al 66% e 58% rispettivamente.

Tabella 5

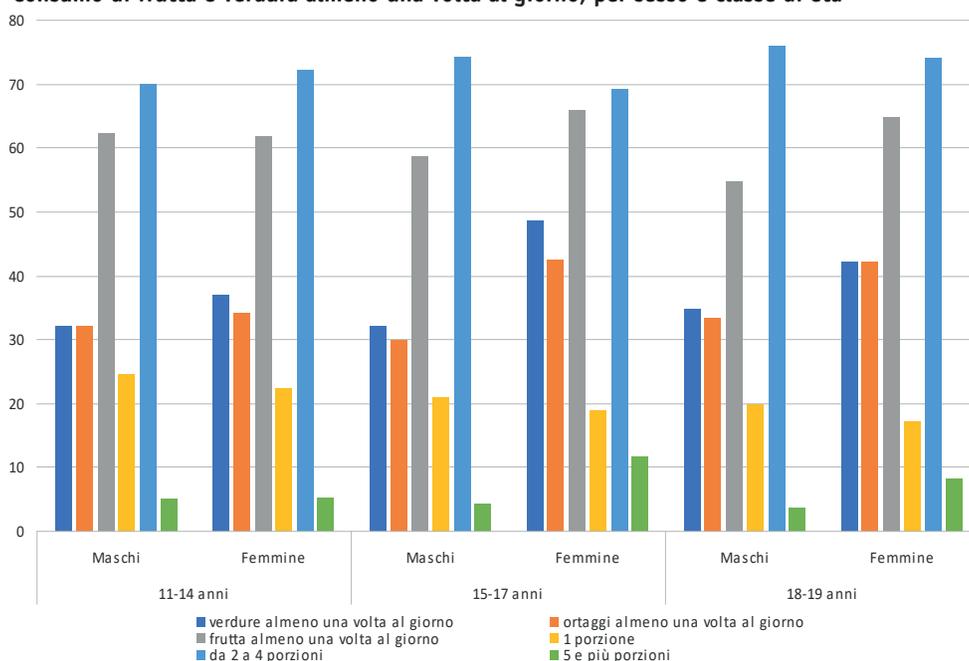
Percentuale di adolescenti che fanno consumo giornaliero di verdura, per sesso e età

|                 | 11 anni   |           | 13 anni   |           | 15 anni   |           |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                 | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Belgio          | 56        | 64        | 58        | 69        | 55        | 62        |
| Ucraina         | 51        | 59        | 48        | 58        | 45        | 51        |
| Svizzera        | 45        | 53        | 41        | 48        | 39        | 49        |
| Macedonia       | 42        | 53        | 40        | 52        | 42        | 46        |
| Albania         | 40        | 53        | 44        | 42        | 42        | 52        |
| Danimarca       | 45        | 48        | 44        | 44        | 42        | 56        |
| Serbia          | 41        | 52        | 38        | 46        | 34        | 44        |
| Svezia          | 42        | 51        | 39        | 46        | 38        | 45        |
| Bulgaria        | 40        | 52        | 37        | 50        | 35        | 41        |
| Paesi Bassi     | 42        | 50        | 39        | 51        | 42        | 47        |
| Moldavia        | 41        | 50        | 39        | 43        | 39        | 44        |
| Inghilterra     | 38        | 50        | 42        | 47        | 37        | 47        |
| Rep. Ceca       | 39        | 47        | 32        | 41        | 24        | 38        |
| Lussemburgo     | 41        | 45        | 35        | 41        | 30        | 35        |
| Irlanda         | 37        | 48        | 44        | 48        | 38        | 49        |
| Slovenia        | 37        | 48        | 35        | 39        | 27        | 33        |
| Francia         | 41        | 43        | 34        | 42        | 32        | 37        |
| Slovacchia      | 36        | 44        | 33        | 40        | 28        | 33        |
| Lituania        | 34        | 45        | 28        | 36        | 27        | 35        |
| Portogallo      | 38        | 40        | 31        | 33        | 26        | 32        |
| Norvegia        | 36        | 41        | 33        | 41        | 33        | 40        |
| Romania         | 36        | 41        | 27        | 31        | 25        | 27        |
| Grecia          | 34        | 41        | 28        | 40        | 28        | 30        |
| Polonia         | 34        | 40        | 27        | 36        | 29        | 38        |
| Austria         | 31        | 42        | 29        | 41        | 23        | 31        |
| Galles          | 34        | 38        | 30        | 38        | 29        | 34        |
| Estonia         | 31        | 39        | 31        | 36        | 25        | 33        |
| Scozia          | 32        | 38        | 34        | 43        | 28        | 43        |
| Islanda         | 32        | 36        | 30        | 36        | 32        | 40        |
| Ungheria        | 31        | 36        | 24        | 29        | 25        | 26        |
| Spagna          | 32        | 34        | 24        | 30        | 20        | 27        |
| Croazia         | 31        | 34        | 24        | 34        | 21        | 25        |
| Finlandia       | 29        | 35        | 19        | 36        | 24        | 38        |
| Lettonia        | 28        | 33        | 21        | 28        | 24        | 29        |
| Germania        | 27        | 33        | 22        | 33        | 19        | 30        |
| Malta           | 23        | 29        | 23        | 28        | 24        | 25        |
| Italia          | 21        | 29        | 22        | 33        | 22        | 34        |
| <b>MEDIA UE</b> | <b>37</b> | <b>44</b> | <b>34</b> | <b>42</b> | <b>33</b> | <b>39</b> |

Fonte: HBSC Europe 2018.

Da quello che si evince dal dato italiano ISTAT, in **Figura 25**, il consumo di frutta è molto maggiore del consumo di verdura (come emerso anche dai dati europei), in tutte le classi di età e per entrambi i sessi; osservando nello specifico il consumo di frutta, questo resta stazionario o in aumento lieve col progredire dell'età soprattutto nel genere femminile (61,9% a 11-14 anni, 66,1% a 15-17 anni e 64,9% a 18-19 anni, in calo dal 2018), mentre per i maschi il consumo si riduce progressivamente (62,5% a 11-14 anni, 58,8% a 15-17 anni, 55 a 18-19 anni, in calo rispetto al 2018). Per la verdura invece i consumi aumentano in entrambi i sessi e in tutte le classi di età, andando dal 32,2% al 35% per i maschi e dal 37,2% al 48,6% per le ragazze (entrambi in aumento rispetto al 2018).

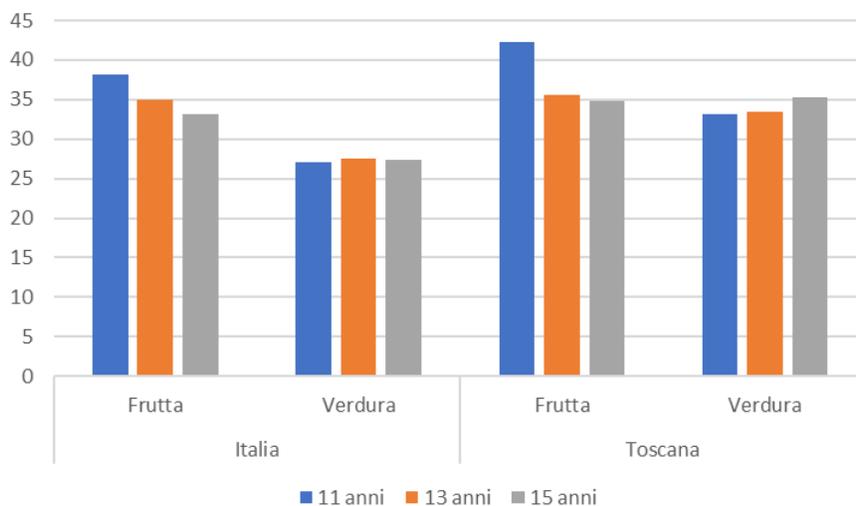
**Figura 25**  
**Consumo di frutta e verdura almeno una volta al giorno, per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

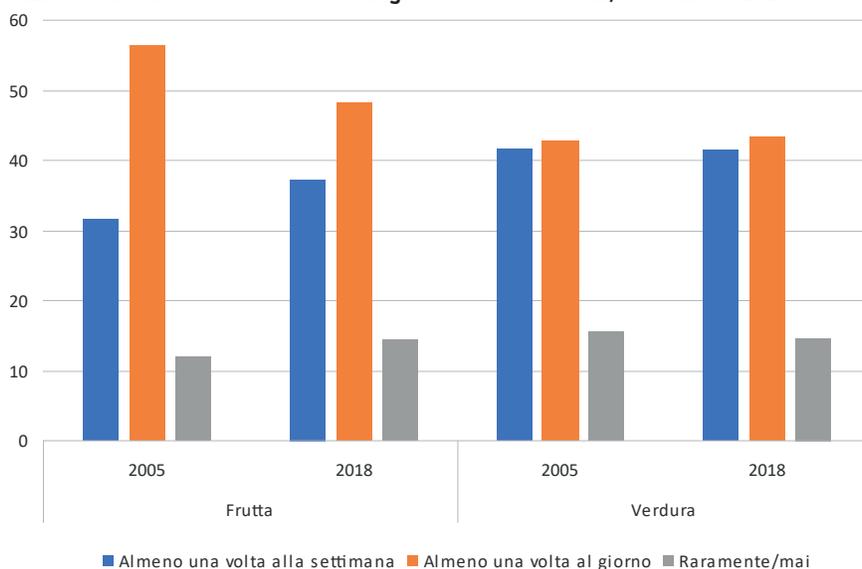
Per HBSC 2018 (**Figura 26**), che pone l'accento sulla fascia di età più giovanile (11-15 anni) la Toscana dimostra che la percentuale di chi consuma verdura almeno una volta al giorno aumenta al 35% a 15 anni, a partire da un 33% a 11 anni; tuttavia si nota un trend discendente nel consumo giornaliero di frutta (dal 42,2% di consumo giornaliero al 34,8% dagli 11 ai 15 anni); in generale i consumi sono più frequenti rispetto alla media italiana.

**Figura 26**  
**Percentuale di adolescenti che consumano frutta o verdura almeno una volta al giorno; confronto Italia-Toscana**



Fonte: HBSC 2018.

I dati riferiti alla Toscana dall'indagine EDIT (**Figura 27**), che ha indagato il trend temporale dal 2005 al 2018, non hanno registrato variazioni importanti nel consumo di verdura: circa 4 ragazzi su 10 la consumano giornalmente e altri 4 su 10 almeno una volta alla settimana, mentre il 15% dice di non consumarne affatto. Il consumo di frutta è poco più diffuso del consumo di verdura, nel 2018 le prevalenze registrate erano pari al 48%, una diminuzione di circa 8 punti percentuali dal 2005 (quando la prevalenza era del 56,4%).

**Figura 27**
**Frequenza di consumo di frutta e verdura negli adolescenti toscani, trend 2005-2018**


Fonte: EDIT 2018.

Solo il 4% dei ragazzi consuma un numero di porzioni adeguato secondo le raccomandazioni OMS, mentre circa un quarto del campione arriva a consumarne tre porzioni giornaliere (20% dei maschi, 28% delle femmine). Non ci sono differenze tra AUSL.

### Consumo di dolci

Secondo HBSC Europe 2018 il 25% degli adolescenti in Europa mangia dolci ogni giorno (**Tabella 6**); le ragazze mangiando dolci più dei ragazzi (in generale il 27% contro il 23%), con lo scarto percentuale più alto nei quindicenni albanesi (16 punti percentuali). Tendenzialmente i Paesi nordici consumano meno dolci degli altri Paesi europei. Contrariamente a quello che accade con frutta e verdura, per il consumo di dolci c'è un aumento nella percentuale di chi li consuma giornalmente, con l'aumento più alto dagli 11 ai 15 anni in Macedonia, sia per i ragazzi (13% in più) che per le ragazze (16% in

più). Dal 2014 il consumo di dolci è diminuito soprattutto negli adolescenti più grandi; il maggiore declino si è verificato con le 13enni del Belgio (dal 43% al 29%). Malta ha, invece, registrato un forte aumento nei 15enni, sia maschi (dal 15% al 42%) che femmine (dal 26% al 43%). L'Italia ha un andamento simile a quello medio europeo.

Tabella 6

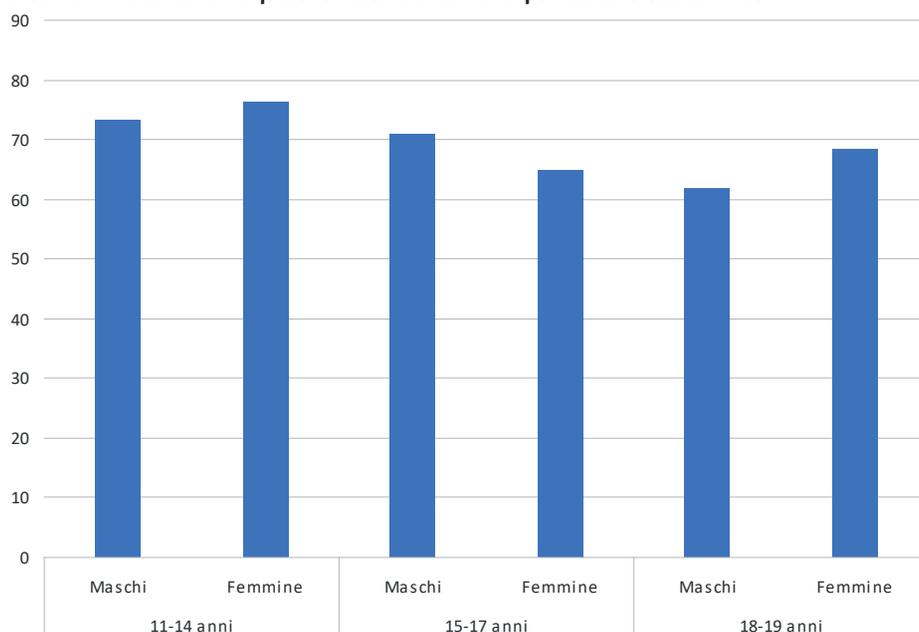
Prevalenza di consumo giornaliero di dolci, per Paese, sesso e classe di età

|                 | 11 anni   |           | 13 anni   |           | 15 anni   |           |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                 | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Bulgaria        | 34        | 40        | 31        | 41        | 32        | 40        |
| Albania         | 35        | 38        | 40        | 46        | 34        | 50        |
| Malta           | 34        | 39        | 32        | 41        | 42        | 43        |
| Ucraina         | 32        | 41        | 33        | 39        | 33        | 39        |
| Romania         | 33        | 37        | 36        | 45        | 31        | 41        |
| Slovacchia      | 32        | 35        | 34        | 40        | 35        | 39        |
| Belgio          | 32        | 33        | 30        | 29        | 32        | 35        |
| Serbia          | 30        | 34        | 35        | 39        | 31        | 43        |
| Macedonia       | 25        | 31        | 29        | 40        | 38        | 46        |
| Austria         | 26        | 29        | 26        | 31        | 20        | 27        |
| Scozia          | 25        | 29        | 24        | 29        | 31        | 28        |
| Svizzera        | 27        | 27        | 29        | 31        | 28        | 34        |
| Paesi Bassi     | 28        | 25        | 29        | 30        | 28        | 25        |
| Ungheria        | 27        | 25        | 25        | 26        | 21        | 23        |
| Lussemburgo     | 26        | 26        | 22        | 32        | 23        | 26        |
| Moldavia        | 24        | 27        | 24        | 33        | 27        | 36        |
| Italia          | 23        | 27        | 26        | 29        | 27        | 24        |
| Polonia         | 21        | 29        | 23        | 30        | 24        | 28        |
| Germania        | 22        | 27        | 21        | 29        | 20        | 26        |
| Estonia         | 22        | 26        | 20        | 30        | 20        | 24        |
| Lettonia        | 20        | 24        | 18        | 25        | 25        | 26        |
| Croazia         | 20        | 23        | 25        | 32        | 21        | 29        |
| Rep. Ceca       | 20        | 20        | 22        | 22        | 19        | 22        |
| Galles          | 20        | 20        | 23        | 25        | 22        | 22        |
| Lituania        | 18        | 20        | 17        | 21        | 16        | 21        |
| Francia         | 18        | 18        | 22        | 25        | 24        | 25        |
| Inghilterra     | 16        | 17        | 19        | 21        | 19        | 24        |
| Irlanda         | 16        | 15        | 15        | 22        | 20        | 24        |
| Slovenia        | 14        | 15        | 15        | 23        | 18        | 20        |
| Grecia          | 13        | 11        | 15        | 19        | 15        | 19        |
| Portogallo      | 13        | 11        | 16        | 17        | 15        | 17        |
| Spagna          | 9         | 11        | 15        | 17        | 13        | 15        |
| Danimarca       | 6         | 5         | 8         | 6         | 6         | 7         |
| Islanda         | 5         | 5         | 3         | 4         | 4         | 4         |
| Norvegia        | 4         | 4         | 6         | 6         | 7         | 5         |
| Finlandia       | 3         | 3         | 3         | 3         | 3         | 3         |
| Svezia          | 3         | 3         | 8         | 7         | 6         | 7         |
| <b>MEDIA UE</b> | <b>22</b> | <b>24</b> | <b>24</b> | <b>28</b> | <b>24</b> | <b>28</b> |

Fonte: HBSC Europe 2018.

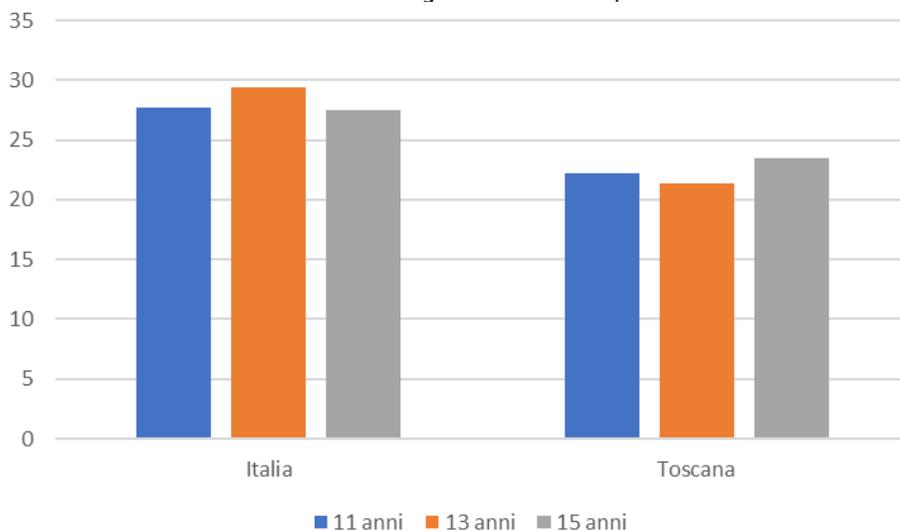
Ampliando il campione adolescenziale fino ai 18 anni, secondo il sistema di rilevazione italiano ISTAT 2019 (in **Figura 28**), il consumo di dolci per i ragazzi in Italia passa da un massimo nella classe 11-14 anni (dove la prevalenza è del 73,4%, era del 74,7% nel 2018) a quella 18-19 anni (dove è del 61,9%, ed era del 64,5% nel 2018). Per le ragazze nella classe più giovane la prevalenza di consumo di dolci nella settimana è del 76,4% (netto aumento rispetto al 2018 dove era il 69%), e dopo una fase intermedia dove il consumo settimanale si riduce al 65% si passa alla fascia d'età più grande con un nuovo aumento (68,4%, era il 62% nel 2018).

**Figura 28**  
**Consumo di dolci almeno qualche volta a settimana per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT 2019.

I dati HBSC 2018 italiani (**Figura 29**) ci dicono che il 27,7% degli 11enni fa consumo giornaliero di dolci; la stessa percentuale viene osservata a 15 anni (27,5%), con un lieve picco a 13 (29,4%).

**Figura 29****Percentuale di adolescenti che consumano giornalmente dolci, confronto Italia-Toscana**

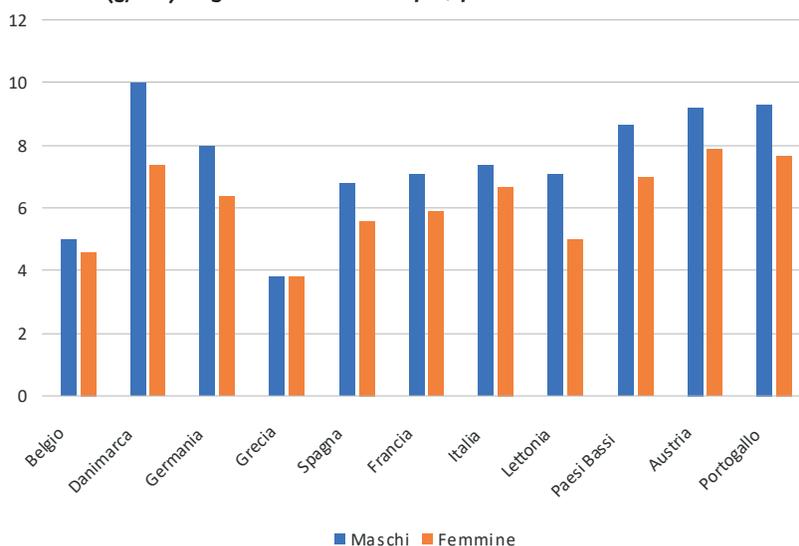
Fonte: HBS 2018.

In Toscana le prevalenze sono lievemente più basse: i dolci sono consumati giornalmente più a 15 anni (23%) che a 13 (22%), ma è un'abitudine meno diffusa rispetto alla media italiana.

## Consumo di sale

Secondo quanto raccolto dalla Commissione Europea (**Figura 30**) in Europa gli adolescenti consumano in media di 6,8 grammi di sale ogni giorno (7,5 grammi al giorno di sale i ragazzi, 6,2 le ragazze); i maschi che consumano più sale sono quelli danesi (10 grammi al giorno), mentre le ragazze che ne fanno più uso sono le austriache (quasi 8 grammi). L'Italia si colloca in media rispetto ai dati europei (7,4 grammi per i maschi e 6,7 per le femmine).

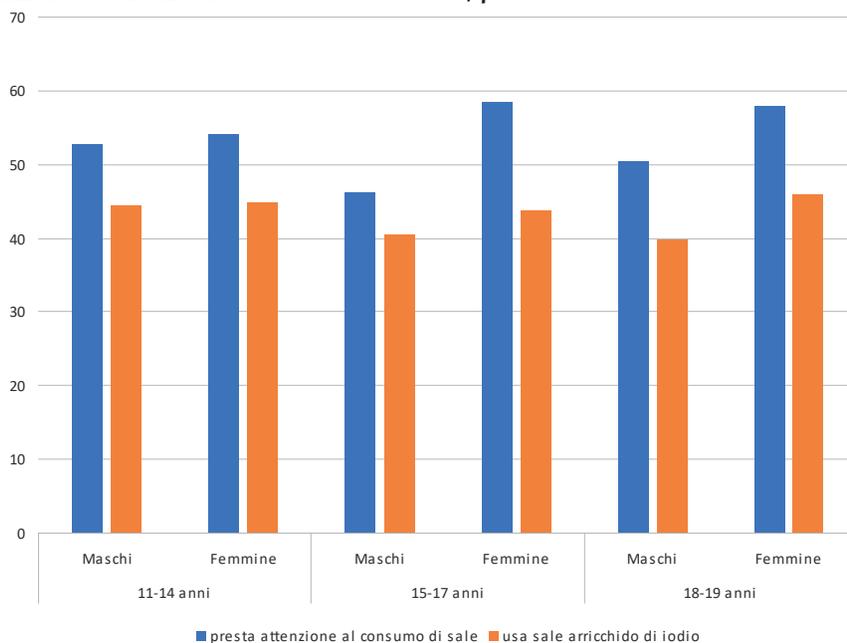
**Figura 30**  
Consumo di sale (g/die) negli adolescenti europei, per Paese



Fonte: EC Europe 2018.

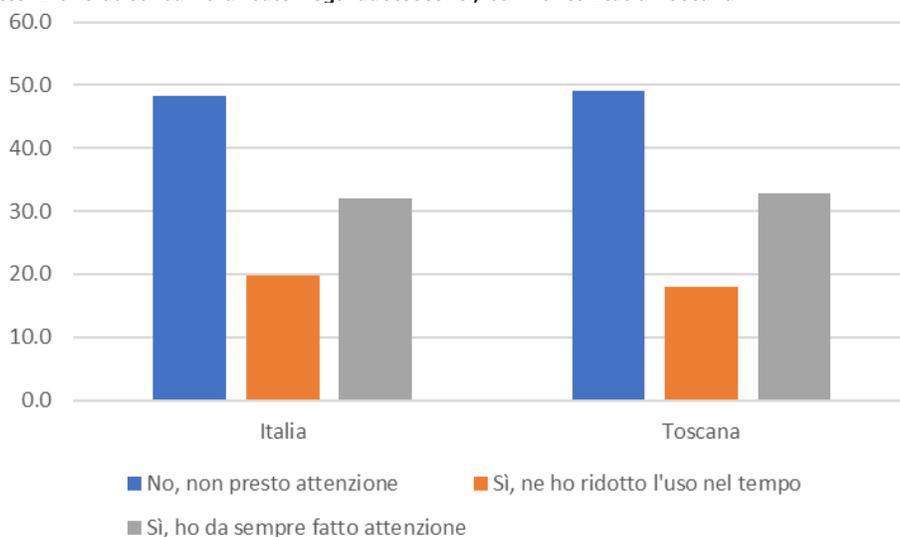
In Italia (ISTAT 2019, in **Figura 31**) più del 50% dei ragazzi prestano attenzione all'uso di sale, con un minimo tra ragazzi nella fascia 15-17 anni (il 46,4% sta attento a un eccessivo uso di sodio) e un massimo tra le ragazze coetanee (58,5%).

**Figura 31**  
**Attenzione al consumo di sale e uso di sale iodato, per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

Dal confronto con la media italiana, la Toscana si dimostra leggermente meno virtuosa, col 49% (vs. il 48% italiano) che non presta attenzione all'uso di sale, e col 18% (vs. quasi il 20% italiano) che ha ridotto il consumo nel tempo. Più alta, tuttavia, di un punto percentuale (33% contro 32%), la quota di coloro che hanno sempre fatto attenzione (**Figura 32**).

**Figura 32**
**Attenzione al consumo di sale negli adolescenti, confronto Italia-Toscana**


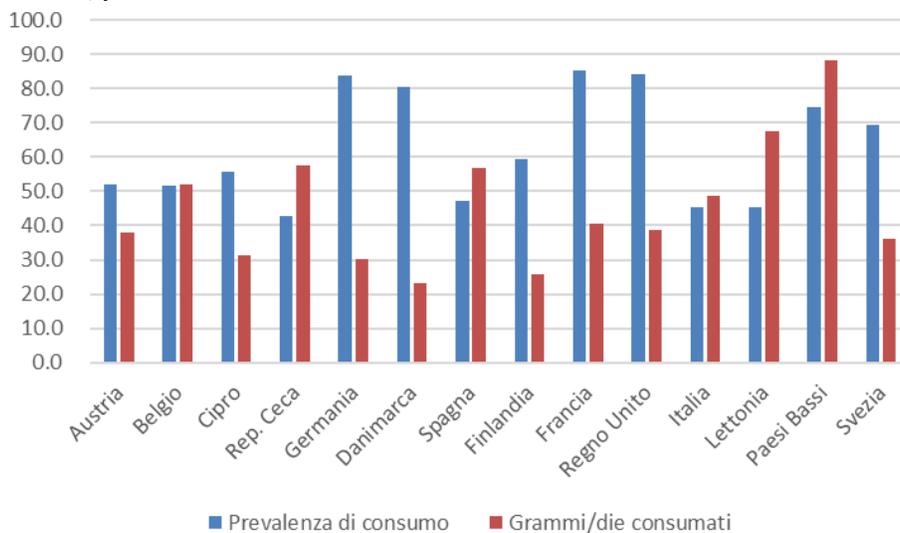
Fonte: ISTAT 2018.

### **Consumo di snack**

Per quanto riguarda il consumo di snacks nell'adolescenza i dati disponibili più aggiornati sono quelli dell'EFSA<sup>9</sup> (**Figura 33**) che raccoglie i risultati dei principali strumenti di indagine di ogni Paese per restituire un risultato unitario. Secondo questa raccolta dati Francia, Germania, Regno Unito e Danimarca sono tra i Paesi dove gli adolescenti hanno la più alta prevalenza di consumo di snack (sia dolci che salati, tutti al di sopra dell'80%); tuttavia, se si osservano le quantità consumate giornalmente sono i Paesi Bassi ad essere più in alto in classifica, con più di 80 grammi al giorno per adolescente. L'Italia si colloca in media con gli altri Paesi, con consumi molto al di sotto di quelli elencati.

<sup>9</sup> Comprehensive European Food Consumption Database.

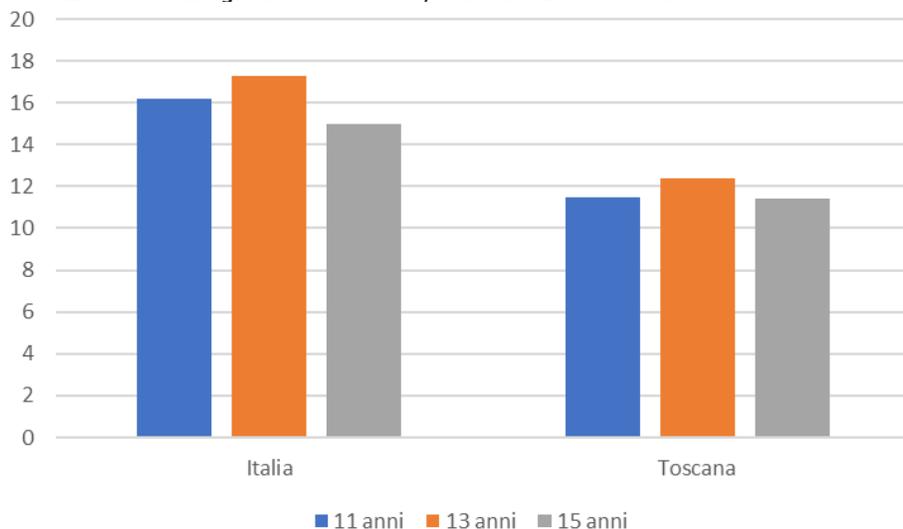
**Figura 33**  
**Prevalenza di consumo di snack tra gli adolescenti europei e grammi al giorno mediamente consumati, per Paese**



Fonte: EFSA 2016.

Il consumo di snack (HBSC Italia 2018, in **Figura 34**) è massimo a 13 anni (17,3% dei tredicenni), mentre a 11 anni (16,2%) e a 15 anni (15%) le prevalenze sono lievemente inferiori; in Toscana (HBSC) gli snack salati vengono consumati giornalmente con una prevalenza dell'11% circa (lieve picco a 13 anni, 12%).

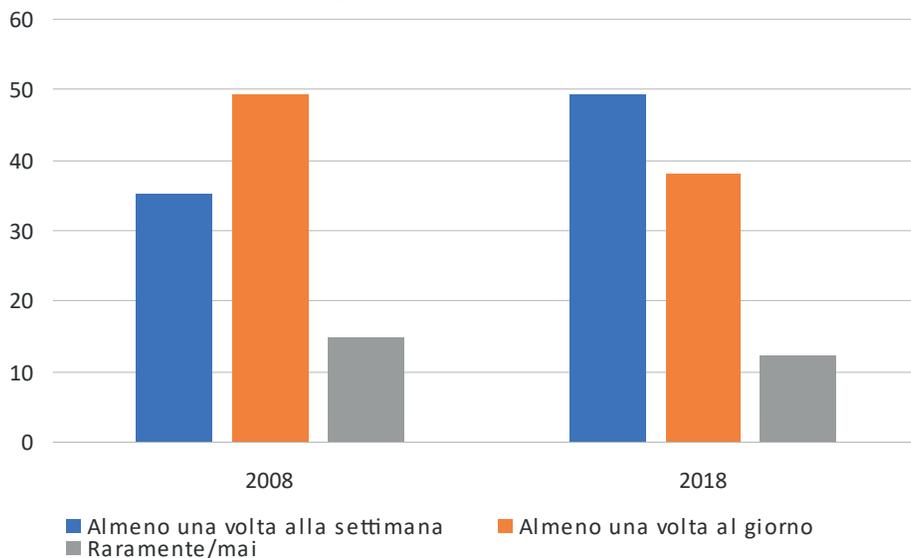
**Figura 34**  
**Prevalenza di consumo giornaliero di snack, confronto Italia-Toscana**



Fonte: HBSC 2018.

Il trend di consumo di snack ha avuto un andamento lievemente irregolare dal 2008 al 2018 (EDIT 2018, in **Figura 35**); in questo decennio i ragazzi che affermavano di consumarne almeno una volta a settimana hanno avuto un aumento fino al 2015, passando dal 35,5% al 54,4%, si è avuta poi una riduzione nel triennio successivo passando al 49,4% (comunque più alto che all'inizio del 2000). Anche quelli che consumano snack almeno una volta al giorno sono molti, 38,2% in aumento rispetto al 2015 (34,8%), ma in diminuzione rispetto a 2008 (49,6%) e soprattutto 2011 (51,8%). Lievemente in riduzione chi afferma di non mangiarne mai o raramente, 14,9% nel 2008, 12,4% nel decennio successivo.

**Figura 35**  
**Frequenza di consumo di snack negli adolescenti, trend 2008-2018**



Fonte: EDIT 2018.

### ***Consumo di bevande zuccherate/gassate***

Secondo i dati europei (HBSC Europe 2018, in **Tabella 7**) in generale il 16% degli adolescenti consuma bevande gassate e/o zuccherate ogni giorno; i ragazzi sono più propensi a questo comportamento delle ragazze (18% e 14% rispettivamente) in tutti i Paesi intervistati; tuttavia la prevalenza di consumo varia molto tra paesi, da un minimo della Finlandia (2% nelle ragazze di 11 e 13 anni) a un massimo della Macedonia del Nord (37% dei ragazzi di 15 anni). La tendenza a consumare soft drink ogni giorno aumenta con l'età: l'aumento massimo per i ragazzi avviene in Lussemburgo (14 punti percentuali) e per le ragazze in Serbia (13 punti percentuali).

L'Italia ha una prevalenza di consumo più bassa della media europea, e tale prevalenza tende a discostarsi maggiormente dalla media europea con gli anni, per arrivare a 15 anni dove si hanno percentuali di 17% e 8% vs. 20% e 15%, rispettivamente, per ragazzi e ragazze.

Tabella 7

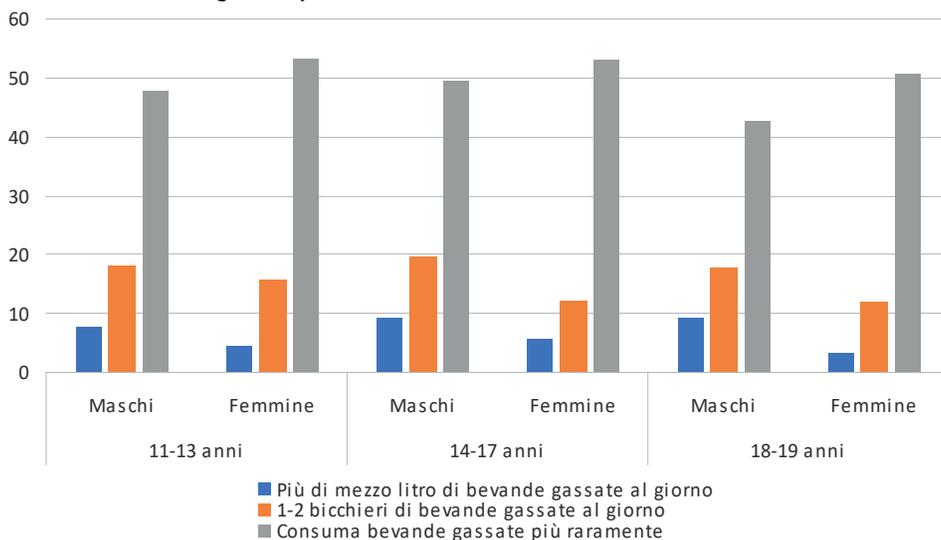
Consumo giornaliero di bevande gassate o zuccherate negli adolescenti, per Paese, sesso e classe di età

|                 | 11 anni   |           | 13 anni   |           | 15 anni   |           |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                 | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Bulgaria        | 31        | 24        | 29        | 24        | 24        | 27        |
| Belgio          | 29        | 26        | 31        | 25        | 36        | 29        |
| Albania         | 30        | 21        | 33        | 29        | 34        | 25        |
| Malta           | 24        | 25        | 24        | 22        | 29        | 23        |
| Ungheria        | 26        | 22        | 31        | 23        | 25        | 21        |
| Macedonia       | 24        | 21        | 34        | 30        | 37        | 29        |
| Slovacchia      | 23        | 15        | 25        | 17        | 28        | 21        |
| Francia         | 21        | 16        | 24        | 23        | 31        | 24        |
| Polonia         | 18        | 16        | 17        | 14        | 21        | 12        |
| Romania         | 19        | 15        | 26        | 23        | 23        | 22        |
| Svizzera        | 19        | 15        | 23        | 17        | 28        | 20        |
| Lussemburgo     | 19        | 14        | 27        | 23        | 33        | 21        |
| Serbia          | 18        | 14        | 23        | 18        | 29        | 27        |
| Ucraina         | 19        | 13        | 18        | 12        | 19        | 12        |
| Galles          | 17        | 12        | 21        | 18        | 21        | 18        |
| Scozia          | 17        | 11        | 21        | 15        | 23        | 16        |
| Austria         | 18        | 9         | 21        | 13        | 25        | 14        |
| Croazia         | 15        | 12        | 19        | 17        | 18        | 17        |
| Italia          | 14        | 12        | 13        | 12        | 17        | 8         |
| Portogallo      | 15        | 11        | 18        | 14        | 18        | 14        |
| Lituania        | 17        | 7         | 16        | 11        | 15        | 9         |
| Rep. Ceca       | 13        | 10        | 16        | 13        | 18        | 13        |
| Germania        | 12        | 10        | 19        | 13        | 19        | 11        |
| Moldavia        | 14        | 8         | 10        | 8         | 13        | 8         |
| Paesi Bassi     | 14        | 8         | 22        | 17        | 25        | 19        |
| Spagna          | 11        | 10        | 19        | 13        | 15        | 11        |
| Inghilterra     | 9         | 9         | 11        | 11        | 10        | 10        |
| Lettonia        | 8         | 4         | 8         | 4         | 10        | 4         |
| Estonia         | 7         | 4         | 9         | 4         | 6         | 3         |
| Danimarca       | 6         | 4         | 9         | 4         | 9         | 5         |
| Irlanda         | 5         | 4         | 5         | 6         | 8         | 6         |
| Slovenia        | 6         | 3         | 9         | 5         | 11        | 4         |
| Grecia          | 4         | 4         | 8         | 7         | 7         | 5         |
| Islanda         | 6         | 2         | 5         | 2         | 7         | 2         |
| Norvegia        | 6         | 2         | 6         | 5         | 11        | 5         |
| Finlandia       | 5         | 2         | 6         | 2         | 7         | 4         |
| Svezia          | 4         | 2         | 8         | 3         | 6         | 6         |
| <b>MEDIA UE</b> | <b>16</b> | <b>12</b> | <b>18</b> | <b>15</b> | <b>20</b> | <b>15</b> |

Fonte: HBSC 2018.

Dal 2014 al 2018 c'è stato un declino nel consumo di soft drink, più grande nei tredicenni di Malta (16 punti percentuali in meno), più piccolo tra le quindicenni islandesi (solo un punto percentuale in meno). Per i dati italiani (ISTAT 2019, in **Figura 36**) la maggior parte degli adolescenti beve soft drink raramente: l'abitudine di bere 1 o 2 bicchieri al giorno appartiene al 20% dei maschi nella fascia 14-17 anni, ma nelle altre categorie questa abitudine compare meno spesso (con un minimo tra le ragazze 18enni: 12%); i maschi dai 14 ai 17 anni sono anche quelli che più spesso consumano più di mezzo litro di bevande gassate al giorno (9,4%), mentre ancora le ragazze maggiorenni sono coloro che ne fanno meno uso (3,6%).

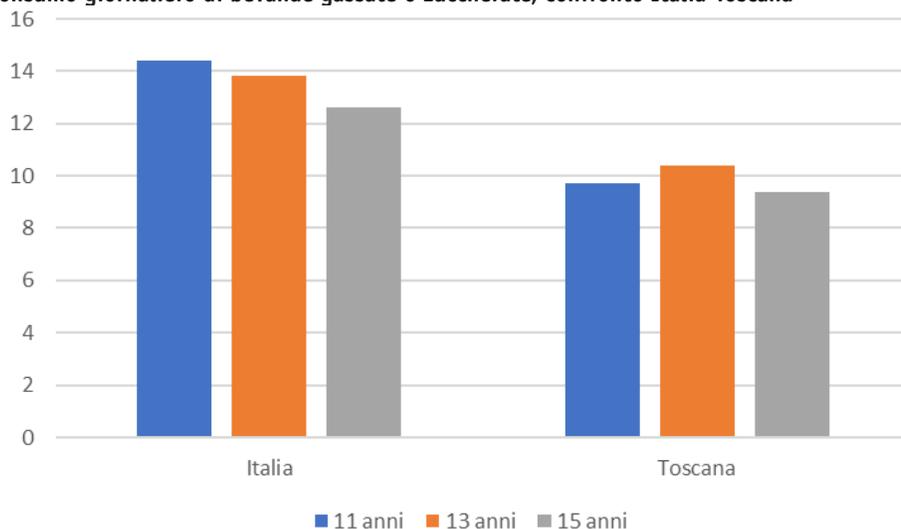
**Figura 36**  
Consumo di bevande gassate per sesso e classe di età



Fonte: ISTAT Italia 2019.

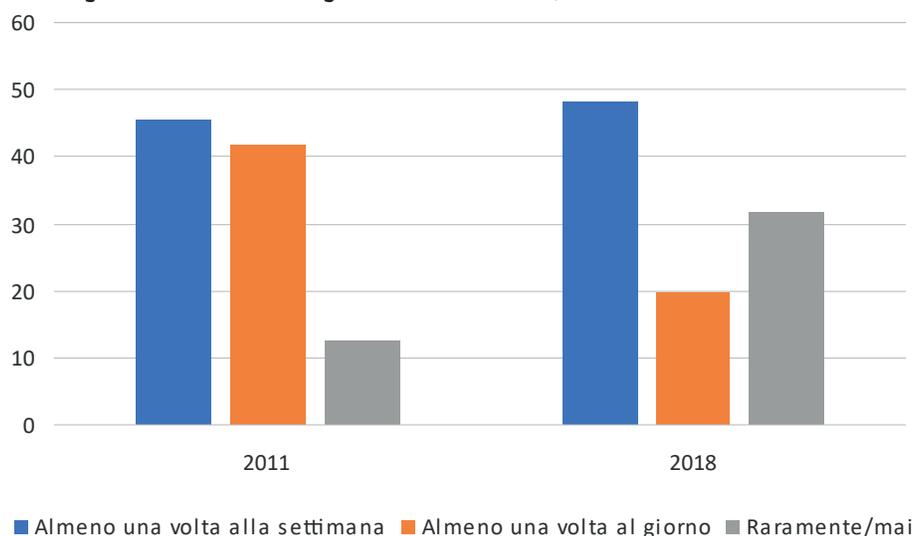
Per i dati HBSC Italia (2018) il consumo giornaliero di bibite diminuisce progressivamente con l'età, dal 14,4% a 11 anni al 12,6% a 15 anni. In Toscana invece le bibite vengono consumate dal 9% degli adolescenti (il 10% a 13 anni), (**Figura 37**).

**Figura 37**  
Consumo giornaliero di bevande gassate o zuccherate, confronto Italia-Toscana



Fonte: HBSC 2018.

**Figura 38**  
Consumo giornaliero di bibite negli adolescenti toscani, trend 2011-2018



Fonte: EDIT 2018.

Il trend di consumo giornaliero in Toscana (dati EDIT, **Figura 38**) si è drasticamente ridotto dal 2011, passando dal 41,8% al 19,9%. Corrispondente a questo dato risulta l'aumento di chi afferma di non berne mai o solo raramente: dal 12,5% del 2011 al 31,8% nel 2018. Chi ne consuma almeno una volta a settimana invece è lievemente in aumento, passando dal 45,6% del 2011 al 48,3% del 2018.

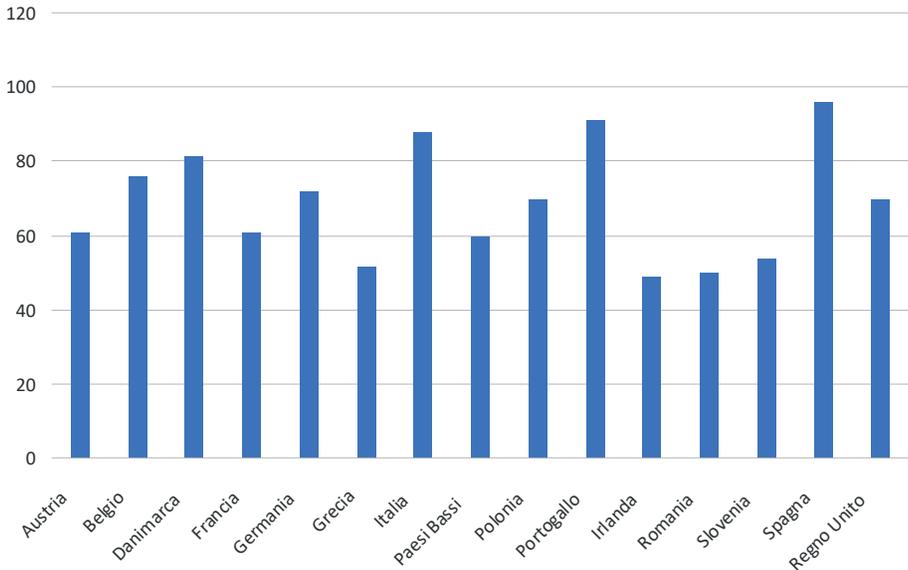
### 3.3.4 L'alimentazione negli adulti

#### *Colazione completa e adeguata*

Nonostante sia il pasto più importante della giornata l'abitudine alla colazione non è sempre portata avanti da tutti; in generale i giovani tendono a fare meno colazione, ma l'abitudine viene ripresa con l'andare avanti dell'età. La raccolta prodotta da Euractiv (**Figura 39**) dimostra che Spagna, Italia e Portogallo sono i tre Paesi dove più adulti fanno colazione tutti i giorni (almeno il 90% lo fa giornalmente in Italia, il 96% in Spagna e il 92% in Portogallo). Irlanda (49%), Romania (50%) e Grecia (52%) sono invece i Paesi dove meno adulti fanno colazione giornalmente.

**Figura 39**

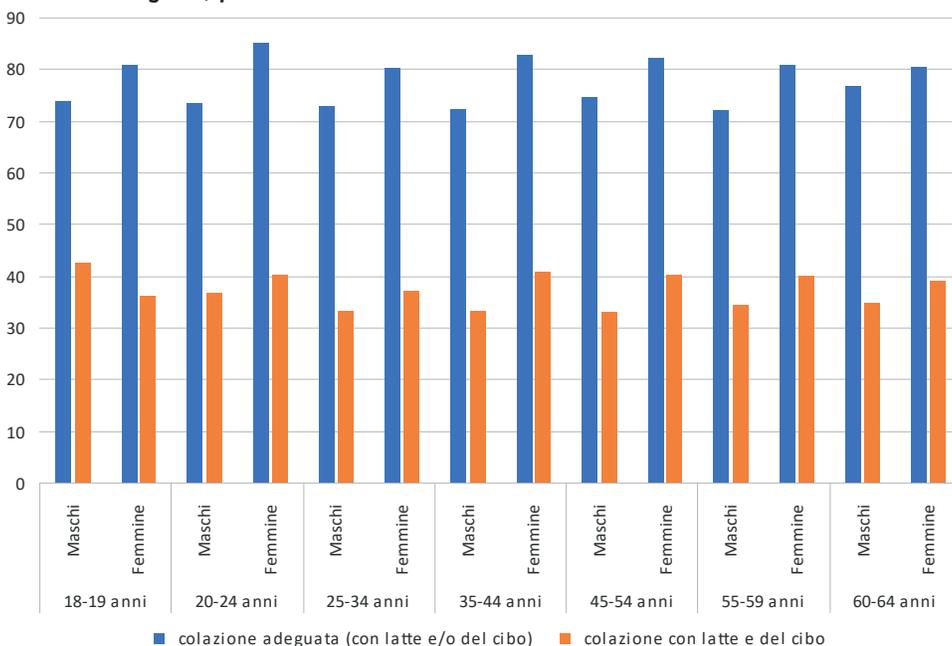
**Prevalenza di adulti che fanno colazione tutti i giorni, per Paese**



Fonte: Euractiv (Breakfast is Best) 2017.

In Italia (ISTAT 2019, in **Figura 40**) notiamo che le donne tendono a fare colazione adeguata più degli uomini, in tutte le classi di età. I dati si discostano molto poco dalla rilevazione 2018. La prevalenza minima è raggiunta dagli uomini nella fascia di età 45-54 anni (73%), mentre la massima è raggiunta dalle donne nella fascia di età 25-44 anni (83,5%).

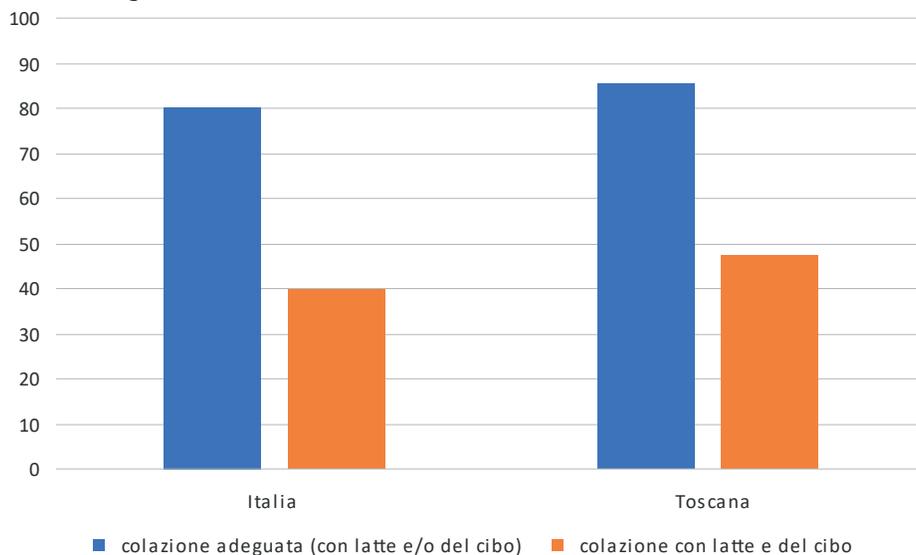
**Figura 40**  
**Colazione adeguata, per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

In Toscana (**Figura 41**) l'85,8% fa una colazione adeguata (5 punti percentuali in più rispetto al dato italiano), con latte e/o del cibo.

**Figura 41**  
**Colazione adeguata in Toscana vs. Italia**

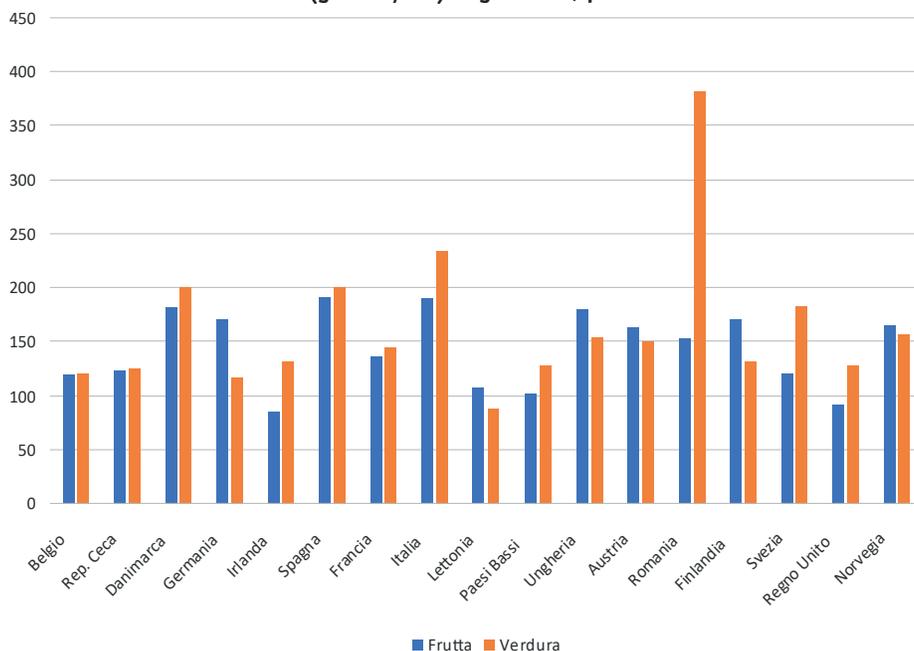


Fonte: ISTAT Italia 2019.

### ***Consumo di frutta e verdura***

Secondo la raccolta dati della Commissione Europea (**Figura 42**) i vari Paesi si differenziano molto rispetto al consumo di frutta e verdura; mediamente si consumano 144 grammi di frutta e 163 di verdura ogni giorno, ma Irlanda e Regno Unito sono i Paesi che consumano meno frutta, con 86 e 92 grammi al giorno rispettivamente, mentre i Paesi che consumano meno verdura sono la Lettonia (89 grammi) e la Germania (118 grammi). L'Italia consuma mediamente molta più frutta e verdura rispetto alla media europea (con 190 grammi di frutta e 235 grammi di verdura al giorno).

**Figura 42**  
**Consumo di frutta e di verdura (grammi/die) negli adulti, per Paese**

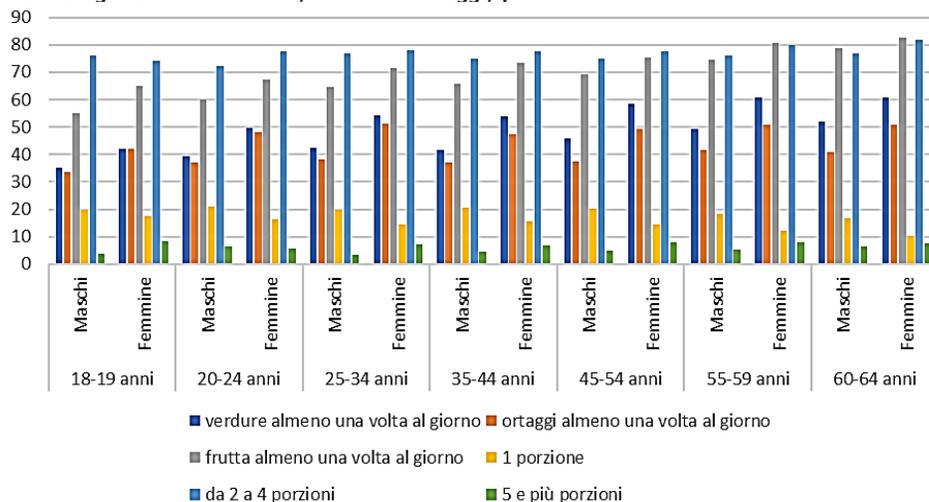


Fonte: EC Europe 2018.

Nello specifico in Italia (ISTAT 2019, in **Figura 43**) si consuma generalmente più frutta che verdura in tutte le classi di età e sesso, con un massimo nelle classi di età dai 55 ai 64 anni (più dell'80% delle donne e più del 70% degli uomini la consuma giornalmente) ed un minimo nelle classi più giovanili (meno del 70% delle donne e meno del 60% degli uomini che le consuma ogni giorno). Il dato non si discosta da quello del 2018.

Figura 43

## Consumo giornaliero di frutta, verdura e ortaggi, per sesso e classe di età

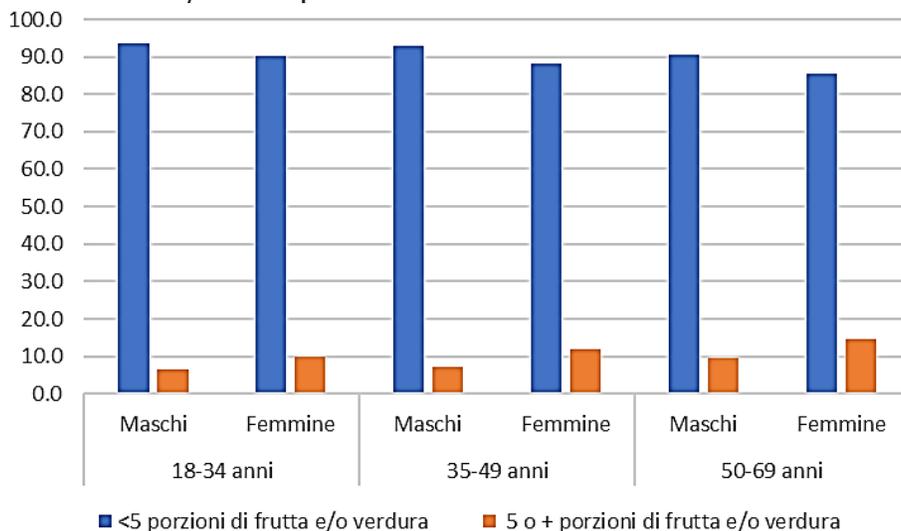


Fonte: ISTAT Italia 2019.

Anche in Toscana l'andamento (PASSI 2018, in **Figura 44**) appare simile, con un aumento della quota di chi consuma cinque o più porzioni di frutta o verdura al giorno; le donne sono più inclini a questo comportamento, col 15% circa delle 50-69enni, mentre gli uomini nella stessa fascia di età consumano cinque o più porzioni nel 10% dei casi.

Figura 44

## Consumo di frutta e/o verdura per sesso e classi di età

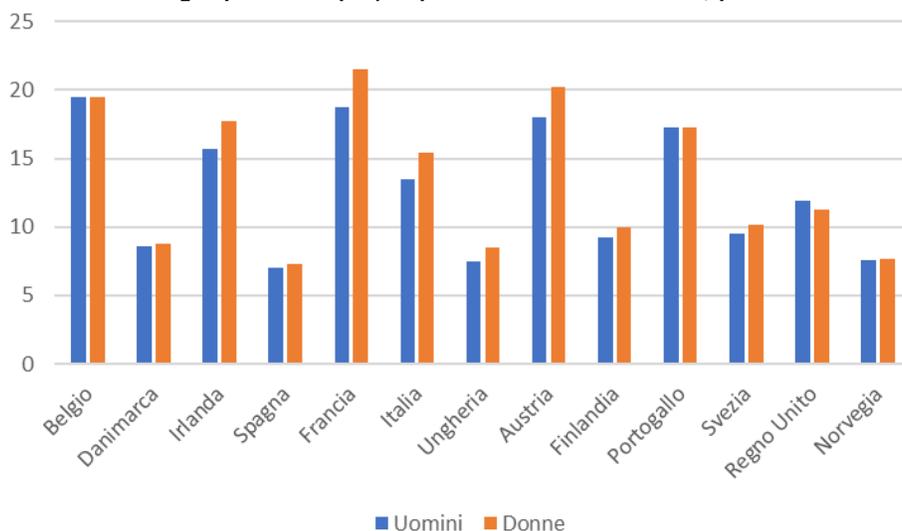


Fonte: PASSI Toscana 2018.

## Consumo di dolci

Secondo i dati più recenti della Commissione Europea (**Figura 45**) il Belgio e la Francia sono i Paesi che fanno maggior consumo di zucchero col 19,5 E%/die in media in Belgio in entrambi i sessi, e con 18,7 e 21,5 E%/die rispettivamente per uomini e donne in Francia), mentre il Paese che ne fa minor uso è la Spagna (7 E%/die in media). L'Italia ha un andamento in media (13,5 E%/die per gli uomini e 15,4 E%/die per le donne). Tendenzialmente le donne consumano più dolci e zuccheri in tutti i Paesi.

**Figura 45**  
**Percentuale di energia quotidiana (E%/die) fornita da dolci e zuccheri, per sesso e Paese**

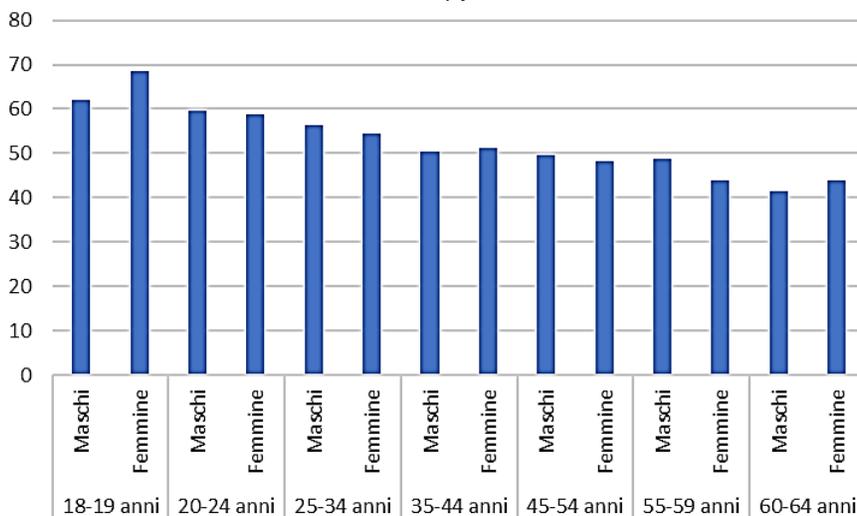


Fonte: EC Europe 2018.

In Italia (dati ISTAT 2019, in **Figura 46**) il consumo di dolci settimanale decresce con l'età (da più del 60% dei più giovani a poco più del 40% nella classe 60-64 anni), con le donne che tendenzialmente ne fanno meno uso degli uomini in tutte le classi di età eccetto le estreme (61,9% vs 68,4% a 18-19 anni, 41,4% vs 44% a 60-64 anni).

Figura 46

Consumo di dolci almeno una volta a settimana, per sesso e classe d'età

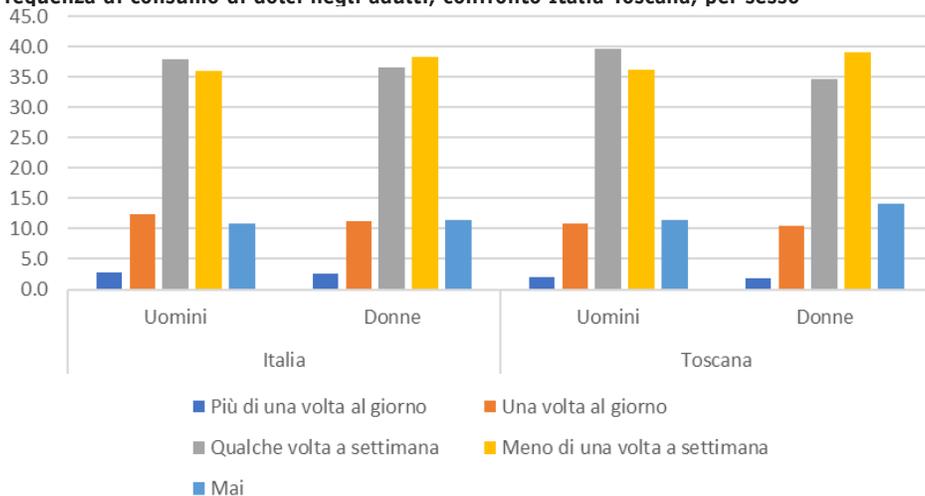


Fonte: ISTAT Italia 2019.

In Toscana gli uomini che mangiano dolci almeno qualche volta a settimana sono in percentuale lievemente superiore alla media italiana (40% vs. 38%), mentre le donne tendono a mangiarne meno spesso (il 39% meno di una volta a settimana); complessivamente la maggioranza degli uomini, in Toscana e Italia, tende maggiormente a mangiare dolci almeno qualche volta a settimana, le donne invece meno di una volta a settimana (Figura 47).

Figura 47

Frequenza di consumo di dolci negli adulti, confronto Italia-Toscana, per sesso

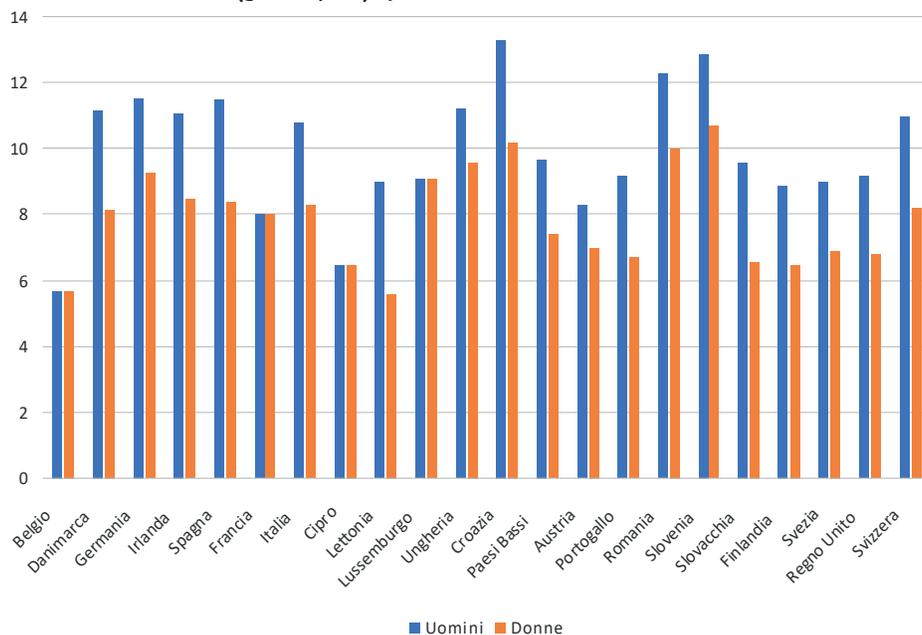


Fonte: ISTAT 2018.

## Consumo di sale

Secondo i dati della Commissione Europea dagli anni '90 il consumo di sale in quasi tutti i paesi è diventato molto più alto del livello accettabile per un corretto stato di salute, con la maggior parte dei paesi che assume dagli 8 ai 12 grammi di sale al giorno (**Figura 48**). Esistono differenze tra i sessi, con le donne che mediamente consumano meno sale degli uomini in quasi tutti i Paesi. I Paesi che fanno maggiormente uso di sale sono la Romania (con 12,3 grammi consumati mediamente dagli uomini e 10 dalle donne) e la Slovenia (12,9 grammi consumati dagli uomini e 10,7 dalle donne); i Paesi, invece, che consumano meno sale sono Belgio (meno di 6 grammi al giorno per entrambi i sessi) e Austria (circa 8 grammi al giorno per gli uomini e 7 per le donne). L'Italia, con 11 grammi e 8 rispettivamente consumati da uomini e donne si allinea alla media europea.

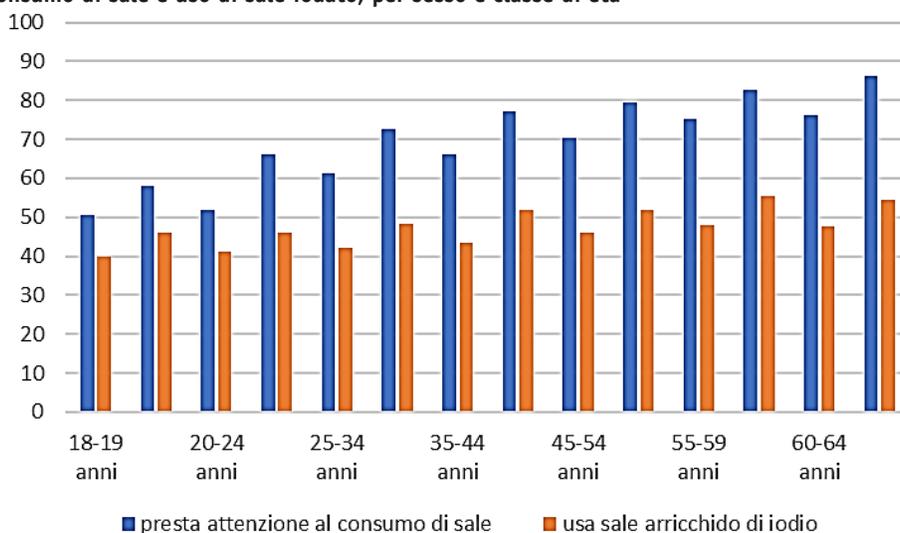
**Figura 48**  
Consumo medio di sale (grammi/die), per sesso e Paese



Fonte: EC Europe 2018.

In Italia (fonti ISTAT 2019, in **Figura 49**) con l'avanzare dell'età gli intervistati prestano maggiore attenzione al consumo di sale; la prevalenza di chi sta maggiormente attento varia dai maschi più giovani (50,5%, in aumento rispetto al 2018) alle donne più anziane (86,2%, anche questo in aumento rispetto al 2018). Generalmente la tendenza a consumare meno sale è maggiore nelle donne che negli uomini in tutte le classi di età, così come l'uso di sale iodato.

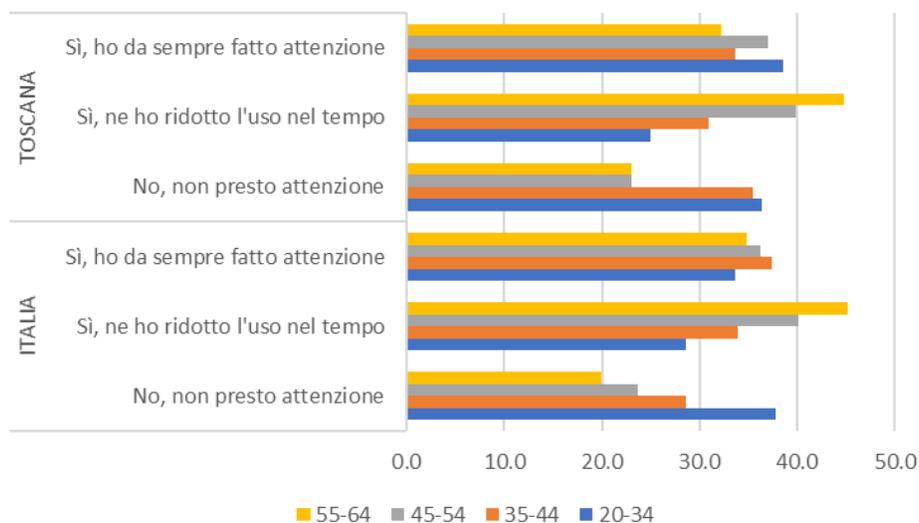
**Figura 49**  
Consumo di sale e uso di sale iodato, per sesso e classe di età



Fonte: ISTAT Italia 2019.

L'ISTAT afferma anche che in Toscana il 71,4% degli intervistati fa attenzione all'uso di sale; il 51,5% fa uso di sale arricchito di iodio; tuttavia la fascia d'età 35-44 anni in Toscana fa meno attenzione all'uso di sale rispetto alla media italiana (più del 35% afferma di non prestarci attenzione, contro circa il 28% della media italiana nella stessa fascia di età) (**Figura 50**).

**Figura 50**  
**Attenzione all'uso di sale, confronto Italia-Toscana, per fascia di età**

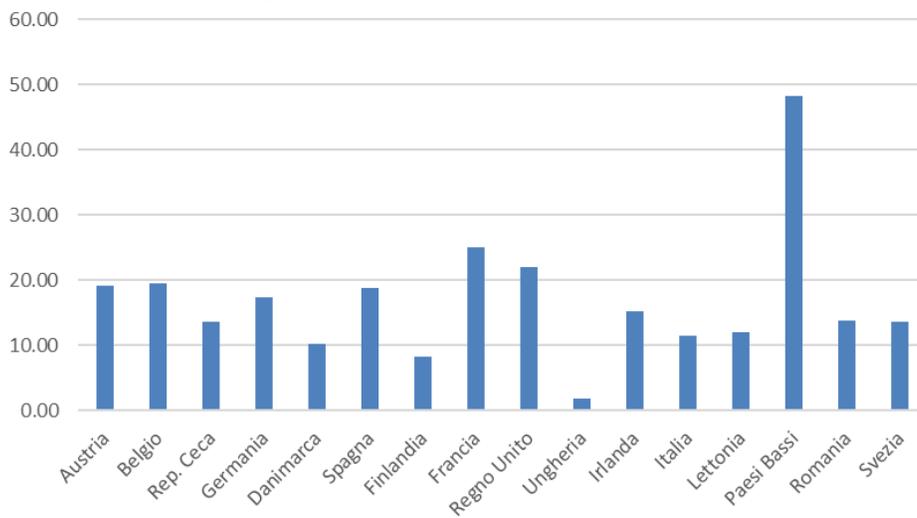


Fonte: ISTAT 2018.

### **Consumo di snack**

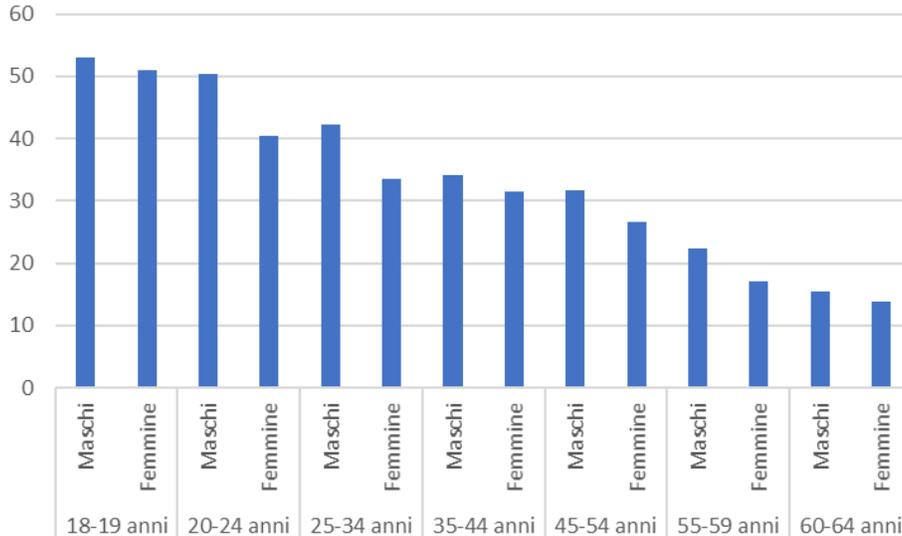
La raccolta dati EFSA a livello europeo fornisce un quadro molto variegato rispetto al consumo di snack (sia dolci che salati) nella popolazione adulta europea (**Figura 51**), andando da un consumo minimo di 2 grammi al giorno in Ungheria ad un consumo massimo di 48 grammi dei Paesi Bassi. La media europea è di 16,8 grammi al giorno, molto più bassa rispetto a quella degli adolescenti, che sono i veri consumatori di snack. L'Italia con 11,5 grammi al giorno consumati è al di sotto della media europea.

**Figura 51**  
**Consumo medio di snack (grammi/die), per Paese**



Fonte: EFSA 2018.

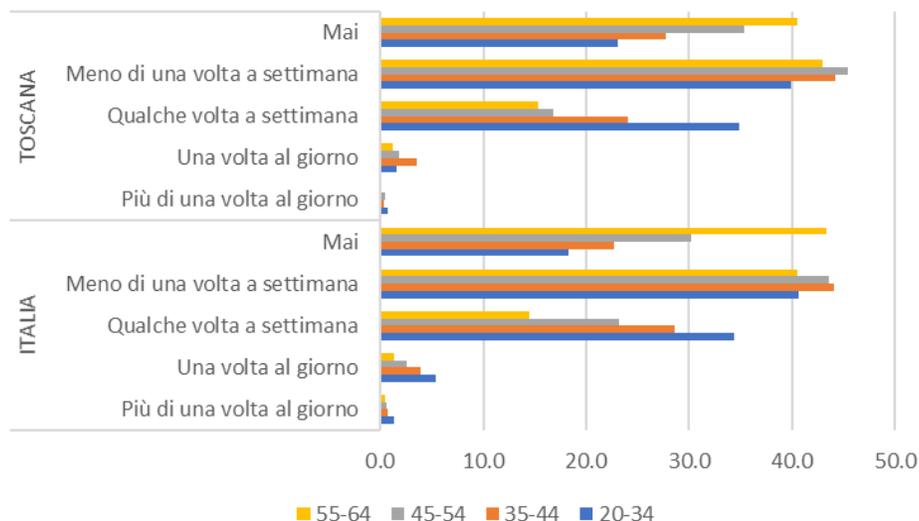
**Figura 52**  
**Consumo di snack almeno qualche volta a settimana, per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

Nello specifico del dato italiano il 23,8% degli intervistati afferma di consumare snack salati almeno qualche volta alla settimana, ma la prevalenza va dal 50% dei maschi nella fascia di età più giovane alle donne nella fascia 60-64 anni (poco più del 10%) (**Figura 52**). Come avviene per l'uso di sale le donne hanno un consumo di snack inferiore in tutte le classi di età.

**Figura 53**  
**Frequenza di consumo di snack, confronto Italia-Toscana, per fascia di età**



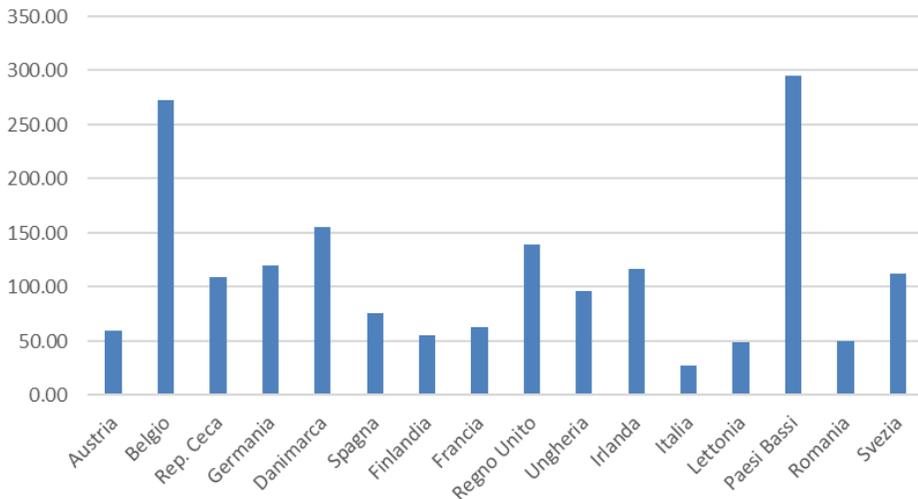
Fonte: ISTAT 2018.

Dal confronto con la nostra regione, in **Figura 53**, si nota che la prevalenza dei più giovani che non mangiano mai snack è maggiore della media italiana per quella fascia di età (23% vs. 18,3%); ugualmente per chi mangia snack una volta al giorno, i toscani dai 20 ai 34 anni sono in percentuale più ridotta (1,5% vs. 5,4% degli italiani).

### Consumo di bevande zuccherate/gassate

Secondo i dati EFSA 2018, in **Figura 54**, l'area occidentale del continente riporta i livelli di consumo più alti. I Paesi che consumano più bevande e soft drink sono i Paesi Bassi (con 300 ml al giorno) e il Belgio (con 270 ml al giorno). L'Italia è il Paese che consuma meno bevande (solo 28 ml di media al giorno).

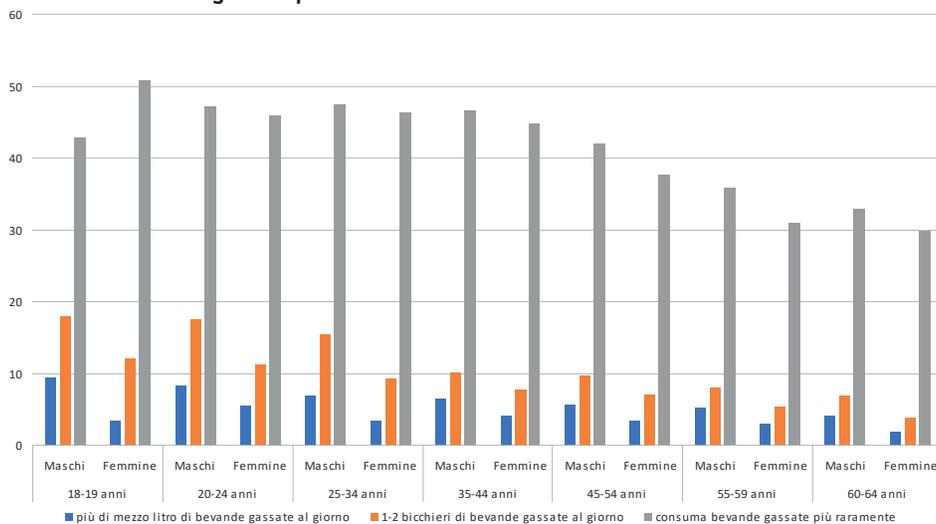
**Figura 54**  
Consumo medio di soft drink (millilitri al giorno), per Paese



Fonte: EFSA 2018.

In Italia (ISTAT 2019) risulta che le bevande gassate vengono consumate in misura maggiore dagli uomini rispetto alle donne, in tutte le classi di età (**Figura 55**). Quasi il 10% dei giovani 19enni maschi consuma più di mezzo litro di bevande gassate al giorno; questa categoria è anche quella che consuma di più 1-2 bicchieri di bevande al giorno (18,1%). L'opposto invece per le donne nella fascia di età 60-64 anni: solo l'1,9% consuma più di mezzo litro di bevande al giorno mentre il 3,9% consuma 1-2 bicchieri al giorno.

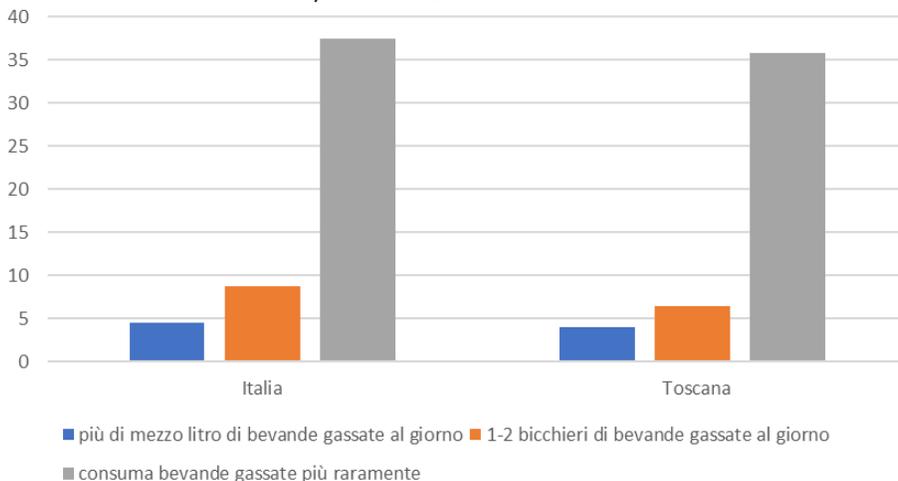
**Figura 55**  
**Consumo di bevande gassate per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

In Toscana nello stesso anno (**Figura 56**) il 54,3% degli intervistati afferma di aver consumato bevande gassate (percentuale il calo dal 2017, dove era il 55,1%).

**Figura 56**  
**Consumo di bevande e soft drink, confronto Italia-Toscana**



Fonte: ISTAT 2019.

Solo il 3,4% tuttavia consuma più di mezzo litro di bevande gassate al giorno, mentre il 5,8% consuma 1-2 bicchieri. La maggioranza, ovvero il 33,2% le consuma più raramente.

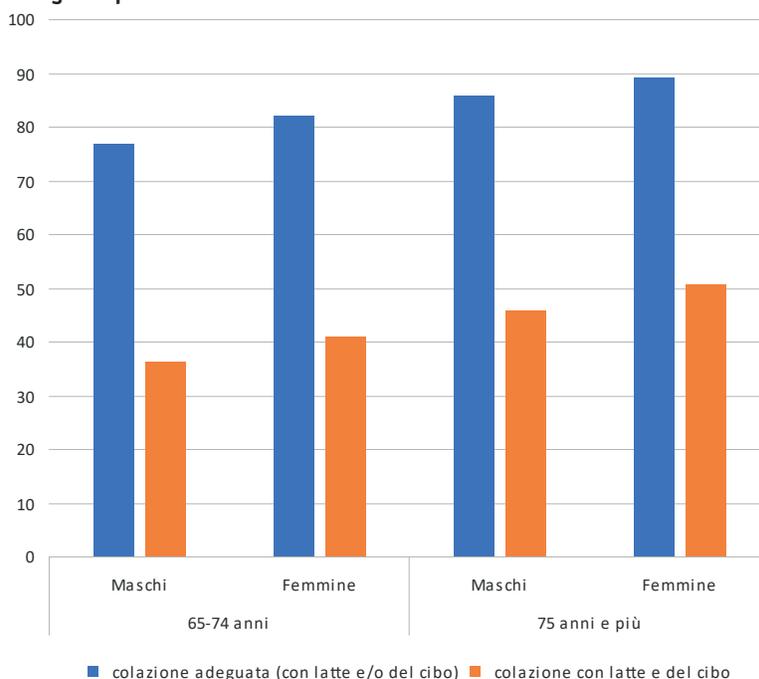
### 3.3.5 L'alimentazione negli anziani

#### *Colazione completa e adeguata*

Gli anziani europei che consumano una adeguata colazione si allineano ai dati europei per la colazione adulta; è intuibile una diminuzione della prevalenza di chi non si alimenta la mattina, tuttavia gli studi di questo tipo sono molto limitati.

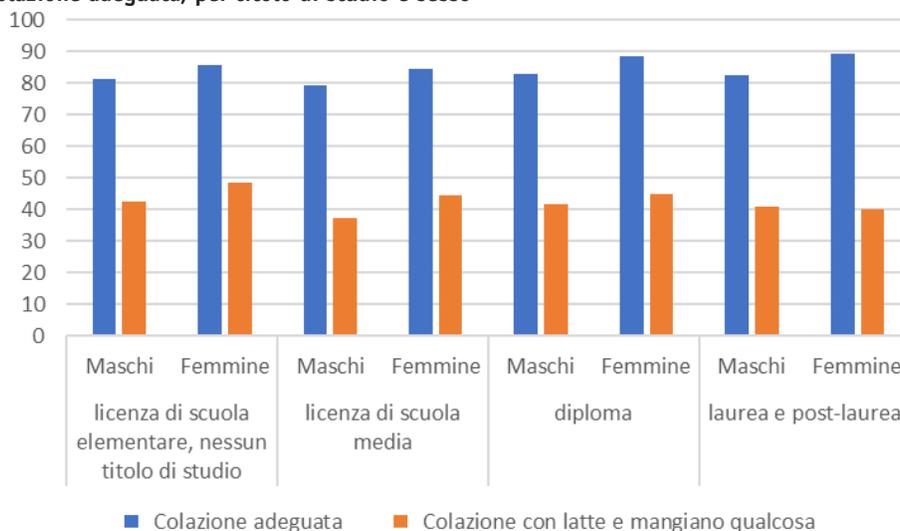
In Italia (**Figura 57**) si rispecchia il dato europeo: le classi di età più anziane sono maggiormente abituate a fare colazione ogni giorno, e la tendenza a fare colazione adeguata aumenta con l'età per gli uomini da 76,9% nella classe d'età 65-74 anni e 86,1% nella successiva; per le donne dall'82,2% all'89,4% nelle stesse classi.

**Figura 57**  
Colazione adeguata per sesso e classe di età



Fonte: ISTAT Italia 2019.

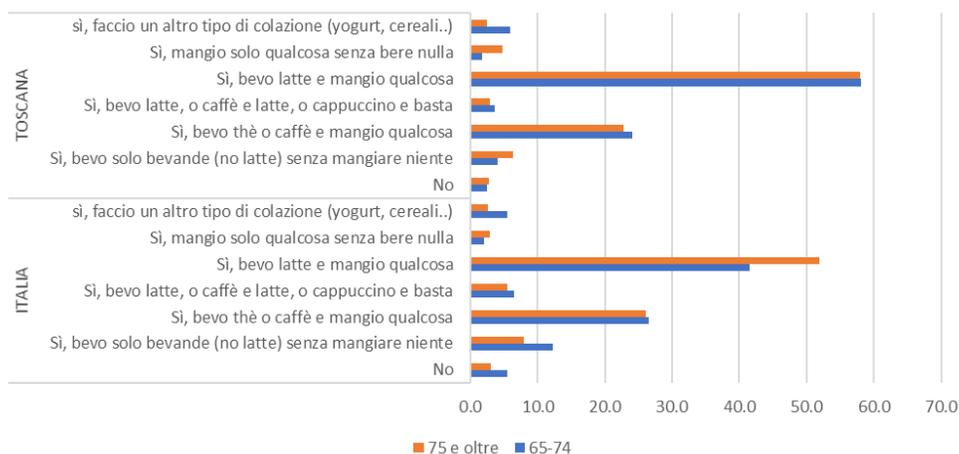
**Figura 58**  
**Colazione adeguata, per titolo di studio e sesso**



Fonte: ISTAT 2019.

Le donne tendono a fare maggiormente una colazione adeguata in ogni condizione e per ogni titolo di studio, anche se le laureate hanno una prevalenza leggermente più alta di colazioni adeguate (**Figura 58**). Non ci sono comunque le grandi differenze che riscontriamo, invece, per le fasce di età inferiori.

**Figura 59**  
**Tipo di colazione negli anziani, confronto Italia-Toscana**



Fonte: ISTAT 2018.

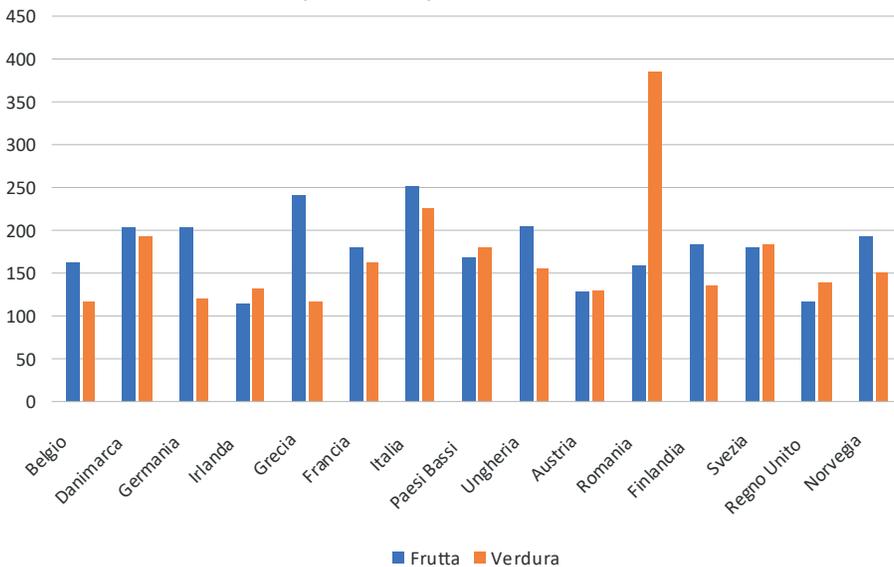
Dal confronto con la nostra regione (**Figura 59**) emergono alcune differenze, anche in base alla fascia di età; In Toscana quasi il 60% di chi si trova nella fascia 65-74 anni consuma una colazione completa, con latte e cibo, mentre la media italiana per quella fascia di età corrisponde a poco più del 40%. Coloro che bevono solo qualcosa senza mangiare sono molti meno in Toscana rispetto alla media italiana (4,1% vs 12,3% tra i 65-74enni, 6,4% vs. 7,9% tra gli ultrasettatacinquenni).

### Consumo di frutta e verdura

In Europa (dati della raccolta della Commissione Europea 2018, in **Figura 60**) negli anziani si assiste ad un aumento nei consumi di frutta e a una diminuzione del consumo di verdura, tranne in Italia dove c'è un aumento di entrambi i consumi; l'Italia appare come il Paese che consuma giornalmente più frutta (circa 256 grammi al giorno), mentre quello che consuma più verdura risulta essere la Romania (con circa 382 grammi al giorno), tuttavia i dati riguardanti questi alimenti sono poco aggiornati.

**Figura 60**

**Consumo di frutta e di verdura (grammi/die) negli anziani europei, per Paese**

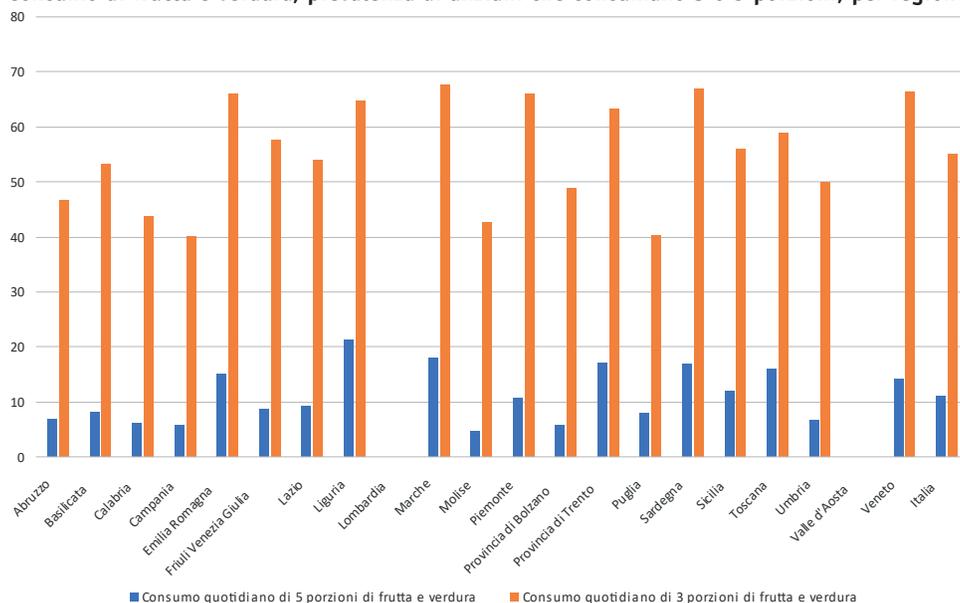


Fonte: EC Europe 2018.

Passi d'Argento (**Figura 61**) fa notare che solo una minoranza di anziani riesce a consumare le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate (l'11% di prevalenza media italiana); scalando a 3 porzioni il 55% della popolazione anziana riesce ad arrivarci. In Molise, Campania e Provincia di Bolzano meno del 6% riesce a consumare 5 porzioni e meno del 50% arriva alle 3 porzioni; la Liguria invece è la regione più virtuosa: il 21,3% e il 64,8% arriva rispettivamente a consumare 5 e 3 porzioni di frutta e verdura al giorno.

**Figura 61**

**Consumo di frutta e verdura, prevalenza di anziani che consumano 5 o 3 porzioni, per regione**



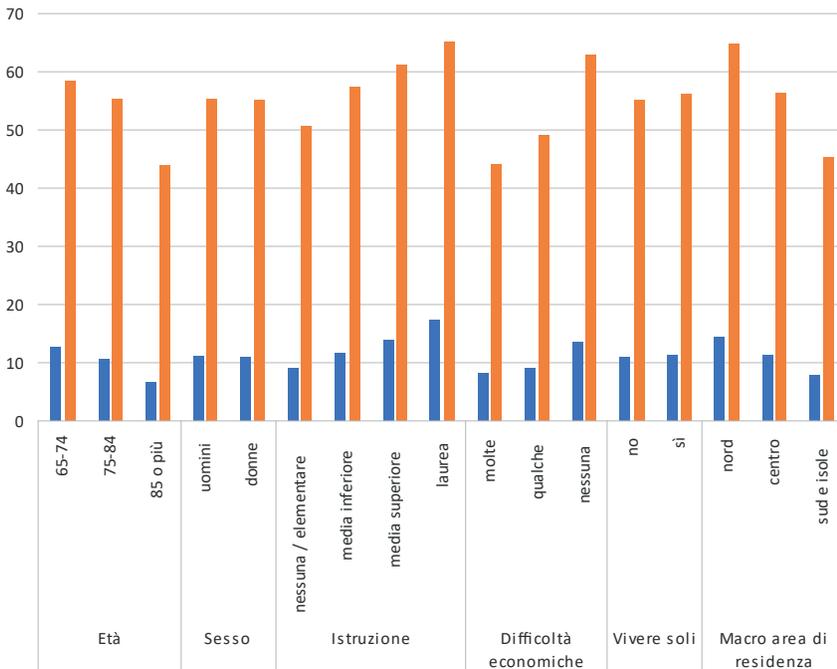
Fonte: PASSI d'argento 2019.

Anche in Toscana le percentuali sono più alte della media italiana: il 16,2% arriva a 5 porzioni e il 59,1% a 3 porzioni.

La prevalenza di chi consuma 5 porzioni nella fascia tra 65 e 74 anni è il 13%, quota che tende a scendere al 6,8% nelle età estreme. Non si nota pressoché nessuna differenza tra uomini e donne (11,3% i primi, 11,2% le seconde), mentre si osserva un gradiente rispetto al grado di istruzione; il 17,5% di chi ha una laurea consuma tutte le porzioni raccomandate (contro il 9,2% dei non istruiti), così come il 13,9% in chi non ha difficoltà (contro l'8% di chi ne ha molte). Vediamo anche un gradiente tra Nord e Sud, che dal 14,4% del Nord va all'8% del Sud e delle isole. Non ci sono sostanziali differenze tra chi vive da solo o in compagnia (11,7 contro 11,2%) (**Figura 62**).

Con 3 porzioni la prevalenza cresce al 58,8% nella fascia di età 65-74 anni e 43,5% nella fascia di età superiore a 85 anni, senza differenze tra uomini e donne (55,7% e 55,3% rispettivamente) e con prevalenza di chi si ciba più correttamente maggiore in chi è laureato (65,2%, vs il 50,9% dei non istruiti), tra chi non ha difficoltà economiche (63,6%) rispetto a chi ne ha molte (44,2%) e tra chi abita al Nord (64,7% contro il 45,3% del Sud). Ancora poca differenza tra chi vive solo o in compagnia (56% contro 55,5%).

**Figura 62**  
**Consumo di frutta e verdura negli anziani, per porzioni e varie caratteristiche demografiche**



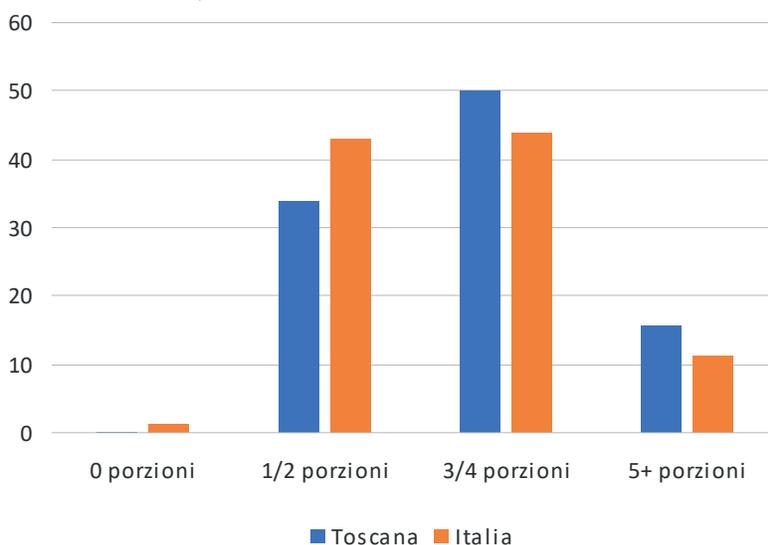
Consumo di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura ■ Consumo di 3 porzioni al giorno di frutta e verdura

Fonte: PASSI d'Argento 2019.

Il 54,4% di coloro che hanno problemi di masticazione mangia 1-2 porzioni quotidiane, pertanto questo problema sembra influire molto su questa abitudine alimentare.

La controparte Toscana di Passi d'Argento informa che la nostra regione risulta essere, come già osservato precedentemente, più virtuosa della media italiana (**Figura 63**): il 50% consuma tre o quattro porzioni al giorno, mentre coloro che ne consumano di meno (1-2 porzioni) è inferiore al dato italiano (34%).

**Figura 63**  
**Consumo di frutta o verdura, Toscana vs. Italia**

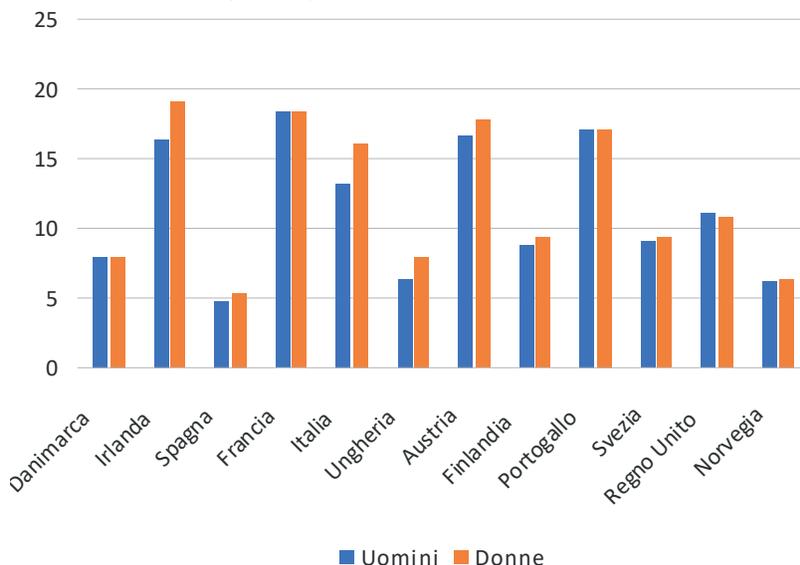


Fonte: PASSI d'Argento 2018 Toscana.

### **Consumo di dolci**

In Europa (Commissione Europea, in **Figura 64**) il consumo di zuccheri varia molto nei Paesi, con maggiore prevalenza a carico della Francia (uomini e donne consumano 18,4 E% al giorno) e minore a carico della Spagna (gli uomini consumano 4,8 E% al giorno, le donne 5,4 E% al giorno). L'Italia si colloca al quinto posto, con il 16% e il 13% rispettivamente per uomini e donne, di energia giornaliera ricavata da questi alimenti.

**Figura 64**  
**Consumo di dolci e zuccheri (E%/die), per Paese e sesso**

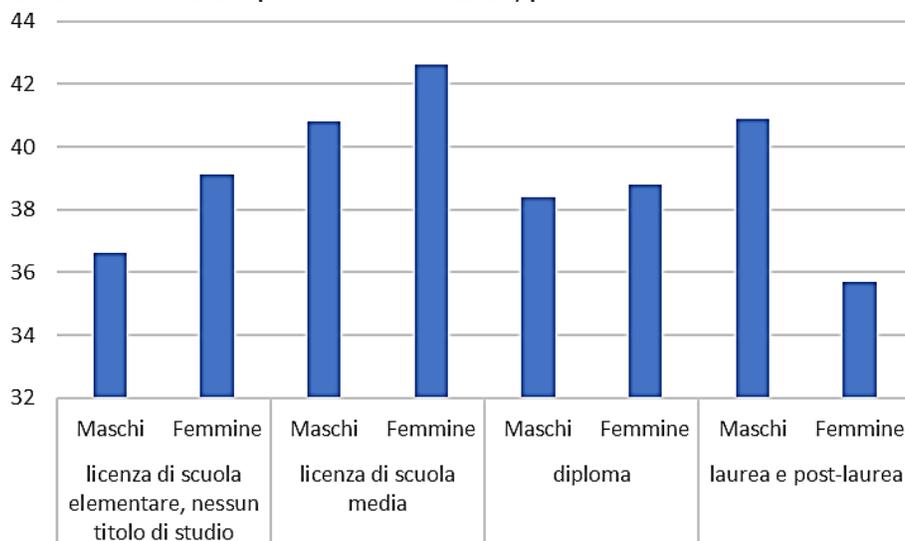


Fonte: EC Europe 2018.

In Italia (dati ISTAT 2019, in **Figura 65**) il consumo di dolci almeno qualche volta a settimana negli over65 è variabile a seconda del titolo di studio, andando da un minimo delle donne laureate (35,7% di prevalenza) e uomini con licenza elementare o nessun titolo (36,6%) ad un massimo di uomini e donne con licenza media (40,8% e 42,6% rispettivamente). I dati variano sostanzialmente da quelli dell'anno precedente, con aumento del consumo di dolci per le donne con licenza elementare (dal 35% al 39%) e diminuzione per le intervistate laureate (dal 43% al 35%), e con aumento negli uomini laureati (dal 35% al 41%).

**Figura 65**

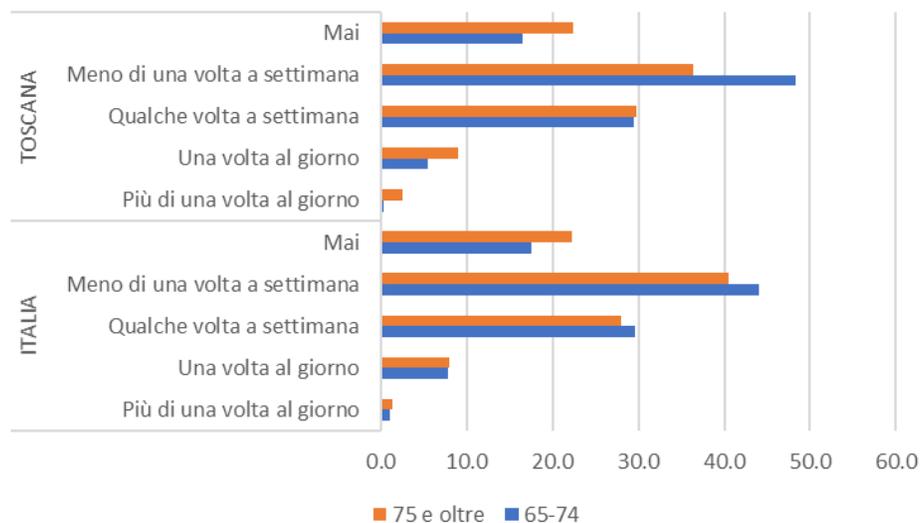
**Consumo di dolci almeno qualche volta a settimana, per sesso e titolo di studio**



Fonte: ISTAT 2019.

**Figura 66**

**Frequenza di consumo di dolci negli anziani**



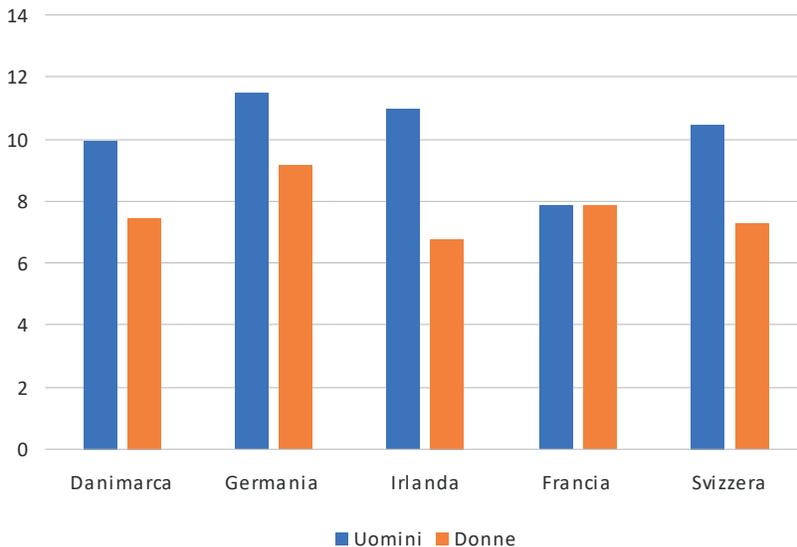
Fonte: ISTAT 2018.

Dal confronto con la Toscana (**Figura 66**) emerge che la fascia più “giovanile” tende a mangiare dolci meno spesso rispetto alla media italiana (con quasi il 50% che li mangia meno di una volta a settimana, contro il 44% italiano, la percentuale di chi non li mangia mai è la stessa di quella italiana); negli over75 sono invece lievemente di più quelli che mangiano dolci tutti i giorni (9% vs 8%).

### Consumo di sale

Il consumo di sale nella popolazione anziana è un elemento poco indagato nei sistemi di rilevazione europei, molti dei quali considerano per intero la popolazione adulta senza fare distinzioni per le classi di età avanzata. Da quello che si evince dai dati disponibili (**Figura 67**) il trend di consumo si attesta a una media di circa 11 grammi al giorno per gli uomini e 8 per le donne (che, come anche nelle classi di età più giovani, consumano meno sale della controparte maschile in quasi tutti i Paesi); c'è un lieve superamento di queste medie da parte della Germania, ma i dati non comprendono tutti i Paesi.

**Figura 67**  
Consumo di sale (Grammi/die) nella popolazione anziana, per Paese

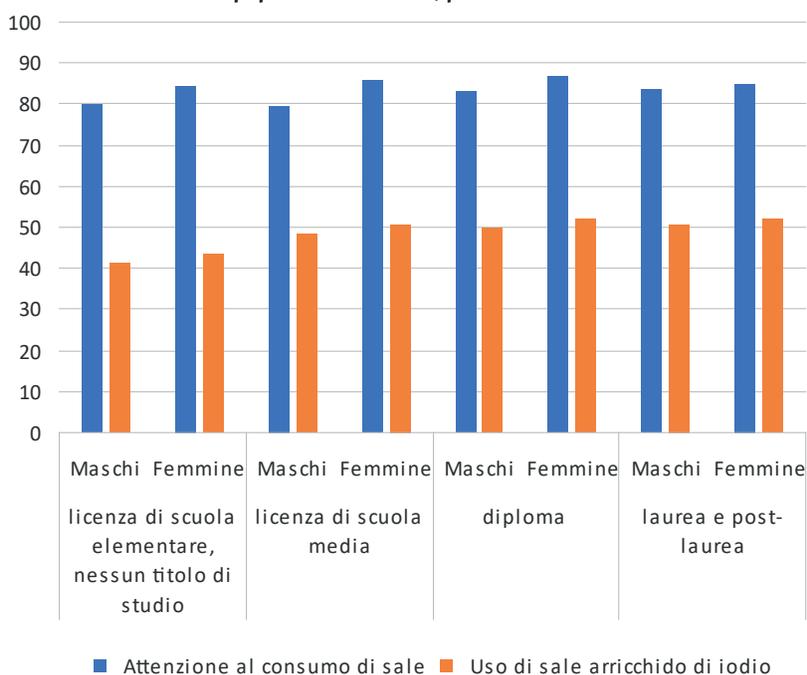


Fonte: EC Europe 2018.

In Italia, come nella media europea e come accade nelle classi d'età più giovani, le donne prestano più attenzione all'uso di sale e usano più spesso sale arricchito di iodio (dati ISTAT, **Figura 68**), con le differenze tra titoli di studio che appaiono maggiori per l'uso di sale iodato (10 punti percentuali in più di prevalenza per le donne laureate).

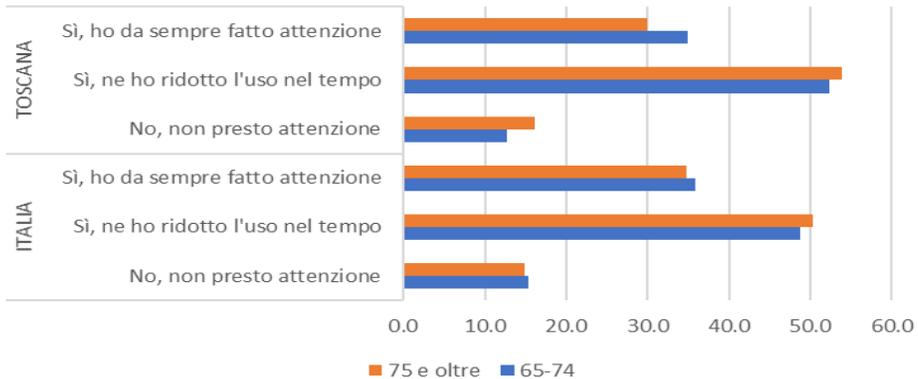
**Figura 68**

**Attenzione all'uso di sale nella popolazione anziana, per sesso e varie caratteristiche demografiche**



Fonte: ISTAT 2019.

**Figura 69**  
**Attenzione all'uso di sale, confronto Italia-Toscana, per fasce d'età**



Fonte: ISTAT 2018.

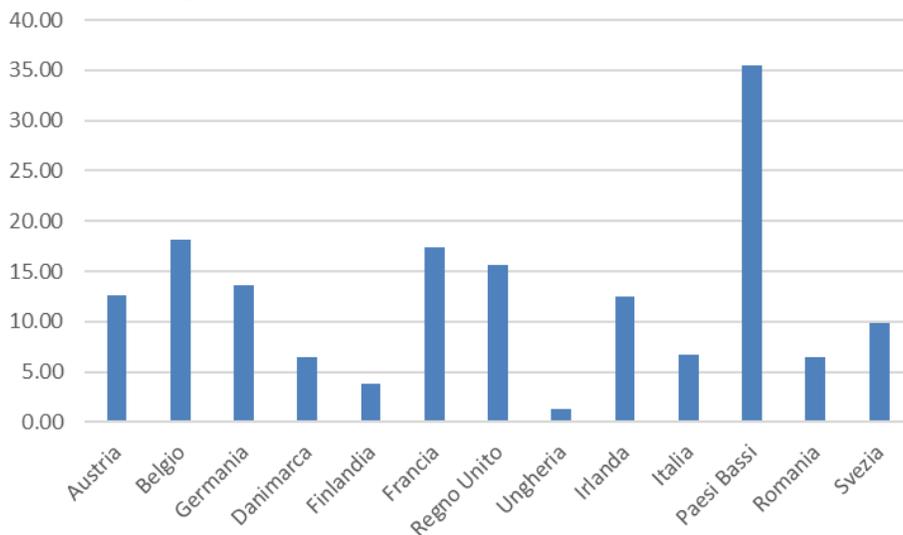
In Toscana l'andamento è simile a quello italiano (**Figura 69**), con una quota leggermente superiore di chi ha ridotto nel tempo l'uso del sale.

### **Consumo di snack**

La raccolta dati EFSA della Comunità Europea, in **Figura 70**, rende evidente che esistono, anche in questa classe di età, differenze sostanziali tra Paesi per il consumo di snack (sia dolci che salati). Anche in questo caso sono i Paesi Bassi (con 35 grammi al giorno in media) a guidare la classifica, mentre gli ungheresi non fanno quasi uso di snacks (solo 3,8 grammi).

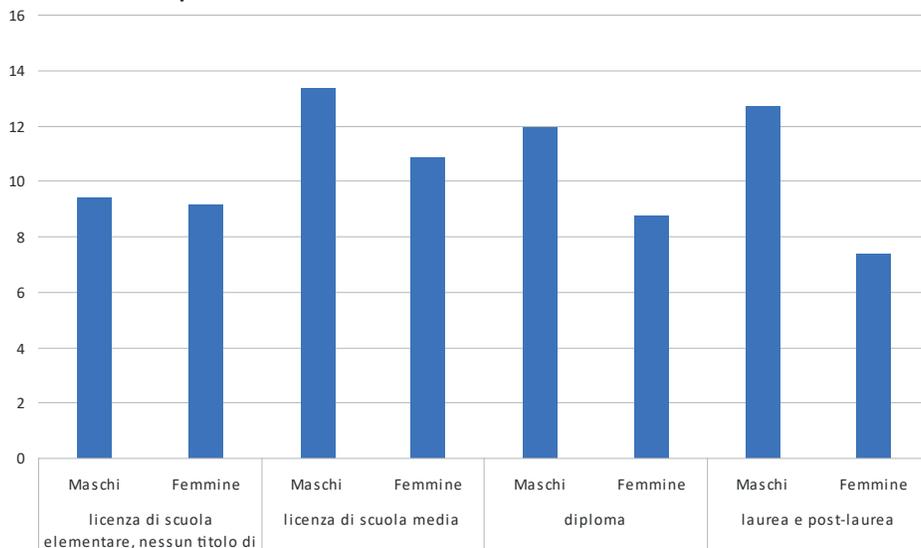
In Italia i grammi medi consumati sono 6,7 al giorno, stando a quanto riportato dal databae EFSA. Questo dato di basso consumo viene confermato, attraverso altri indicatori, da ISTAT (**Figura 71**). Il consumo di snacks almeno qualche volta a settimana non ha infatti un'alta prevalenza negli over 65, e ci sono differenze in base a caratteristiche demografiche come sesso e titolo di studio: solo meno del 14% dei maschi con licenza media ne fanno consumo con questa frequenza. La categoria che ne fa meno uso sono invece le donne che hanno conseguito la laurea (meno dell'8%).

**Figura 70**  
**Consumo di snack (grammi/die), per Paese**



Fonte: EFSA 2018.

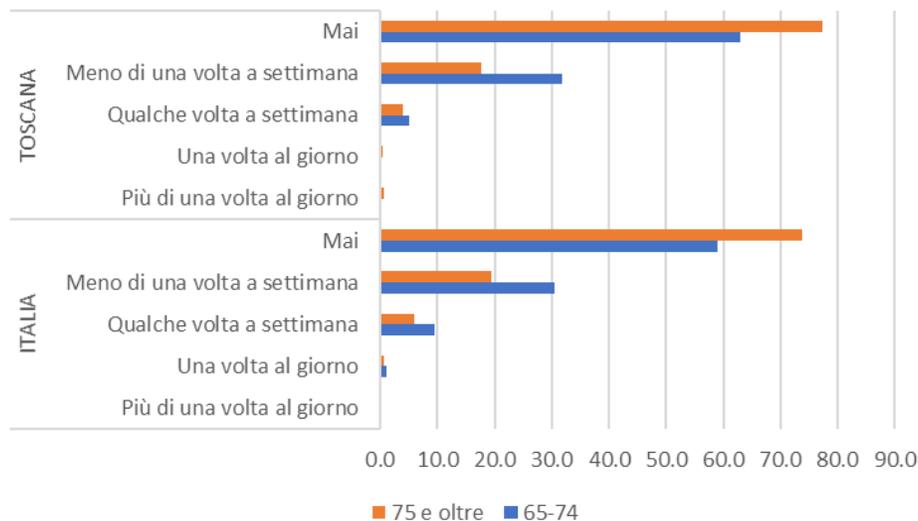
**Figura 71**  
**Consumo di snack per sesso e titolo di studio**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

Figura 72

Frequenza di consumo di snack, confronto Italia-Toscana, per fascia di età

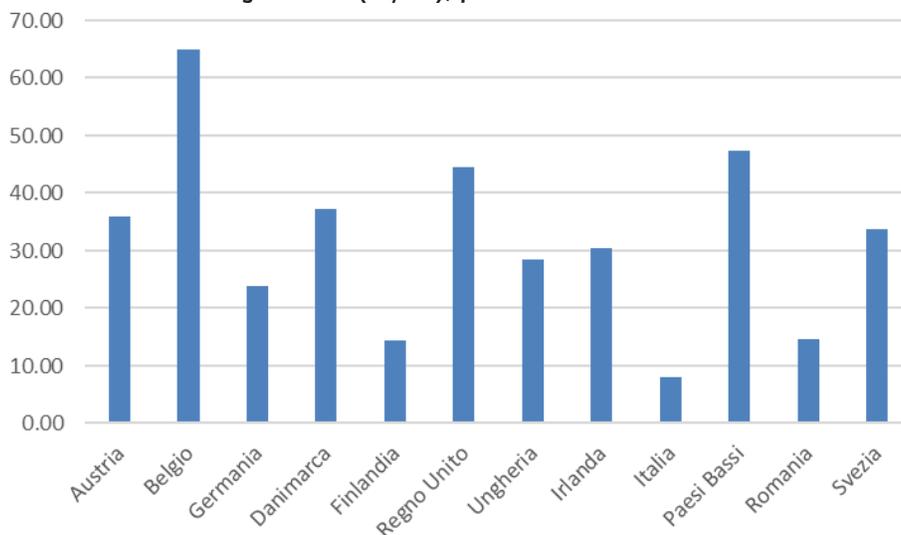


Dal confronto con i dati regionali (**Figura 72**) emergono poche differenze, con solo una piccola percentuale di toscani in più che mangia snack meno di una volta a settimana o non ne fa mai consumo.

### **Consumo di bevande zuccherate/gassate**

Il consumo di soft drink in Europa è molto variabile: l'EFSA, in **Figura 73**, evidenzia che il Paese (tra quelli di cui esiste un database aggiornato) che fa più uso di bevande è il Belgio con circa 65 ml bevuti in media al giorno; l'Italia è il Paese dove gli anziani sono meno abituati a bere soft drink (in media si bevono solo 8 ml al giorno).

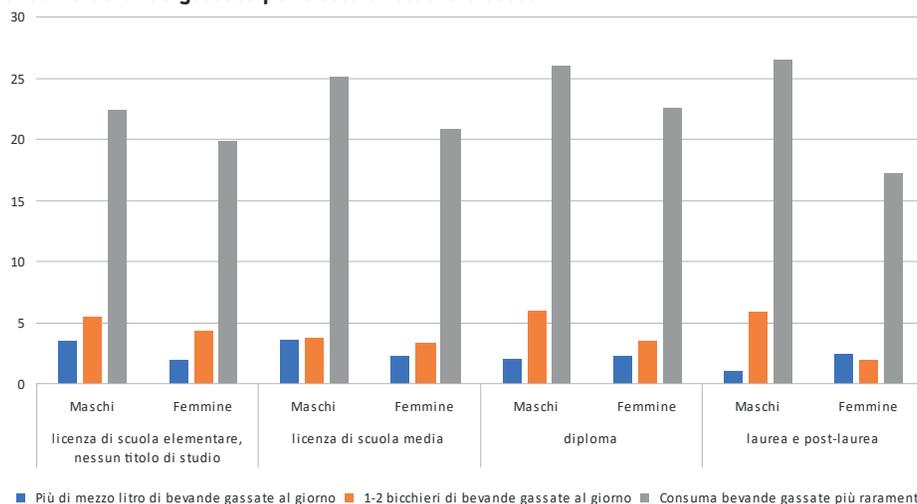
**Figura 73**  
**Consumo di soft drink negli anziani (ml/die), per Paese**



Fonte: EFSA 2018.

ISTAT in Italia conferma i risultati della raccolta (**Figura 74**): gli anziani che consumano più di mezzo litro di bevande gassate sono una minoranza (dall'1,1% al 3,7%), con prevalenza minima per i maschi laureati e massima per i maschi con licenza media. La percentuale media dei consumatori di bevande gassate è invece più alta, del 38%. Il dato toscano riguardante questa fascia di età è mancante, tuttavia è possibile che non si discosti molto dalla media nazionale.

**Figura 74**  
**Consumo bevande gassate per titolo di studio e sesso**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

### 3.4 CONCLUSIONI

I dati raccolti sull'alimentazione ci rendono un'immagine dell'Europa estremamente eterogenea, dove i Paesi mediterranei (comprendendo l'Italia) tendono sempre di meno a rispettare la dieta a cui davano orgogliosamente il nome e dove i Paesi nordici tendono invece a osservare delle disposizioni dietetiche più moderne, diminuendo alcuni consumi classici come l'alcol, i dolci e i cibi poco salutari. Esiste ancora una tradizione, soprattutto nella popolazione anziana, dove c'è maggior abitudine a consumare frutta e verdura e a limitarsi con gli snack e le bevande, ma queste abitudini vanno perdendosi con i cambi generazionali; basti osservare come sono cambiate le abitudini giovanili: pochi sono quelli che si cibano di frutta e verdura con regolarità (anzi, tale abitudine decresce con gli anni), c'è scarsa attenzione al consumo di sale e si consumano molti snack. I maschi tendono ad avere meno disciplina rispetto alle femmine, in tutte le fasce di età (tranne che per i dolci); è probabile che questa maggiore attenzione al cibo sia dettata da una maggiore attenzione alla linea.

Il titolo di studio è un forte discriminante nel contesto delle abitudini alimentari, così come per altri stili di vita presenti in questo report. Come spesso accade, avere un livello culturale più alto consente di essere maggiormente al passo con le linee guida e con le giuste direttive per raggiungere il migliore livello di salute possibile; un livello culturale più alto inoltre può, in molti casi, assicurare uno status economico migliore e un accesso ad alimenti qualitativamente superiori (ma più costosi).

La Toscana, nel contesto nazionale, si colloca al di sopra della media per molti degli indicatori studiati; è opportuno, tuttavia, continuare con le campagne di promozione della salute e della giusta alimentazione (come è fatto dall'iniziativa della Piramide Alimentare) così come sensibilizzare i ragazzi ad adottare uno stile alimentare più sano per prevenire lo sviluppo di malattie croniche.

## Bibliografia

1. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-nutrizionali/obesit%C3%A0-e-sindrome-metabolica/sindrome-metabolica>
2. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_652\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf)
3. <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/corretta-informazione/possibile-sostanze-inserite-nella-lista-1-dello-iarc-siano-cancerogene-non-siano-sempre-vietate>
4. <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/alimentazione/guida-menu/lalimentazione-nellinfanzia>
5. Bleich, Sara N, and Kelsey A Vercammen. “The negative impact of sugar-sweetened beverages on children’s health: an update of the literature.” *BMC obesity* vol. 5 6. 20 Feb. 2018, doi:10.1186/s40608-017-0178-9
6. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov;29(6):340-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278
7. Hansen AR, Duncan DT, Tarasenko YN, et al. Generational shift in parental perceptions of overweight among school-aged children. *Pediatrics* 2014;134(3):481-8.
8. Lundahl A, Kidwell KM, Nelson TD. Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics* 2014;133(3):e689-7033
9. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, et al. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obes Res* 2003;11(11):1362-8
10. Patrick H, Nicklas T. A review of family and social determinants of children’s eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr* 2005;24(2):83-92
11. Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, et al. Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990-2013. *BMC Pediatr* 2015;15:129

## 3.5 FOCUS: SOVRAPPESO E OBESITÀ

### 3.5.1 Introduzione

Nel passato sovrappeso e obesità, in una popolazione che a stento riusciva a trovare di che mangiare per sopravvivere, erano dei veri e propri simboli di una condizione agiata, al riparo da carestie e imprevisti: “*Dove il grasso si sfina, il fino si spezza*” recitava un proverbio d’epoca. Nel mondo moderno e alle nostre latitudini è difficile trovarsi ancora di fronte al problema della carestia; il problema è, anzi, diventato il suo opposto. Le abitudini alimentari sono cambiate e quella che era la “dieta mediterranea” viene consumata sempre meno spesso a favore di un maggior consumo di carne e di grassi, di porzioni più sostanziose e di bevande alcoliche, gassate o zuccherate. Sovrappeso e obesità sono in costante aumento, tuttavia, anche nel resto del mondo, in particolar modo negli ultimi quaranta anni. L’obesità negli adulti raggiunge i tassi più alti nelle Americhe (29%), oltre all’Europa (23%) e alla regione est del Mediterraneo (21%)<sup>10</sup>. Il problema è grave sia nei paesi del ricco occidente industrializzato, sia nei paesi in via di sviluppo, dove gli alimenti meno salutari hanno un costo inferiore e dove la cultura alimentare è più carente; in questi ultimi casi l’infanzia è maggiormente colpita: in Africa, per esempio, il numero di bambini sovrappeso al di sotto dei 5 anni è aumentato del 24% a partire dal 2000, quasi la metà dei bambini sotto i 5 anni sovrappeso o obesi nel 2019 viveva in Asia. In questi ultimi Paesi si stanno verificando problemi di salute determinanti sia dalla malnutrizione che dalla cattiva nutrizione con conseguente sovrappeso, un “doppio *burden of disease*”. Essere sovrappeso o obeso durante l’arco della vita è associato a moltissime conseguenze; l’obesità porta a un aumento del rischio di ipertensione, malattie non trasmissibili (diabete, malattie cardiovascolari e cancro) oltre ad apnea ostruttiva notturna e osteoartrite. L’obesità concorre all’80% dei casi di Diabete di tipo II, al 55% delle malattie ipertensive e al 35% delle patologie ischemiche.

Si definiscono sovrappeso quei soggetti adulti il cui Indice di Massa Corporea, o BMI (il rapporto tra peso e statura al quadrato, in pratica il peso al metro quadro) è compreso tra 25 e 30, mentre sono definiti obesi quei soggetti il cui BMI è superiore a 30. Nell’infanzia invece si usano diversi sistemi di misura (secondo le linee guida WHO<sup>11</sup>): al di sotto dei 5 anni di età si esegue un rapporto peso/lunghezza che viene comparato con la curva pediatrica dello sviluppo corporeo; il sovrappeso e l’obesità vengono definite tramite una collocazione di tale rapporto 2 e 3 deviazioni standard al di sopra della mediana, rispettivamente. Dai 5 ai 18 anni si esegue invece il calcolo del BMI e si considerano sovrappeso e obesità quando il valore ottenuto è al di sopra di 1 e 2 deviazioni standard al di sopra della mediana, rispettivamente.

<sup>10</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

<sup>11</sup> <https://www.who.int/childgrowth/en/>

In Italia, secondo i dati più recenti (PASSI 2019) il 40% della popolazione adulta è in sovrappeso e circa il 10% è obeso. Esiste una notevole differenza tra le regioni del Nord, con valori più bassi, in particolar modo Trentino e Valle d'Aosta, e quelle del Sud, dove si raggiungono valori molto elevati, specie in Campania (che detiene il primato in Italia per abitanti in eccesso di peso), Calabria, Basilicata e Molise.

Il problema è grave anche tra i bambini: fonti dell'Istituto superiore di sanità<sup>12</sup> affermano che l'eccesso di peso colpisce un bambino su 4 in Italia, e l'obesità circa un bambino su dieci; un bambino "obeso" ha per definizione un peso superiore al 20 per cento rispetto a quello ideale. Un bambino obeso sarà con probabilità un adulto obeso o in sovrappeso. Il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini è in lenta ma costante diminuzione; nonostante questi risultati c'è ancora molto da fare, considerando che l'Italia rimane tra le nazioni con più elevati livelli di sovrappeso e obesità tra quelle partecipanti alla *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) della Regione Europea dell'OMS.

Anche nel caso dei bambini l'obesità espone al rischio della sindrome metabolica (che comprende tre o più dei seguenti: BMI >97esimo percentile, trigliceridi >95esimo percentile, HDL <5 percentile, pressione sistolica o diastolica sopra il 95esimo percentile, alterata tolleranza al glucosio).

In Europa esistono molti progetti orientati alla relazione tra il cambio di abitudini dei bambini moderni e la maggior frequenza di sviluppo di obesità, sindrome metabolica, diabete di tipo II e disordini muscolo scheletrici (scoliosi) [1]. A tale scopo, "Guadagnare Salute"<sup>13</sup>, un programma approvato dal Governo in accordo con regioni a province autonome, mira a promuovere l'alimentazione adeguata tra dirigenti scolastici, insegnanti, alunni, pediatri e genitori. È di importanza fondamentale il ruolo di questi ultimi: la letteratura ha evidenziato che i genitori di bambini normopeso sono più precisi nella percezione dell'Indice di Massa Corporea (IMC) del loro bambino rispetto ai genitori di bambini sovrappeso; i genitori riconoscono che il loro bambino è in sovrappeso tardivamente, quando ad esempio diventa inattivo o soffre perché escluso dal gruppo dei pari. L'eccesso ponderale nei bambini e nei giovani è inoltre associato anche al gradiente socioeconomico delle famiglie, al livello di istruzione e allo stato ponderale dei genitori [2].

### **3.5.2 Global Burden of Disease**

Secondo i documenti più recenti (2017) nelle ultime rilevazioni si stimano 107,7 milioni di bambini e 603,7 milioni di adulti obesi nel mondo; la prevalenza globale di obesi è stata stimata al 5% per i bambini e al 12% per gli adulti, con percentuale più

<sup>12</sup> <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

<sup>13</sup> <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/>

alta tra le donne nella fascia da 60 ai 64 anni e tra gli uomini nella fascia da 50 a 54 anni. I tassi di obesità sono aumentati dal 1980 allo stesso modo tra donne e uomini, senza differenze significative, così come tra bambini e bambine. L'alto BMI ha contribuito a 4 milioni di morti, che hanno rappresentato il 7,1% delle morti per tutte le cause; sovrappeso e obesità hanno contribuito anche al 4,9% dei DALYs (numero di anni persi a causa di malattia o disabilità) per tutte le cause tra gli adulti. Il 39% delle morti e il 37% dei DALYs correlati ad alto BMI sono stati riportati da persone con un BMI più basso di 30. La causa maggiore di morte e di DALYs da alto BMI è la patologia cardiovascolare (con 2,7 milioni di morti e 66,3 milioni di DALYs); la seconda causa è il Diabete II (con 600000 morti e 30,4 milioni di DALYs). Un alto BMI ha anche causato 28,6 milioni di YLD (anni vissuti con disabilità), il 3,6% di tutti gli YLD; in questo caso la maggiore causa è stata il Diabete II (17,1 milioni), seguito dalle malattie muscoloscheletriche e cardiovascolari. Nell'ultimo trentennio si è verificato un incremento del 28,3% del tasso di mortalità globale dovuto ad alto BMI. [3]

### 3.5.3 Sovrappeso e obesità in Europa, Italia e Toscana

#### *Sovrappeso e obesità nei bambini*

Secondo i dati del report COSI<sup>14</sup> 2015-2017 in Europa la maggiore prevalenza dei bambini sovrappeso (maschi da 6 a 9 anni) è registrata a Cipro e in Grecia (43% e 42% rispettivamente, di cui 20% obesi). Anche l'Italia ha un'alta percentuale di sovrappeso (42% di cui 21% obesi). Le bambine sovrappeso si concentrano maggiormente a Cipro (43% in eccesso ponderale di cui 19% obese), in Spagna (41% in eccesso ponderale di cui 17% obese), in Grecia (38% in eccesso ponderale di cui 14% obese) e in Italia (38% in eccesso ponderale di cui 14% obese) (**Tabella 1**).

14 *Childhood Obesity Surveillance Initiative.*

**Tabella 1**  
**Percentuale di bambini sovrappeso e obesi, per Paese e sesso**

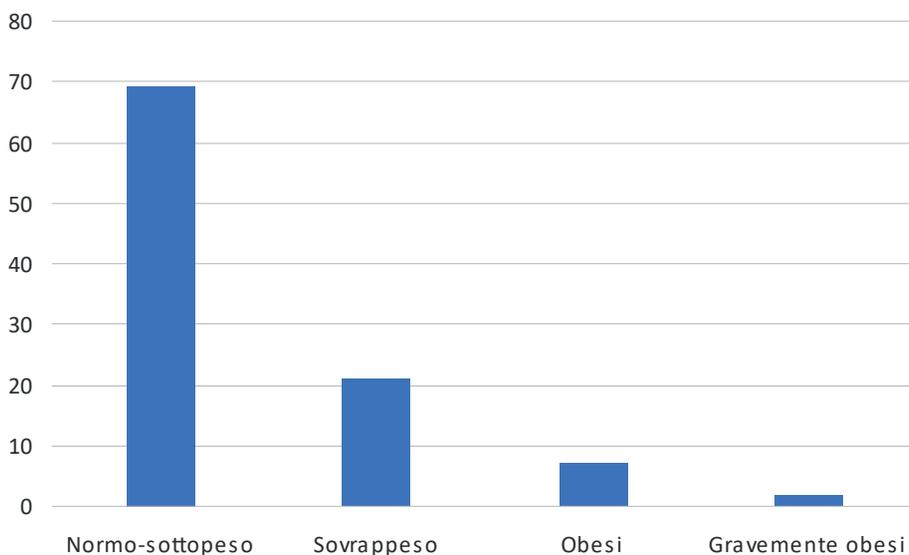
|                 | Maschi     |       | Femmine    |       |
|-----------------|------------|-------|------------|-------|
|                 | Sovrappeso | Obesi | Sovrappeso | Obesi |
| Albania         | 23         | 11    | 16         | 5     |
| Austria         | 30         | 12    | 22         | 6     |
| Bulgaria        | 30         | 16    | 29         | 11    |
| Repubblica Ceca | 23         | 10    | 19         | 6     |
| Croazia         | 37         | 16    | 28         | 10    |
| Cipro           | 43         | 21    | 43         | 19    |
| Danimarca       | 18         | 5     | 20         | 5     |
| Estonia         | 29         | 11    | 23         | 8     |
| Finlandia       | 28         | 11    | 27         | 9     |
| Francia         | 25         | 9     | 23         | 6     |
| Grecia          | 42         | 20    | 38         | 14    |
| Ungheria        | 28         | 14    | 28         | 11    |
| Irlanda         | 27         | 9     | 20         | 5     |
| Italia          | 42         | 21    | 38         | 14    |
| Lituania        | 28         | 12    | 23         | 8     |
| Lettonia        | 25         | 4     | 21         | 6     |
| Malta           | 37         | 18    | 35         | 15    |
| Macedonia       | 31         | 16    | 29         | 13    |
| Montenegro      | 37         | 19    | 29         | 9     |
| Norvegia        | 24         | 7     | 22         | 5     |
| Polonia         | 32         | 14    | 29         | 10    |
| Portogallo      | 29         | 12    | 32         | 11    |
| Romania         | 31         | 15    | 26         | 9     |
| San Marino      | 39         | 19    | 32         | 9     |
| Spagna          | 42         | 19    | 41         | 17    |
| Serbia          | 36         | 17    | 29         | 8     |
| Slovacchia      | 30         | 12    | 23         | 10    |
| Slovenia        | 24         | 10    | 24         | 8     |
| Svezia          | 27         | 10    | 28         | 7     |

Fonte: COSI 2015-2017.

Nonostante questi dati dal 2017 si è registrata una diminuzione significativa nella prevalenza di obesità e sovrappeso in Grecia, Italia, Spagna, Portogallo e Slovenia.

Nel 2016 in Italia, secondo gli ultimi dati disponibili di OKkio alla salute, i bambini considerati in sovrappeso in base al BMI sono il 21,3% e gli obesi sono il 9,3%; in quest'ultima categoria sono compresi i bambini gravemente obesi, che da soli sono il 2,1% (**Figura 1**).

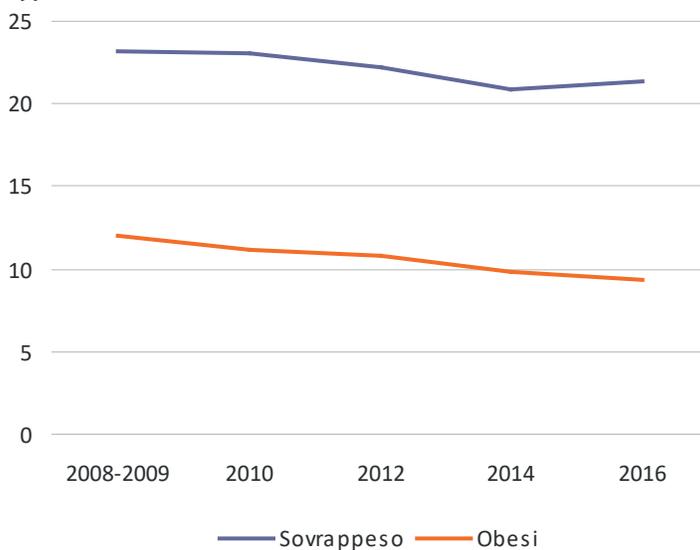
**Figura 1**  
**Stato ponderale e relative percentuali dei bambini di 8-9 anni in Italia**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

Nonostante queste percentuali le rilevazioni degli ultimi anni evidenziano, come precedentemente detto, una diminuzione dei bambini in eccesso di peso (**Figura 2**).

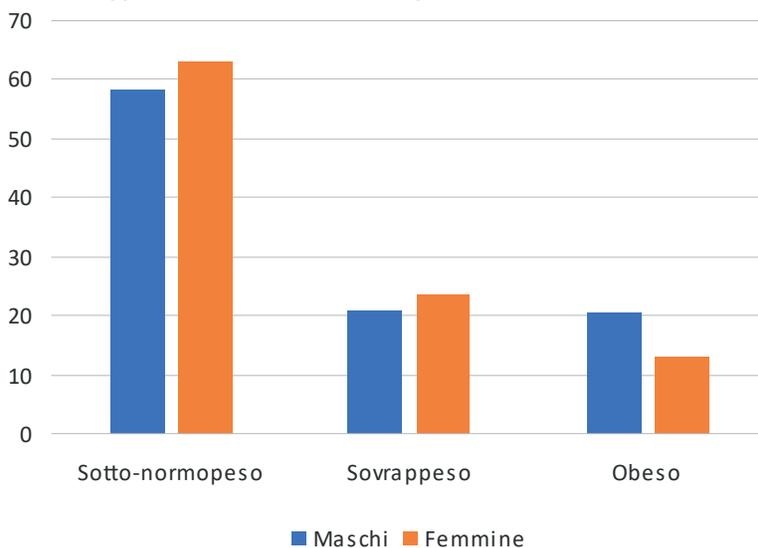
**Figura 2**  
**Trend di sovrappeso e obesità nei bambini, 2008-2016**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

La Toscana ha il 21,4% di sovrappeso, il 4,5% di obesi e l'1,1% di obesi gravi tra i bambini; questo dato è lievemente inferiore alla media italiana, soprattutto per i gradi più alti di eccesso di peso.

**Figura 3**  
**Percentuale di sovrappeso e obesità nei bambini, per sesso**



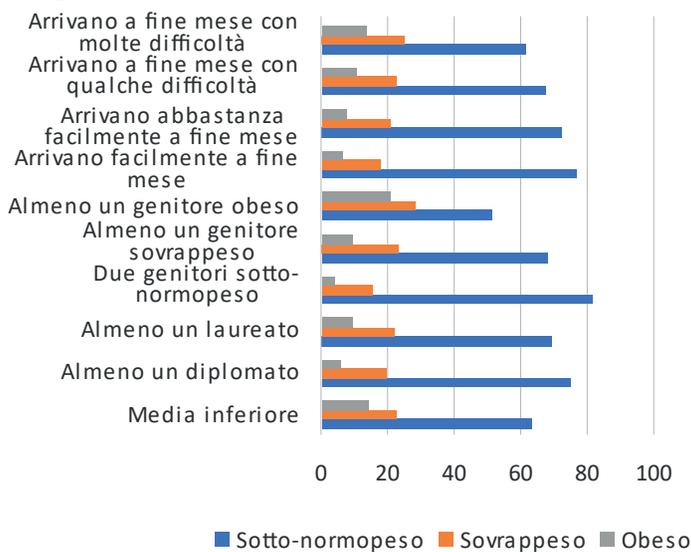
Fonte: OKkio alla salute 2016.

La **Figura 3** mostra che, in percentuale, ci sono più femmine che maschi sia tra i normo-sottopeso che tra i sovrappeso, mentre negli obesi i maschi ricoprono una parte maggiore (20.6% dei maschi contro il 13.2% delle femmine).

Il contesto familiare influenza molto le abitudini dei bambini: nello specifico, all'aumentare del grado di istruzione dei genitori diminuisce la quota di figli in eccesso di peso, mentre nelle famiglie in cui vi è almeno un genitore obeso, la prevalenza di bambini in eccesso ponderale è più alta. Anche la situazione economica familiare risulta negativamente associata con lo stato ponderale dei bambini; infatti nelle famiglie a minor reddito la prevalenza di figli in eccesso ponderale è maggiore (**Figura 4**).

**Figura 4**

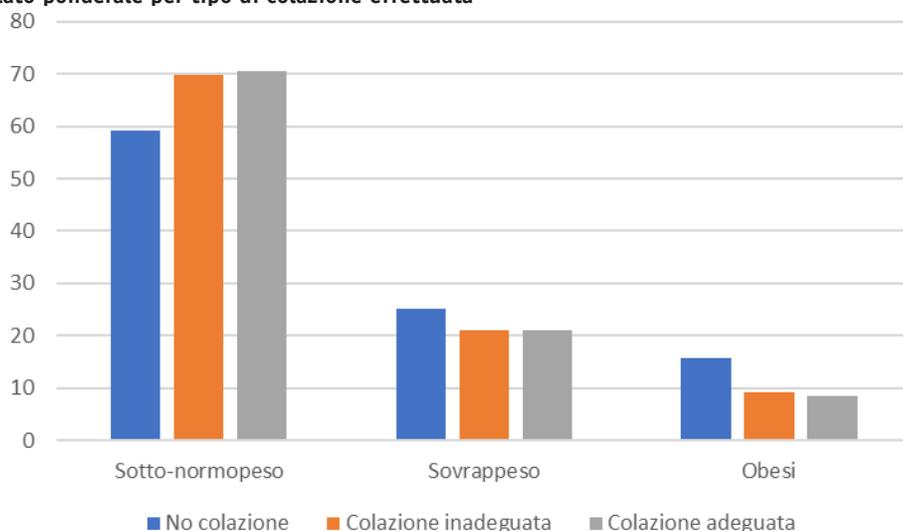
**Distribuzione di obeso, sovrappeso e sotto-normopeso nei bambini per varie caratteristiche demografiche dei genitori**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

Inoltre, rispetto ai bambini che fanno una colazione adeguata e che presentano una frequenza di obesità dell'8,5%, chi salta la prima colazione ha una frequenza di obesità più alta, pari a 15,6%, e chi fa una colazione inadeguata presenta una frequenza del 9,2% (**Figura 5**). Anche la percentuale di bambini in sovrappeso risulta più elevata tra i bambini che saltano la prima colazione (25,2% vs 21,0%).

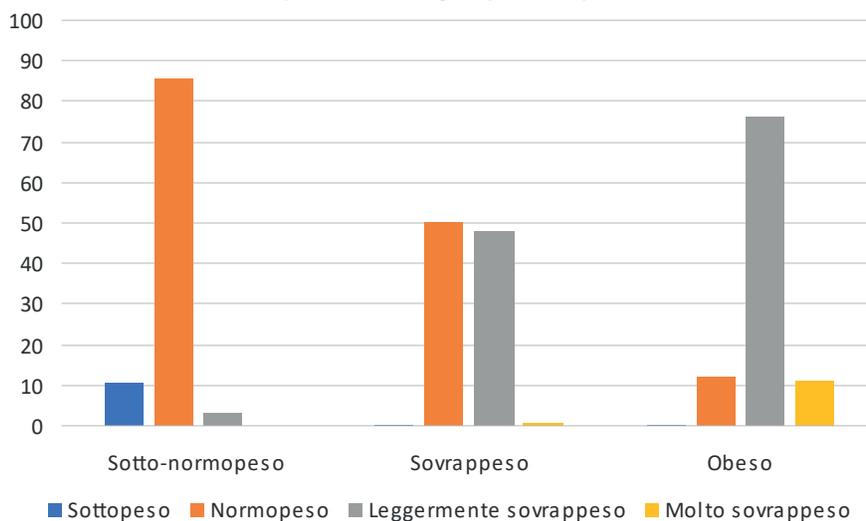
**Figura 5**  
**Stato ponderale per tipo di colazione effettuata**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

Il 50,3% delle madri di bambini in sovrappeso e il 12,2% delle madri di bambini obesi considerano il proprio figlio normopeso e solamente l'11,1% delle madri di bambini obesi percepisce la reale situazione del proprio figlio senza differenza di genere (**Figura 6**).

**Figura 6**  
**Percezione materna dello stato ponderale del figlio, per stato ponderale effettivamente rilevato**

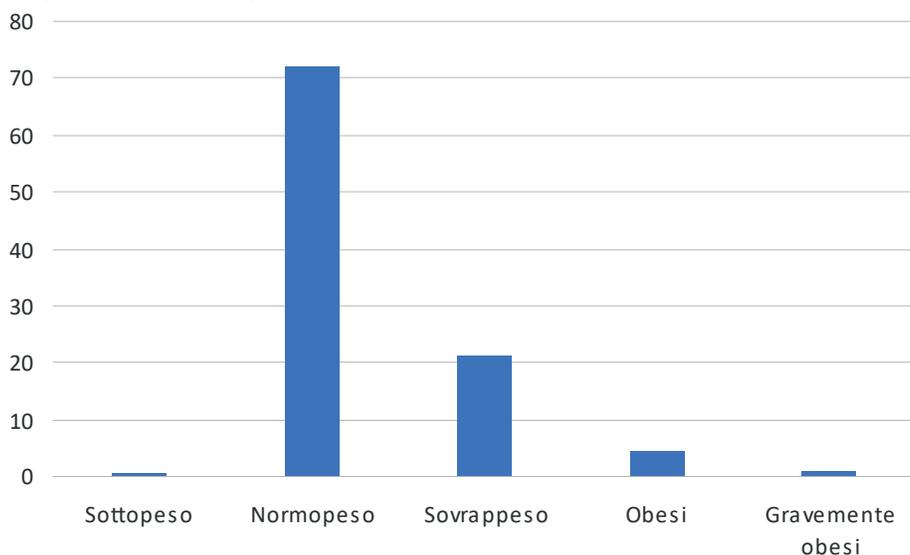


Fonte: OKkio alla salute 2016.

Esiste un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle regioni meridionali. Nel Sud solo il 29,5% delle madri classificano correttamente il proprio figlio, al Centro il 40,9% e al Nord il 43,3%.

Per quanto riguarda la situazione dei bambini della Toscana di età tra 8 e 9 anni (OKkio alla salute Toscana), nel 2016 l'1,1% risulta in condizioni di obesità grave, il 4,5% risulta obeso, il 21,4% sovrappeso, il 72,4% normopeso e lo 0,6% sottopeso (**Figura 7**).

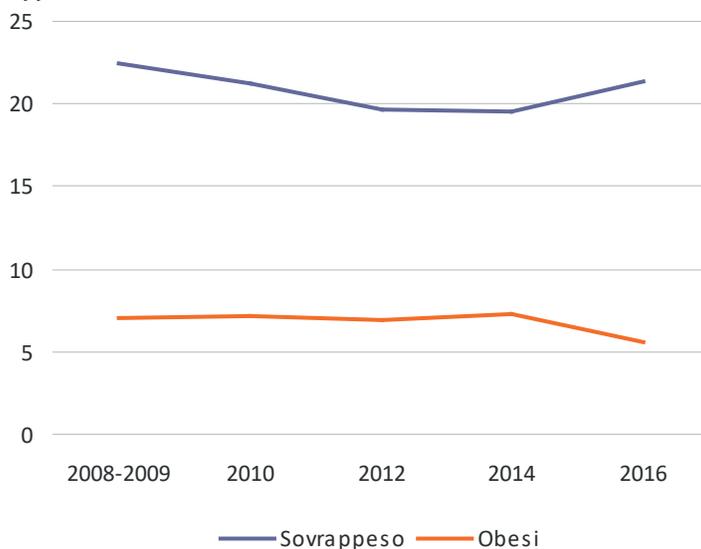
**Figura 7**  
Stato ponderale e relative percentuali nei bambini di 8-9 anni



Fonte: OKkio alla salute Toscana 2016.

Se si comprendono sovrappeso e obesità in una sola categoria il 27% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Se si osserva il trend dal 2008, dopo un lieve decremento avvenuto negli anni 2010 e 2012 si assiste ad un leggero accrescimento della prevalenza di bambini in sovrappeso mentre la prevalenza di bambini obesi è sostanzialmente stabile nel tempo (**Figura 8**).

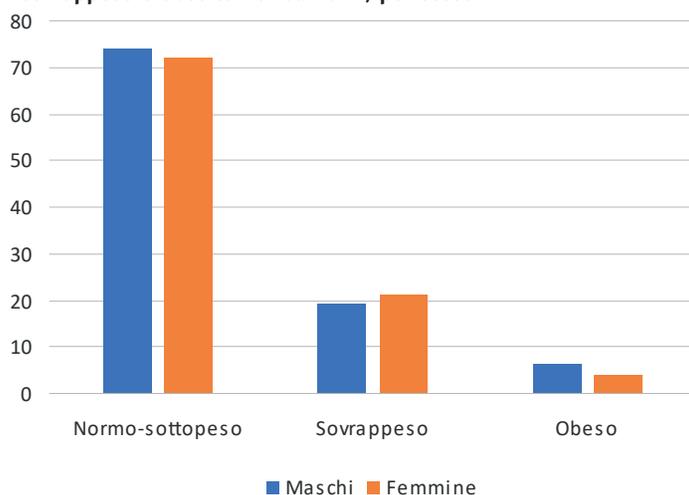
**Figura 8**  
**Trend di sovrappeso e obesità nei bambini, 2008-2016**



Fonte: OKkio alla salute Toscana 2016.

Più del 70% dei bambini toscani è normo-sottopeso (i maschi sono il 74% e le femmine il 72%); osservando la suddivisione per sesso notiamo che le femmine hanno una percentuale maggiore tra i sovrappeso (21,4% contro il 19,3% dei maschi), ma sono in percentuale inferiore tra gli obesi (4,3% contro 6,7%), (**Figura 9**).

**Figura 9**  
**Percentuale di sovrappeso e obesità nei bambini, per sesso**



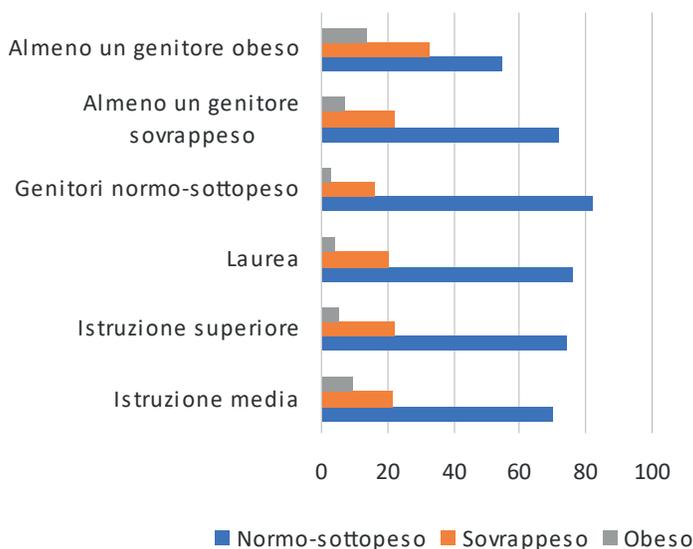
Fonte: OKkio alla salute Toscana 2016.

Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 8,9% per titolo di scuola elementare o media, a 4,6% per diploma di scuola superiore, a 3,9% per la laurea.

Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 21,8% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6,6% obeso, allo stesso modo quando almeno un genitore è obeso il 32,3% dei bambini è in sovrappeso e il 13,2% obeso (**Figura 10**).

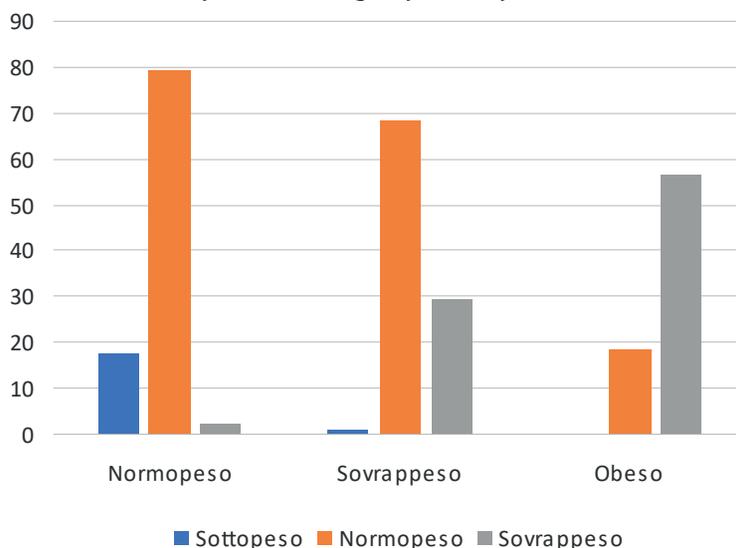
**Figura 10**

**Distribuzione di obeso, sovrappeso e sotto-normopeso nei bambini per varie caratteristiche demografiche dei genitori**



Fonte: OKkio alla salute Toscana 2016.

Solo il 30% delle madri di bambini sovrappeso e il 57% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo. Il 40% delle madri di bambini sovrappeso e il 15% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normo o sottopeso (**Figura 11**).

**Figura 11**
**Percezione materna dello stato ponderale del figlio, per stato ponderale effettivamente rilevato**


Fonte: OKkio alla salute Toscana 2016.

Tale percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino, è invece tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.

### ***Sovrappeso e obesità negli adolescenti***

Secondo i dati più recenti di HBSC Europe (2017) un adolescente su cinque (21%) è sovrappeso o obeso; il dato è superiore per i maschi (25% vs 16% delle ragazze), con differenze di genere comuni in tutti i Paesi europei tranne la Groenlandia; la differenza di genere maggiore è stata registrata in Bulgaria (dove tra maschi e femmine 13enni ci sono 19 punti percentuali di differenza). La percentuale più alta di maschi sovrappeso compare negli 11enni di Malta (44%), dove si registra anche la prevalenza più alta di ragazze sovrappeso (34%) (**Tabella 2**). L'incidenza di sovrappeso e obesi decresce andando avanti con l'età in tutti i Paesi; tuttavia, la prevalenza generale di sovrappeso e obesi è aumentata tra 2014 e 2018, soprattutto in Albania per i maschi (11 punti percentuali in più per i maschi e 7 punti percentuali per le femmine). Il 27% degli adolescenti si percepisce troppo grasso (31% delle ragazze contro il 22% dei ragazzi), tale percezione aumenta col progredire dell'età.

**Tabella 2**  
**Adolescenti sovrappeso e obesi, percentuale per Paese, sesso e classe di età**

|             | 11 anni |         | 13 anni |         | 15 anni |         |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|             | Maschi  | Femmine | Maschi  | Femmine | Maschi  | Femmine |
| Malta       | 44      | 34      | 38      | 35      | 41      | 30      |
| Macedonia   | 42      | 23      | 39      | 24      | 34      | 17      |
| Albania     | 37      | 21      | 33      | 17      | 28      | 10      |
| Italia      | 37      | 19      | 32      | 15      | 25      | 12      |
| Grecia      | 33      | 22      | 30      | 20      | 31      | 13      |
| Portogallo  | 33      | 22      | 26      | 23      | 22      | 22      |
| Ungheria    | 29      | 25      | 32      | 23      | 28      | 18      |
| Romania     | 32      | 22      | 30      | 15      | 27      | 15      |
| Lettonia    | 30      | 22      | 24      | 17      | 19      | 13      |
| Croazia     | 31      | 21      | 30      | 21      | 23      | 13      |
| Lussemburgo | 31      | 21      | 28      | 18      | 24      | 20      |
| Polonia     | 34      | 18      | 32      | 16      | 23      | 8       |
| Bulgaria    | 30      | 21      | 37      | 18      | 24      | 14      |
| Estonia     | 30      | 20      | 27      | 17      | 23      | 15      |
| Scozia      | 30      | 20      | 32      | 15      | 24      | 13      |
| Slovacchia  | 34      | 16      | 27      | 14      | 23      | 12      |
| Galles      | 29      | 21      | 24      | 19      | 23      | 16      |
| Lituania    | 29      | 19      | 24      | 16      | 19      | 11      |
| Serbia      | 31      | 17      | 29      | 15      | 28      | 15      |
| Spagna      | 29      | 19      | 26      | 17      | 21      | 14      |
| Austria     | 26      | 19      | 27      | 17      | 25      | 16      |
| Rep. Ceca   | 29      | 16      | 27      | 18      | 26      | 14      |
| Slovenia    | 27      | 17      | 29      | 17      | 26      | 16      |
| Ucraina     | 25      | 17      | 20      | 11      | 16      | 9       |
| Svezia      | 24      | 17      | 24      | 16      | 17      | 14      |
| Belgio      | 23      | 17      | 26      | 15      | 24      | 16      |
| Finlandia   | 26      | 14      | 29      | 17      | 22      | 15      |
| Islanda     | 24      | 15      | 22      | 16      | 23      | 18      |
| Germania    | 21      | 14      | 27      | 15      | 24      | 18      |
| Irlanda     | 21      | 14      | 19      | 13      | 15      | 12      |
| Moldavia    | 23      | 12      | 16      | 10      | 14      | 7       |
| Francia     | 17      | 13      | 15      | 13      | 17      | 11      |
| Danimarca   | 17      | 12      | 11      | 13      | 20      | 13      |
| Svizzera    | 19      | 10      | 19      | 11      | 21      | 13      |
| Norvegia    | 18      | 9       | 20      | 15      | 22      | 14      |
| Paesi Bassi | 17      | 9       | 13      | 10      | 14      | 9       |
| Media EU    | 28      | 18      | 25      | 16      | 23      | 14      |

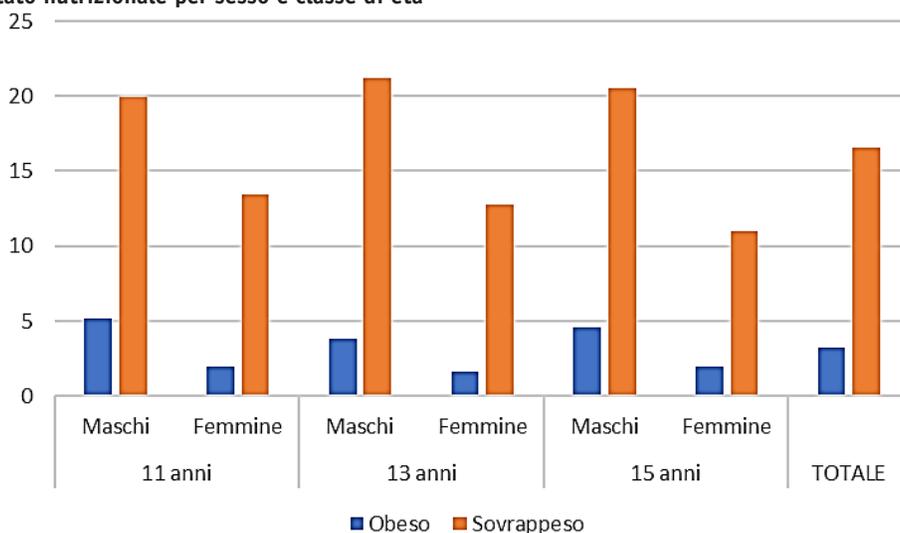
Fonte: HBSC 2018.

Il 5% degli adolescenti risulta in sottopeso, con differenze di genere a sfavore di quello femminile nella classe di età 11 anni, a sfavore invece dei maschi nella classe di età 15 anni.

In Italia (dati HBSC 2018) la prevalenza degli obesi adolescenti maschi decresce con l'età andando dal 5,2% degli 11enni al 4,6% dei 15enni; il sovrappeso resta attorno al 20% in tutte le classi di età. Per le ragazze le percentuali di obesità e sovrappeso sono molto inferiori: la prevalenza delle sovrappeso si riduce progressivamente passando dal 13,4% a 11 anni all'11% a 15 anni. Le obese invece restano stazionarie, con percentuale uguale al 2% (**Figura 12**).

**Figura 12**

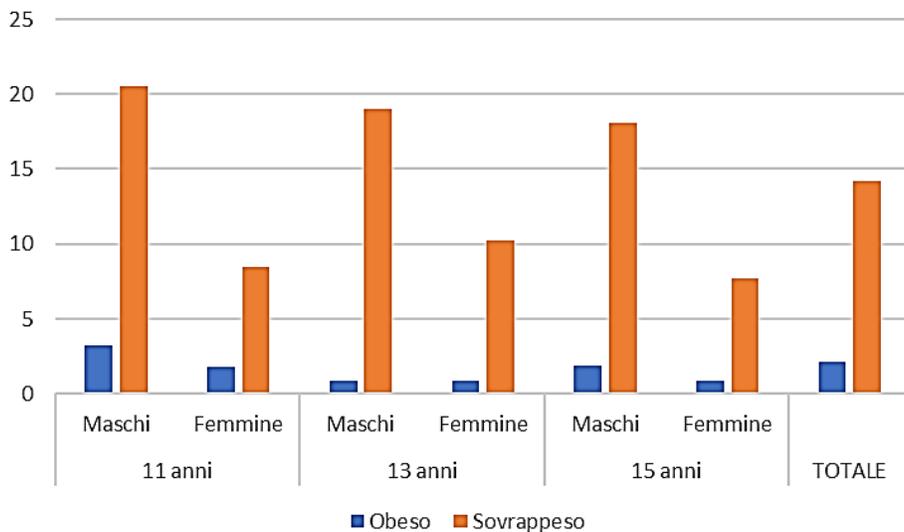
**Stato nutrizionale per sesso e classe di età**



Fonte: HBSC Italia 2018.

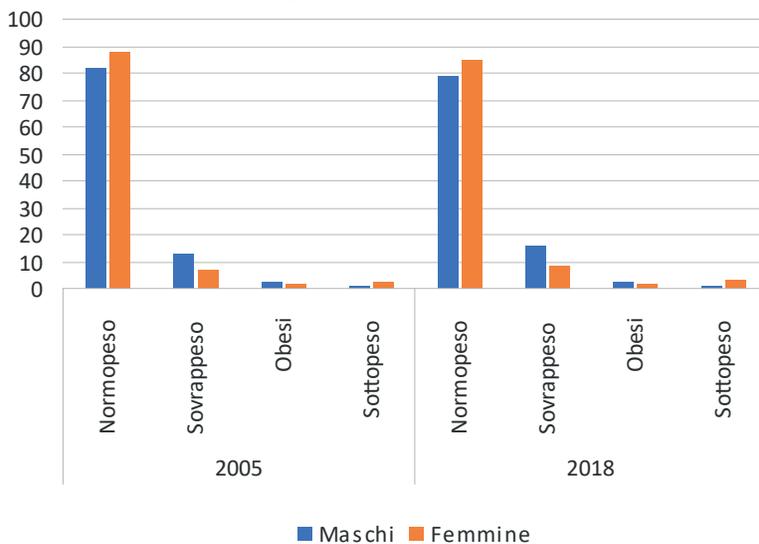
In Toscana (HBSC 2018 Toscana, in **Figura 13**) la prevalenza dei sovrappeso tra i maschi decresce progressivamente, andando dal 20% a 11 anni al 18% a 15 anni; nelle femmine le percentuali sono molto inferiori e vanno dall'8,5% a 11 anni, ad un picco del 10% a 13 anni per poi scendere nuovamente a 7,7% a 15 anni. Gli obesi tra i maschi sono il 3,2% a 11 anni, percentuale in forte diminuzione nelle età successive (1% a 13 anni e 2% a 15). Anche per le femmine l'andamento è lo stesso (1,8% a 11 anni, poi 0,9% a 13 e a 15 anni). I normopeso sono l'81% a 11 anni e l'83% a 15, i sottopeso vanno dall'1,6% a 11 anni al 2% a 15 anni.

**Figura 13**  
**Stato nutrizionale per sesso e classe di età**



Fonte: HBSC Toscana 2018.

**Figura 14**  
**Percentuali sovrappeso, obesi, normopeso e sottopeso**



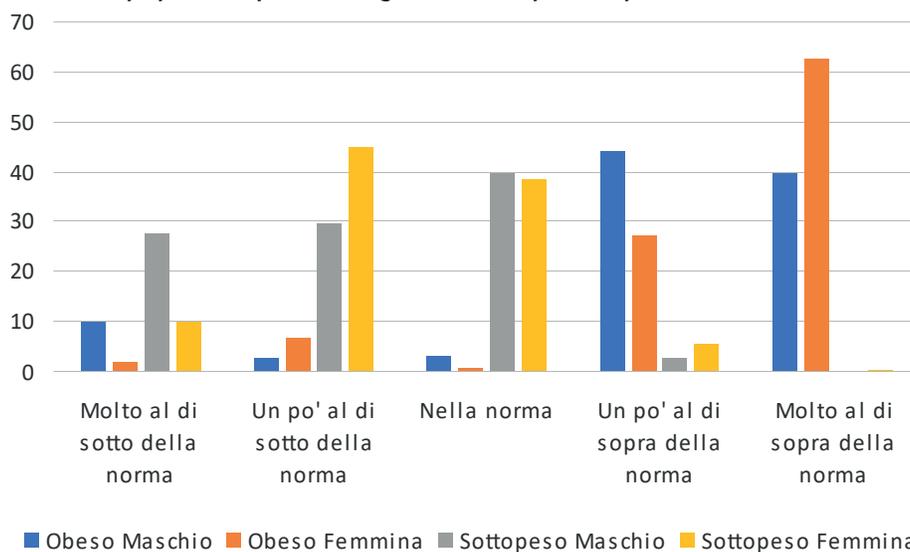
Fonte: EDIT 2005-2018.

Il dato EDIT (**Figura 14**) ci informa sull'andamento dello stato nutrizionale degli adolescenti toscani dal 2005 al 2018. Come si può notare dalla figura c'è stata una lieve riduzione dei normopeso (dall'82% al 79% per i maschi e dall'88% all'85% per le femmine) ed un lieve aumento dei sovrappeso, con maggior quota maschile che passa dal 13% al 16% (dato in linea col 2005).

Il 60% circa dei maschi riferisce di avere un peso nella norma, mentre il 24% si ritiene in sovrappeso; c'è una lieve tendenza a sottostimare il proprio BMI, e solo il 38% degli obesi ammette di avere un BMI molto al di sopra della norma, mentre il 26,2% dei sottopeso ammette di essere molto sotto la norma (**Figura 15**).

**Figura 15**

**Percezione del proprio stato ponderale negli adolescenti, per stato ponderale effettivamente rilevato**

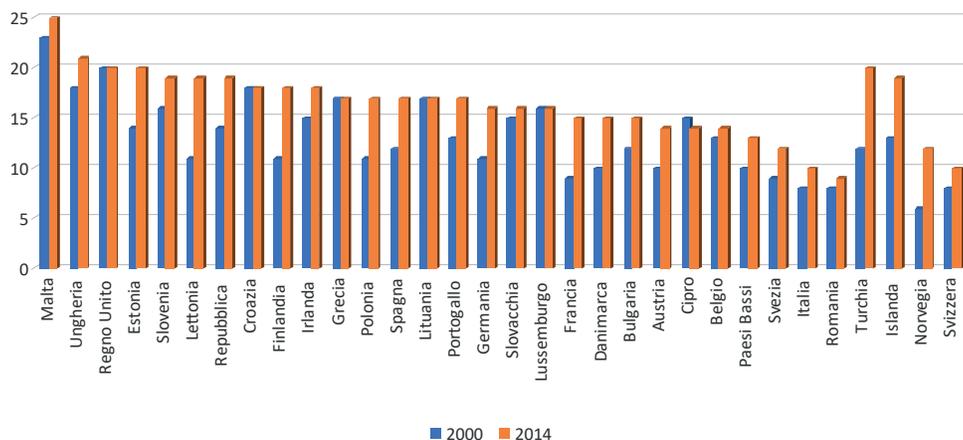


Fonte: EDIT 2018.

## Sovrappeso e obesità negli adulti

In Europa secondo i dati OECD<sup>15</sup> 2018 (**Figura 16**) le percentuali di adulti obesi è aumentata notevolmente dagli anni 2000 soprattutto in Lettonia, Finlandia, Polonia, Spagna, Francia, Turchia, Islanda e Norvegia. La prevalenza dell'obesità è maggiore tra adulti con sola educazione primaria (20%, basato su dati autoriportati), rispetto a chi ha ricevuto educazione maggiore (12%).

**Figura 16**  
Trend 2000-2014 delle percentuali di obesi, per Paese

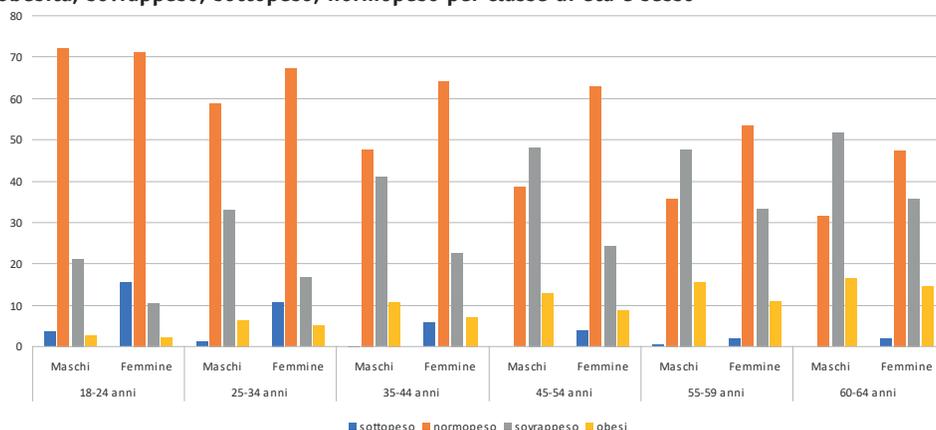


Fonte: OECD, Health at a glance 2018.

In Italia (fonti ISTAT 2019) le prevalenze di obesità e sovrappeso subiscono un aumento progressivo con l'avanzare dell'età, in entrambi i sessi, anche se gli uomini tendono ad essere in sovrappeso o obesi in quota maggiore rispetto alle donne in tutte le classi di età tranne in quella più giovanile (percentuale di normopeso attorno al 70% in entrambi i sessi, dato conforme al 2018) (**Figura 17**). La fascia di età dove gli uomini tendono maggiormente al sovrappeso sono quelle da 55-59 anni (50,4% di prevalenza di sovrappeso e 14,3% di obesi) e la successiva da 60 a 64 anni (con il 49,2% di sovrappeso e il 17,3% di obesi). Per le donne il dato è identico: nella fascia 55-59 anni la prevalenza delle sovrappeso è 30,8%, delle obese dell'11,7%. A 60-64 anni le sovrappeso aumentano al 34% e le obese al 14%.

15 OECD. Health at a glance: Europe 2018.

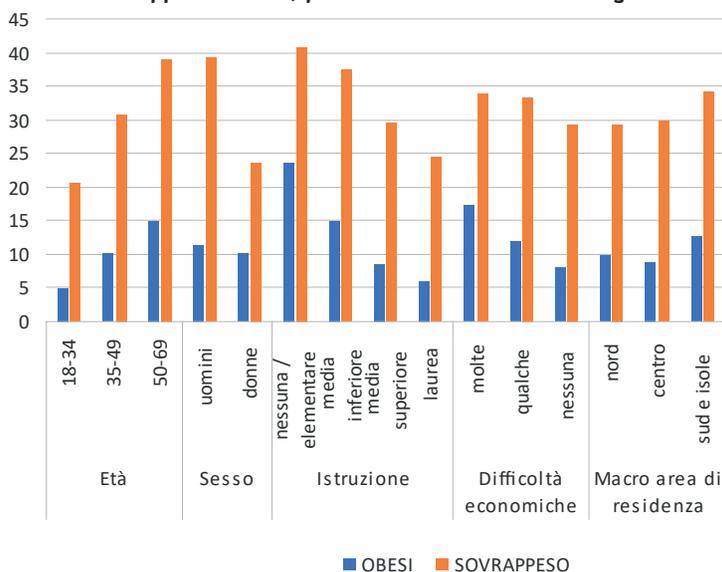
**Figura 17**  
**Obesità, sovrappeso, sottopeso, normopeso per classe di età e sesso**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

Da quello che si evince dal dato del sistema di rilevazione PASSI (**Figura 18**) le percentuali di sovrappeso e obesi aumenta progressivamente con l'età, le difficoltà economiche e lo spostamento verso il Sud e le isole; inoltre gli uomini sovrappeso sono circa il 40%, mentre le donne sovrappeso sono una percentuale molto inferiore (meno del 25%).

**Figura 18**  
**Prevalenza di adulti sovrappeso e obesi, per varie caratteristiche demografiche**

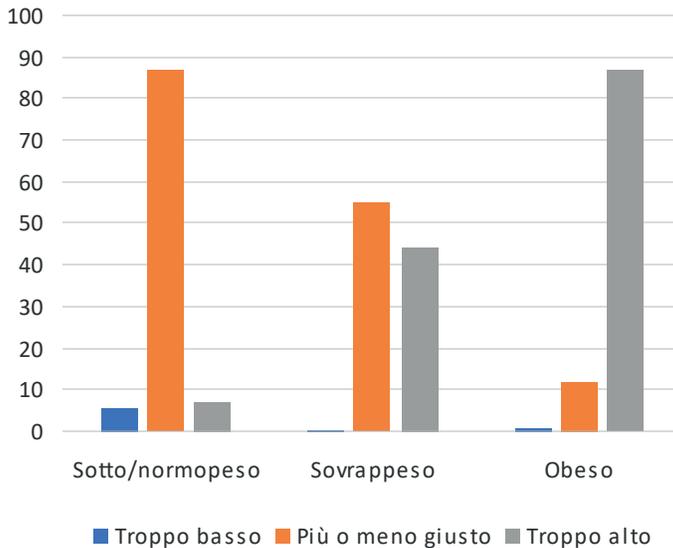


Fonte: ASSI 2018.

La percezione del proprio peso non è sempre accurata: il 55% dei sovrappeso si ritiene nel peso giusto e solo il 45% pensa di pesare troppo; il 10% degli obesi, ugualmente, crede di avere un peso adeguato (**Figura 19**).

**Figura 19**

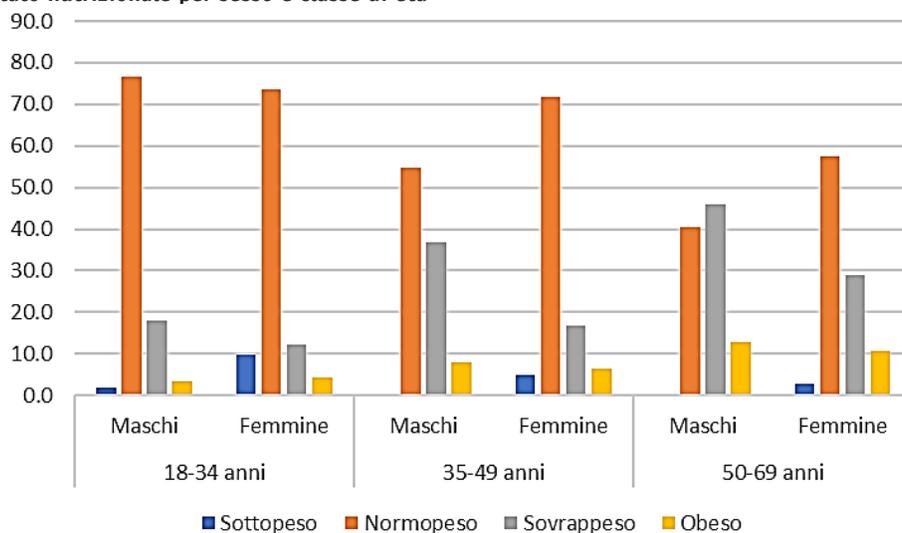
**Percezione del proprio stato ponderale, per stato ponderale effettivamente rilevato**



Fonte: PASSI 2018.

I dati toscani (ancora secondo PASSI 2018, versione Toscana, in **Figura 20**) ci mostrano un andamento simile, con la classe di età più giovane che mostra minori differenze tra uomini e donne, anche se gli uomini sono più spesso in sovrappeso (18%) rispetto alle donne (12,2). In questa classe le donne obese sono lievemente superiori agli uomini (4,2% vs 3,5%) ma questa proporzione si inverte nelle età successive. La maggiore quota di persone sovrappeso appare nella classe 50-69 anni (col 45,9% degli uomini e il 28,8% delle donne), così come la prevalenza degli obesi (13% degli uomini e il 10,8% delle donne); questi valori sarebbero inferiori al dato nazionale.

**Figura 20**  
**Stato nutrizionale per sesso e classe di età**

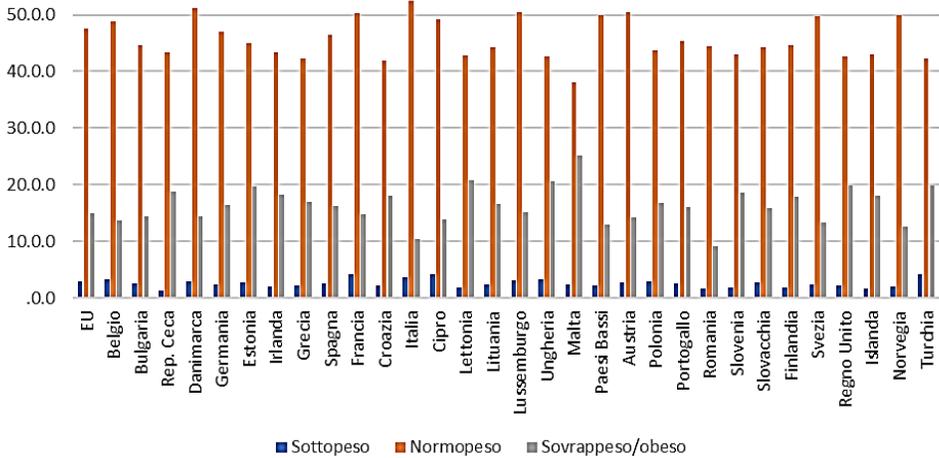


Fonte: PASSI Toscana 2018.

### ***Sovrappeso e obesità negli anziani***

Secondo i dati Eurostat 2018 (**Figura 21**) più l'età è avanzata e più alta è la prevalenza dei sovrappeso, ma la tendenza si inverte al di sopra dei 75 anni; in Europa nella fascia tra i 65 e 74 anni abbiamo una prevalenza inferiore al 20%, ma la situazione va da una percentuale massima di Malta (25% di sovrappeso e obesi) e minima della Romania (percentuale al di sotto del 10%).

**Figura 21**  
**Stato ponderale della popolazione europea dai 65 ai 74 anni, per Paese**  
 60.0.0

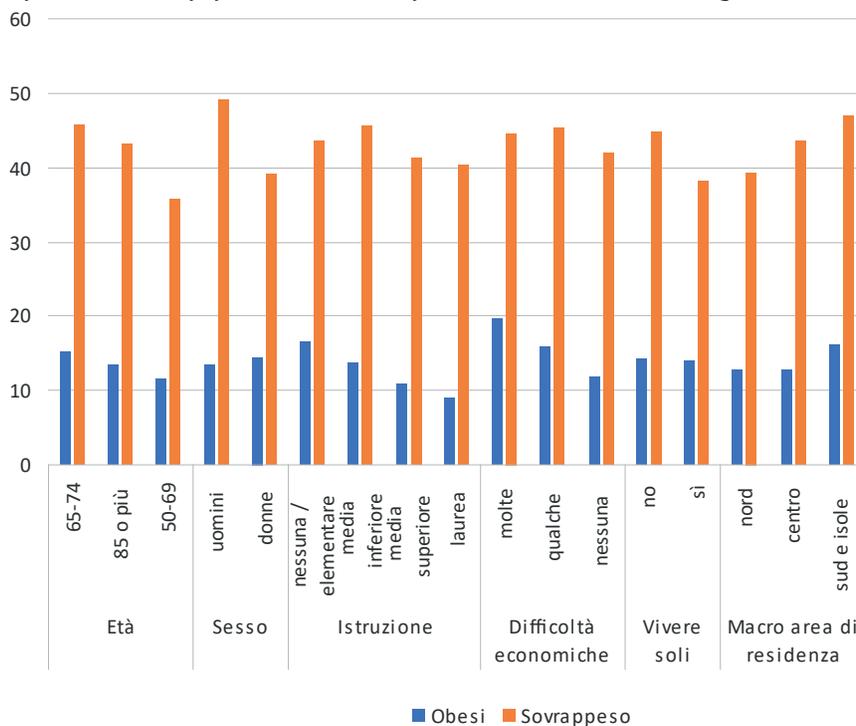


Fonte: Eurostat 2018.

In Italia (Passi d'argento 2018, in **Figura 22**) i sovrappeso hanno una prevalenza del 45,6% nella fascia di età 65-74 anni, percentuale che diminuisce progressivamente fino alla fascia superiore a 85 anni, dove ha la prevalenza del 35,9%. Sono tuttavia significativamente maggiori rispetto alla media europea. Gli uomini sovrappeso sono il 48,7% mentre le donne sono il 39,4%; la prevalenza è superiore nei gradi di istruzione bassi (44,1%), inferiore in chi ha una laurea (40,5%), ugualmente più alta in chi ha difficoltà economiche (45,8%) rispetto a chi non le ha (41,5%), maggiore in chi vive in compagnia (45,0%) rispetto a chi vive da solo (37,6%). Esiste anche un gradiente Nord-Sud, con prevalenza al Nord 39,2% che aumenta al Sud (47,5%).

La prevalenza dell'obesità diminuisce all'aumentare del grado di istruzione e al diminuire delle difficoltà economiche. La prevalenza è più bassa anche per chi vive da solo e si nota anche un gradiente da Nord a Sud, con il 12,6% di obesi al Nord e il 15,7% nel Sud e isole.

**Figura 22**  
**Stato ponderale della popolazione anziana, per varie caratteristiche demografiche**

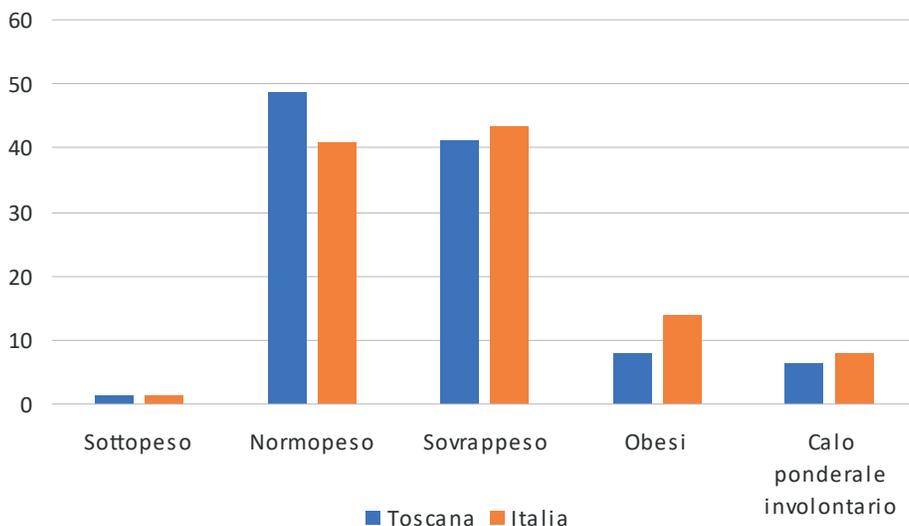


Fonte: PASSI d'Argento 2018.

L'8,1% ha avuto un calo ponderale involontario.

In Toscana (Passi d'argento Toscana 2018, in **Figura 23**) la quota di normopeso è maggiore della media italiana (48,8%), così come i sovrappeso e gli obesi hanno una percentuale lievemente più bassa che nella media del Paese (41,5% e 8,2% rispettivamente). Il 6,6% ha avuto un calo di peso involontario.

**Figura 23**  
Stato nutrizionale over 65 in Toscana vs. Italia



Fonte: Passi d'argento Toscana 2018.

## Conclusioni

I dati riportati riferiscono ancora oggi una situazione non ottimale; nonostante le prevalenze di bambini e adolescenti in eccesso di peso siano in graduale diminuzione, l'Italia si colloca ancora tra i posti più alti in Europa per popolazione sovrappeso o obesa. La tendenza a sovralimentarsi (evidente per il fatto che una percentuale di sovrappeso non si ritiene tale, a tutte le età) è da un lato ancora un retaggio culturale che, dal dopoguerra, ha condizionato le decisioni alimentari fino ai giorni nostri, dall'altro lato è frutto della sempre maggiore disponibilità di cibo in tutti i luoghi e a tutte le ore. L'Italia è anche uno dei paesi che svolgono meno attività fisica, fattore che potrebbe essere protettivo contro l'eccessivo aumento di peso anche in caso di una dieta imperfetta; pertanto è necessario promuovere con forza uno stile alimentare e di movimento che permettano di migliorare lo stato di salute della popolazione generale e prevenire il carico di malattia che consegue alla dieta sbilanciata.

## **Bibliografia**

1. <https://www.eufic.org/en/>
2. Hansen AR, Duncan DT, Tarasenko YN, et al. Generational shift in parental perceptions of overweight among school-aged children. *Pediatrics* 2014;134(3):481-8
3. GBD 2015 Obesity Collaborators. "Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years." *New England Journal of Medicine* 377.1 (2017): 13-27



## **CAPITOLO 4**

### **ATTIVITÀ FISICA E TEMPO LIBERO**



---

## 4. ATTIVITÀ FISICA E TEMPO LIBERO

### 4.1 INTRODUZIONE

L'attività fisica è stata definita dall'OMS come “qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico”<sup>16</sup>. Una regolare attività fisica non necessariamente deve essere intensa, ma può configurarsi come una attività aerobica svolta durante la giornata come camminare, ballare, andare in bicicletta; l'esercizio costante riduce il rischio di morte globale del 20-35% ed è un fattore ben conosciuto di prevenzione e trattamento delle principali malattie non trasmissibili, come le malattie coronariche e cardiovascolari, lo stroke (con riduzione del rischio di coronaropatia e ictus che va dal 20% al 35%) il diabete (riduzione del rischio del 35-50%), come anche il cancro del seno (riduzione del rischio del 20%) e colorettaie (riduzione del rischio tra il 30% e il 50%), ed è associata al benessere psicologico (riduce il rischio di depressione del 20-30%), al rallentamento dei processi degenerativi come la demenza senile; la mancata attività fisica contribuisce allo sviluppo di condizioni come l'obesità, l'ipertensione, il malessere psicofisico [1]. Secondo quanto scoperto dalle indagini dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), poi ulteriormente verificato dai dati Eurostat del 2017, nel mondo un adulto su quattro non svolge attività fisica adeguata secondo quelle che dovrebbero essere le raccomandazioni. In Italia questa percentuale supera il 40% [2]. Tra gli adulti abbiamo categorie in sicuro svantaggio, come anziani e malati cronici, che non riescono a seguire le linee guida; ma anche i giovani che non riescono a seguirle sono moltissimi: secondo una recente ricerca condotta dai ricercatori OMS e pubblicata sulla rivista Lancet (The Lancet Child & Adolescent Health) nel mondo, più dell'80% degli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 17 anni non raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS per uno stile di vita sano [3]. Un problema che risulta essere particolarmente pronunciato per le ragazze; inoltre dal 2001 al 2016 quasi nessun paese ha mostrato miglioramenti nel numero di ore dedicato all'attività fisica. Questo fenomeno può essere dovuto alla maggiore efficienza e disponibilità dei mezzi di trasporto, sia pubblici che privati; alla mancanza di tempo, in un assetto giornaliero sempre più frenetico e improntato alla produzione e al profitto, all'urbanizzazione delle città e all'assenza di spazi verdi. I diversi livelli di attività fisica sono spiegati anche dalle disuguaglianze nelle opportunità di sfruttare le occasioni adatte, sia per posizione sociale che per differenze di genere: donne, ragazze, adulti più anziani, persone di livello socioeconomico basso, persone

<sup>16</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

con disabilità e malattie croniche, popolazioni ai margini della società, persone che vivono in aree rurali spesso hanno minori occasioni per effettuare questo tipo di attività.

Complessivamente, dal 2001 al 2016 le percentuali di chi fa insufficiente attività fisica sono rimaste stabili (28,5%), ma nel 2016 l'inattività fisica registrava ancora differenze di genere marcate, con il 23,4% di uomini inattivi contro il 31,7% delle donne [4].

Per questo motivo l'OMS ha recentemente approvato un documento<sup>17</sup> che definisce alcuni obiettivi strategici (*active society, active environments, active people, active systems*) da portare avanti negli anni 2018-2030 e che si interseca con gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*) redatti dalle Nazioni Unite<sup>18</sup>, nell'ottica di raggiungere i seguenti obiettivi entro il 2030:

- Promuovere l'attività fisica e ridurre la prevalenza globale dell'inattività fisica in adulti e adolescenti.
- Ridurre del 25% la mortalità precoce causata anche dall'inattività fisica, relativa a tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie
- Ridurre la prevalenza dell'ipertensione del 25%, o perlomeno tentare di contenere il fenomeno usando l'attività fisica come strategia di prevenzione, così come ridurre l'incidenza di diabete e obesità.

Promuovere l'attività fisica contribuisce direttamente all'SDG3 (obiettivo di benessere e salute per tutti), ma indirettamente anche ad altri SGD.

In Europa, il valore medio della popolazione che non raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati è lievemente più basso di quello mondiale (23% contro il 25% circa), tuttavia resta lo squilibrio a sfavore delle donne, che fanno mediamente meno attività fisica degli uomini. Vi sono, inoltre, forti differenze nazionali con un gradiente Nord-Sud a sfavore dei Paesi mediterranei [5].

In Italia l'importanza di uno stile di vita attivo si ritrova fin dal 2003 nei Piani sanitari nazionali (Psn) e di Prevenzione (Pnp). Nel Pnp 2014-2018, prorogato al 2019, viene sottolineata l'importanza di un approccio intelligente per promuovere l'attività fisica valutando anche l'impatto sulle comunità. I dati PASSI (triennio 2015-2018) indicano che la percentuale di sedentari fra i 18-34enni è stimata al di sotto del 30% ma raggiunge quasi il 40% fra i 50-69enni. I dati del Progetto CUORE (Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari), nato nel 1998 e coordinato dall'Istituto superiore di Sanità, mostrano che nella popolazione italiana di età compresa tra i 35 e i 74 anni durante il tempo libero le donne svolgono più frequentemente attività sedentarie (circa il 43%) rispetto agli uomini (circa il 33%); il dato resta invariato o quasi rispetto a quanto scoperto circa 10 anni fa.

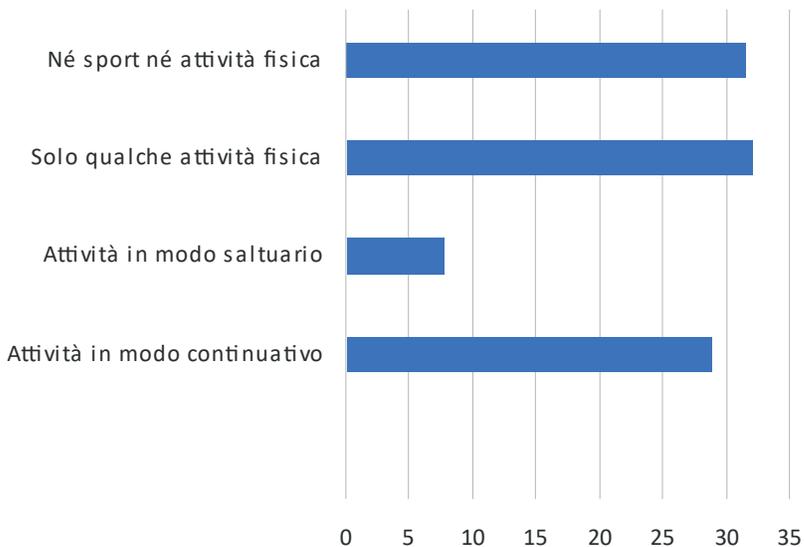
17 WHO: Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: More active people for a healthier world.

18 United Nations: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development

Se ci concentriamo sui giovani italiani (bambini e adolescenti) i dati recenti delle sorveglianze di popolazione OKkio alla Salute (bambini) e HBSC Italia (adolescenti) riferiscono che il 18% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno prima dell'intervista (2016) e che la frequenza raccomandata dall'OMS dei 60 minuti di attività fisica giornaliera viene rispettata soltanto dal 9,5% dei ragazzi di 11-15 anni, con una ulteriore riduzione che si registra col progredire dell'età.

In Toscana, i dati ISTAT (**Figura 1**) ci restituiscono una percentuale generale del 31% (era il 29% nel 2018) della popolazione inattiva dai 3 anni in su, del 7,6% che svolge attività fisica saltuariamente e solo meno del 30% che lo fa in modo continuativo (28,8%).

**Figura 1**  
**Dati sull'attività fisica della popolazione generale**



Fonte: ISTAT 2019.

#### 4.1.1 Tipi di attività fisica, inattività e linee guida

Per “attività fisica” si intende non solo lo sport strutturato, ma anche altre attività come giocare, camminare, dedicarsi ai lavori domestici o al giardinaggio, che vengono definiti come “attività fisica durante il tempo libero” (*Leisure time physical activity*, LTPA). Si può fare anche esercizio fisico per spostarsi al lavoro, oppure durante il lavoro (è il caso dei lavori agricoli o di spostamento pesi). Il consumo energetico relativo all'attività fisica, e pertanto la sua intensità, viene attualmente misurato in METs (equivalenti metabolici) [6].

Un MET è definito come l'energia spesa stando seduti tranquillamente, ed equivale al consumo calorico di 1 kcal/kg/ora. Si stima che, comparandolo allo stare seduti, il consumo calorico di una persona sia 3-6 volte più alto (quindi 3-6 METs) con una attività fisica di intensità moderata, mentre sia superiore alle 6 volte (> 6 METs) con una attività fisica intensa (**Tabella 1**).

Il comportamento sedentario, invece, è definito come qualsiasi comportamento che porti ad un dispendio energetico inferiore a 1,5 METs come stare seduti, o sdraiati. Alti livelli di sedentarietà (come stare seduti per molto tempo durante la giornata) sono associati ad un alterato metabolismo del glucosio e a morbidità cardiometabolica, e ad un aumento della mortalità per tutte le cause.

Solitamente un comportamento sedentario porta anche a dedicare ore giornaliere davanti a schermi, come quello della tv o del PC, del cellulare, del tablet. Le linee guida internazionali WHO [7] raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet) soprattutto nei bambini.

**Tabella 1**  
Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2019

| <b>Attività fisica moderata-Intensa<br/>(approssimativamente 3-6 METs) Richiede<br/>uno sforzo moderato e un'accelerazione del<br/>battito cardiaco</b> | <b>Attività fisica vigorosa-Intensa<br/>(approssimativamente &gt;6 METs) Richiede<br/>un grande sforzo e dà un'accelerazione del<br/>battito cardiaco e del respiro</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Esempi:</b>                                                                                                                                          | <b>Esempi:</b>                                                                                                                                                          |
| Camminata a passo veloce                                                                                                                                | Corsa                                                                                                                                                                   |
| Danza                                                                                                                                                   | Camminata o arrampicata (trekking)                                                                                                                                      |
| Giardinaggio                                                                                                                                            | Corsa in bicicletta                                                                                                                                                     |
| Lavori domestici intensi                                                                                                                                | Aerobica                                                                                                                                                                |
| Caccia e pesca tradizionali                                                                                                                             | Nuoto veloce                                                                                                                                                            |
| Portare fuori animali                                                                                                                                   | Sport competitivi                                                                                                                                                       |
| Giocare con i bambini                                                                                                                                   | Vangare, scavare buche                                                                                                                                                  |
| Trasportare pesi sotto i 20 chili                                                                                                                       | Trasportare pesi > 20 chili                                                                                                                                             |

Fonte: WHO.

Quando una persona inattiva si dedica alle prime sessioni di attività fisica può iniziare con attività dalla durata inferiore alle linee guida, aumentando gradualmente durata, frequenza ed intensità nel tempo.

Ogni classe di età ha delle indicazioni più o meno specifiche sullo svolgimento del corretto tipo di attività<sup>19</sup>:

<sup>19</sup> WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2019

### 4.1.2 Bambini e ragazzi da 5 a 17 anni

Per bambini e ragazzi l'attività fisica include il gioco, gli sport, l'educazione fisica, gli esercizi programmati nell'ambito delle scuole, della routine familiare e della comunità, compiendo almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività prettamente sportive. L'attività fisica e la sedentarietà rivestono un ruolo importantissimo nell'adolescenza, periodo delicato nel quale il fisico subisce una serie di trasformazioni ormonali, c'è una forte spinta alla crescita corporea e l'esercizio fisico effettuato in questa fase contribuisce al guadagno di massa ossea, importante in quanto dopo un picco massimo di massa ossea ottenuto entro i 30 anni lo scheletro subisce un lento declino, ed è importante aver raggiunto un picco adeguato per resistere adeguatamente alle problematiche tipiche delle età avanzate, come l'osteoporosi.

Ma l'esercizio fisico risulta importante non solo per un adeguato assetto metabolico ma anche per la salute psicofisica, la socializzazione con i pari, la strutturazione del carattere e dell'autostima, per acquisire autocontrollo e conoscenza dei propri punti di forza e dei propri limiti, tutti elementi che saranno estremamente utili nell'età adulta. L'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere questi comportamenti stabili nel tempo, pertanto promuovere l'attività fisica è importante e combattere lo stile di vita sedentario deve essere una pratica costante.

### 4.1.3 Adulti 18-64 anni

Le linee guida WHO consigliano di svolgere attività fisica moderata per almeno 150 minuti cumulativi la settimana, o in alternativa 75 minuti cumulativi di attività intensa. Questi minuti possono essere suddivisi in modo omogeneo lungo tutta la settimana. L'intensità delle diverse forme di attività fisica varia da persona a persona, anche a seconda dello specifico livello individuale di forma fisica. Tuttavia, camminare velocemente, ballare o svolgere lavori domestici possono essere considerati esempi di attività fisica moderata, mentre correre, pedalare e nuotare velocemente o spostare carichi pesanti sono possibili esempi di attività fisica intensa.

### 4.1.4 Adulti oltre 65 anni

In questa categoria di persone l'attività fisica comprende quella effettuata nel tempo libero, il camminare o l'uso della bici come mezzo di trasporto, l'attività svolta durante il lavoro, lo sport e gli esercizi pianificati (esempio, palestra e ginnastica dolce), per almeno 150 minuti di attività aerobica alla settimana, se svolta con intensità moderata,

---

oppure almeno 75 minuti di attività con intensità vigorosa; coloro che hanno problemi di motilità dovrebbero comunque effettuare qualche tipo di esercizio con l'intento di migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute, almeno 3 o più volte alla settimana. In ogni caso è raccomandata la maggior quota possibile di attività fisica che le condizioni di salute possano permettere.

## **4.2 GLOBAL BURDEN OF DISEASE**

Il Lancet con il *Global Burden of Disease* [4] stima che l'inattività fisica abbia avuto un costo globale, che ha gravato sui sistemi sanitari mondiali, di 53,8 miliardi nel 2016, dei quali 31,2 miliardi sono stati pagati dal settore pubblico, 12,9 dal settore privato e 9,7 dalle famiglie. Le morti correlate all'inattività fisica (soprattutto per malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione) contribuiscono a una perdita produttiva ammontante globalmente a 13,7 miliardi, e a un numero di DALYs di 13,4 milioni. I paesi più ricchi hanno costi maggiori a causa dell'inattività fisica (80,8% di costi sanitari e 60,4% di costi indiretti), mentre i paesi più poveri hanno un maggiore carico di malattia (75% dei DALYs).

In Europa nel 2017, un livello basso di attività fisica (definite come meno di 8.000 MET al minute per settimana), ha portato a almeno 152.000 morti e a più di 2.1 milioni di DALYs. E' stato anche calcolato che l'inattività fisica costa all'Europa 80.4 miliardi di euro l'anno, attraverso lo sviluppo delle 4 più importanti malattie non trasmissibili: all'inattività fisica sono imputati il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon; Ha anche costi indiretti dovuti a disturbi d'ansia e dell'umore. Questo costo potrebbe essere evitato se tutti gli europei raggiungessero una media di 20 minuti al giorno di attività semplici come camminare e correre.

In Italia i costi diretti sanitari correlati alle quattro patologie sopra descritte ammontano a 1,6 miliardi di euro annui; si stima che aumentando i livelli di attività fisica praticata dalla popolazione si otterrebbe un risparmio per il SSN di oltre 2,3 miliardi di euro per prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, trattamenti ospedalieri e terapie farmacologiche evitate.

## **4.3 L'ATTIVITÀ FISICA IN EUROPA, ITALIA E TOSCANA**

In questo paragrafo verranno presentati i dati relativi all'attività fisica di differenti classi di età, rapportandoli alle linee guida WHO e osservando le differenze. Di seguito la **Tabella 2**. ci mostra le fonti da cui sono stati tratti i dati utili per la redazione del presente paragrafo.

### 4.3.1 Le fonti

Le fonti prendono in considerazione studi internazionali, nazionali e regionali.

- **Studi internazionali:** la prima classe di età indagata, quella infantile, viene descritta dalla raccolta europea COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*), che oltre a fornire dati riguardanti gli stili alimentari e lo stato nutrizionale descrive anche i livelli di attività fisica nell'infanzia. Questa raccolta è nata in risposta ad una conferenza sull'obesità del 2006 ad Istanbul, Turchia, a seguito della quale gli Stati europei hanno riconosciuto il bisogno di dare un'armonia alle politiche riguardanti la sorveglianza alimentare nelle scuole primarie. Nacque così un sondaggio basato sul campionamento rappresentativo di bambini in età da scuola primaria (dai 6 ai 9 anni compiuti) di 19 Paesi europei cui viene misurata altezza e peso (con calcolo del BMI, ovvero l'Indice di Massa Corporea – *Body Mass Index*) e inseguito viene loro somministrato un questionario riguardante le abitudini dietetiche e l'attività fisica. Per quanto riguarda l'attività fisica si chiede se il bambino pratica attività fisica strutturata (sport o danza) da 1 a 7 giorni a settimana, quante ore gioca fuori casa (mai, meno di 1 ora al giorno, almeno 1 ora al giorno, almeno 2 ore al giorno, 3 ore o più), se usa mezzi di trasporto per spostarsi da e verso la scuola (a piedi, bicicletta, autobus, auto, altro), quanto tempo passa davanti ad uno schermo (mai, meno di 1 ora al giorno, almeno 1 ora al giorno, almeno due ore al giorno, almeno 3 ore o più, weekend o giorni della settimana). Le rilevazioni sono stratificate per età e suddivise per sesso. La prima raccolta dati è avvenuta nel 2007-2008, l'ultima (la quinta) è avvenuta nel 2018-2019. Per quanto riguarda l'età adolescenziale lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) raccoglie i dati sulle abitudini dei giovani europei. Si tratta di uno studio internazionale realizzato in collaborazione con la WHO che monitora i comportamenti di salute, la salute e il contesto sociale di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni, con cadenza quadriennale. Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982. Nella sezione riguardante l'attività fisica si fa riferimento alla distinzione tra attività moderata-vigorosa (MVPA) e a quella vigorosa (VPA) e si chiede se viene raggiunta la soglia giornaliera per una delle due attività, suddividendo per sesso e classe economica. Si indagano anche le ore trascorse al giorno davanti ad uno schermo (TV, Youtube, DVD, altro) o usando il PC per navigare, scrivere e-mail o fare compiti. Questo report viene portato avanti anche dalla sezione Italiana (HBSC Italia), che usa le stesse domande e proxy. Per lo svolgimento di sport o attività di adulti e anziani il sistema di rilevazione internazionale è fornito dall'Ufficio statistico dell'Unione Europea (Eurostat).

Eurostat è una direzione generale della Commissione europea che raccoglie ed elabora dati provenienti dagli Stati membri dell'Unione europea a fini statistici, promuovendo il processo di armonizzazione della metodologia statistica tra gli Stati stessi. Nato nel 1959, il report iniziale fu relativo ai dati sull'agricoltura; in seguito la raccolta dati è stata ampliata e nel 1994 effettuò il primo studio sulle famiglie europee. Il report 2018 sull'attività fisica dei cittadini europei raccoglie i dati di 27 Paesi e indaga principalmente lo svolgimento o meno di attività fisica regolare per sesso, l'uso di Internet (almeno una connessione nei tre mesi precedenti la data dell'indagine) e il motivo del suo uso (facebook, twitter, instagram o snapchat).

- **Studi nazionali:** la rilevazione nazionale principalmente usata in questo report per la fascia di età infantile è quella di Okkio alla Salute, un sistema di raccolta dati attivo dal 2007 che ha come scopo principale descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale dei bambini di 8-9 anni, dello stile alimentare, dell'esercizio fisico. Sono stati scelti bambini di questa età (corrispondente alle classi terze delle scuole elementari) perché 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 campionamento è a cluster selezionando le classi scolastiche dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale o per AUSL. Il report, di cui esiste anche la controparte regionale, fornisce informazioni sulla percentuale di bambini inattivi, per varie caratteristiche sociodemografiche (zona abitativa, cittadinanza genitori, titolo di studio dei genitori, stato ponderale dei genitori) e per sesso; viene inoltre chiesto quanti giorni alla settimana il bambino svolge attività fisica per almeno 1 ora e quanti giorni a settimana fa giochi di movimento per almeno 1 ora (suddividendoli per le stesse categorie demografiche precedentemente descritte). Per valutare la sedentarietà viene riportata anche la percentuale di bambini che dedica più di due ore al giorno alla TV o videogiochi/tablet/cellulari, suddividendo per provenienza geografica e caratteristiche socio-demografiche dei genitori precedentemente elencate. Per quanto riguarda gli adolescenti è ancora HBSC (Italia) che fornisce i dati attraverso gli stessi indicatori e proxy della raccolta internazionale. I dati nazionali di bambini, adolescenti e adulti sono raccolti annualmente anche dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". In questo database si raccolgono i dati relativi al livello di attività fisica per le varie fasce d'età: per quella infantile vengono indagati i bambini dai 3 ai 10 anni stratificandoli per classe di età (3-5 anni e 6-10 anni) e suddividendoli per sesso. Per la parte adolescenziale si valutano le

fasce 11-14 anni, 15-17 anni e 18-19 anni, e suddividendoli per sesso. Per la popolazione adulta le fasce comprendono 20-24 anni, 25-34 anni, 35-44 anni, 45-54 anni, 55-59 anni, 60-64 anni. Nello specifico si richiede la percentuale di coloro che non praticano né sport né attività, solo qualche attività, attività fisica saltuaria e attività continuativa. Per la popolazione adulta e anziana vengono presi in considerazione anche l'ascolto di radio/tv e la frequenza di uso del PC e di Internet (tutti i giorni, una o più volte a settimana, qualche volta al mese, qualche volta l'anno, mai) Per il panorama italiano un altro strumento di indagine è il rapporto di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ideato nel 2005 dal CCM/Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario viene somministrato telefonicamente ad un campione di popolazione di residenti assistiti tra i 18 ed i 69 anni, stratificato per sesso, classi di età, titolo di studio, introito economico, estratto casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie. A livello nazionale, così come regionale si indagano la percentuale di sedentari, il livello di soddisfazione percepita riguardo l'attività fisica svolta. Nel caso della popolazione più anziana la fonte utilizzata è PASSI d'Argento, un sistema di sorveglianza nazionale promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato nelle singole regioni italiane, che partecipano al pool nazionale con il proprio campione. Target dell'indagine sono gli anziani residenti al proprio domicilio, persone di 65 anni o più non ricoverate in una Residenza Sanitaria Assistita (RSA). Anche questa rilevazione ha una controparte regionale. Attraverso questa raccolta si indagano in Italia e in Toscana la percentuale di sedentari nella fascia 65-74 anni, 75-85 e over 85 suddivisi per sesso, classe socioeconomica, titolo di studio, area di residenza e convivenza/non convivenza con qualcuno. Importante è il punteggio PASE (Physical Activity Scale for the Elderly), che si calcola moltiplicando l'ammontare di tempo speso in ogni attività per un peso assegnato a degli item relativi all'attività fisica (sedentaria e non sedentaria) e sommando per tutte le attività. Anche questo punteggio viene classificato secondo le caratteristiche socio-demografiche precedentemente elencate.

- **Studi regionali:** lo studio Okkio alla Salute Toscana è la controparte dello studio nazionale, e usa gli stessi determinanti di salute e proxy del report nazionale. EDIT invece ("Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana"), studia le abitudini degli adolescenti toscani. Recentemente inserito nel Registro delle sorveglianze regionali sugli stili di vita del Ministero della salute (DPCM 3 marzo 2017), è stato ideato e realizzato dall'ARS Toscana per la prima volta nel 2005, ed è stato ripetuto negli anni 2008, 2011, 2015 fino ad arrivare all'attuale, quinta ed ultima edizione nel 2018. Viene indagata la

regione nel suo complesso e per zone-distretto; con l'intento di ottenere stime rappresentative a livello di zone-distretto, è stato previsto di intervistare circa 400 studenti per ogni territorio, corrispondenti ad una sezione completa, dalla prima alla quinta classe, in quattro scuole diverse. La rilevazione del 2018 ha permesso l'arruolamento di 6.824 studenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni, suddivisi in 3.731 maschi (54,7%) e 3.093 femmine (45,3%). Tra gli studenti intervistati 1.890 sono residenti nella AUSL Centro (27,7%), 2.876 nella AUSL Nord-Ovest (42,1%) e 2.058 nella AUSL Sud-Est (30,2%). Nel questionario EDIT vengono indagati i livelli raccomandati di attività fisica (attività di almeno 60 minuti al giorno, per quanti giorni alla settimana), la percentuale di inattivi suddivisi per sesso e per AUSL, la percentuale di chi ha praticato almeno uno sport negli ultimi 12 mesi (e quante volte a settimana viene praticato), uso del PC e dello smartphone (quante ore al giorno). Per lo studio della popolazione adolescenziale toscana troviamo di nuovo lo studio HBSC con domande relative allo svolgimento dell'attività fisica raccomandata (aver svolto almeno 60 minuti al giorno e per quanti giorni alla settimana), gli inattivi, il tempo passato davanti alla TV suddiviso per i giorni della settimana e sesso, uso di PC e tablet suddivisi per giorno della settimana e sesso. Per quanto riguarda la popolazione adulta il rapporto di sorveglianza PASSI si dedica anche alla nostra regione: nato come studio nel 2005, è stato attuato dalla Regione Toscana dal 2007 con il supporto delle ASL toscane. L'età del target e il questionario somministrato sono gli stessi usati per la rilevazione nazionale; il dato è suddiviso in AUSL (generale) e per sesso con trend dal 2010 al 2018 per percentuale di sedentari e fisicamente attivi, l'ascolto di radio e TV, l'uso del PC attraverso le domande già utilizzate per il report nazionale. Per la popolazione anziana abbiamo nuovamente PASSI d'Argento con gli stessi indicatori utilizzati per il report nazionale.

**Tabella 2**  
**Fonti dei dati**

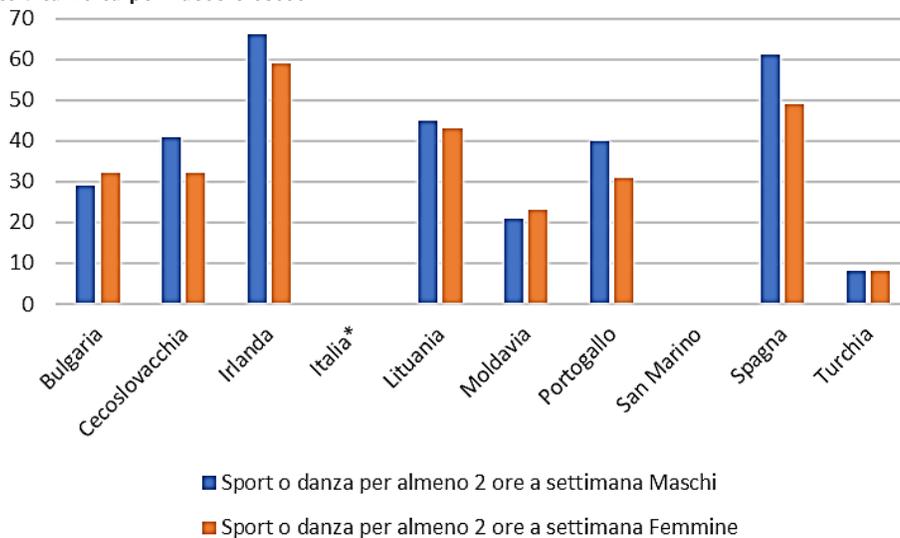
| STRUMENTI DI INDAGINE SULL'ATTIVITA' FISICA |                                       |                    |                                     |                             |                     |                                        |                                                     |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ITALIANI                                    |                                       |                    |                                     |                             |                     |                                        |                                                     |
| INDAGINE                                    | ANNI DI RILEVAZIONE                   | ETA' DEL CAMPIONE  | PERIODO DI RILEVAZIONE              | DATI NAZIONALI              | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO | ARGOMENTI                                           |
| <b>EDIT</b>                                 | Dal 2005                              | 14-18 anni         | Sistematica triennale               | No                          | Si                  | Entrambi                               | Frequenza e regolarità, sedentari, tipo di attività |
| <b>HBSC</b>                                 | Dal 2003/2004, sistematica dal 2005/6 | 11, 13, 15 anni    | Sistematica quadriennale            | Si                          | Si                  | No                                     | Frequenza e regolarità, sedentari, tipo di attività |
| <b>ISTAT</b>                                | Dal 1993, escluso il 2004             | Dai 3 anni in poi  | Sistematica, annuale e quadriennale | Si                          | Fino al 2011        | No                                     | Frequenza e regolarità, sedentari                   |
| <b>OKKIO ALLA SALUTE</b>                    | Dal 2008                              | 6-10 anni          | Sistematica, biennale               | Si                          | Si                  | No                                     | Frequenza e regolarità, sedentari, tipo di attività |
| <b>PASSI</b>                                | Dal 2007                              | 18-69 anni         | Sistematica, annuale                | Si                          | Si                  | Entrambi                               | Frequenza e regolarità, sedentari, promozione       |
| <b>PASSI D'ARGENTO</b>                      | Dal 2009                              | dai 65 anni in poi | Sistematica annuale e biennale      | Si                          | Si                  | Entrambi                               | Frequenza e regolarità, sedentari, promozione       |
| EUROPEI                                     |                                       |                    |                                     |                             |                     |                                        |                                                     |
| <b>COSI</b>                                 | Dal 2007                              | 6-9 anni           | Sistematica triennale               | 35 Paesi e regioni          | /                   | /                                      | Frequenza e regolarità, sedentari                   |
| <b>HBSC EUROPE</b>                          | Dal 1982                              | 11, 13, 15 anni    | Sistematica quadriennale            | 49 Paesi e regioni EU e USA | /                   | /                                      | Frequenza e regolarità, sedentari, uso PC           |
| <b>WHO</b>                                  | Dal 2015                              | Da <5 a >65 anni   | Triennale                           | 28 Paesi EU                 | /                   | /                                      | Frequenza e regolarità, tipo, sedentari, promozione |

### 4.3.2 L'attività fisica nell'infanzia

Secondo la raccolta europea COSI<sup>20</sup> 2018 in Irlanda, Malta e Portogallo meno del 30% dei bambini ha usato un mezzo di trasporto attivo per e da scuola, in Moldavia più del'80%. In Moldavia il 23% dei bambini è andato a fare sport o danza almeno 2 volte a settimana, mentre in Turchia questa proporzione scende al 7% (**Figura 2**).

**Figura 2**

**Attività fisica per Paese e sesso**



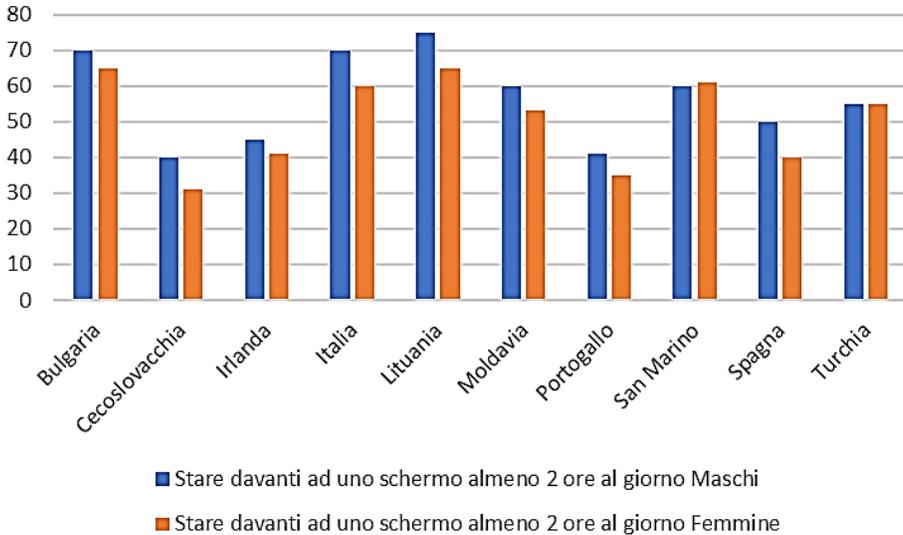
\*L'Italia non ha partecipato al questionario

Fonte: COSI surveillance 2018.

In Bulgaria, Italia, Lituania e San Marino più del 60% dei bambini sta davanti ad uno schermo per più di due ore al giorno. I bambini guardano molta TV o stanno al PC più spesso durante il weekend che durante la settimana, allo stesso modo di come succede per l'attività fisica (**Figura 3**).

<sup>20</sup> Childhood Obesity Surveillance Initiative.

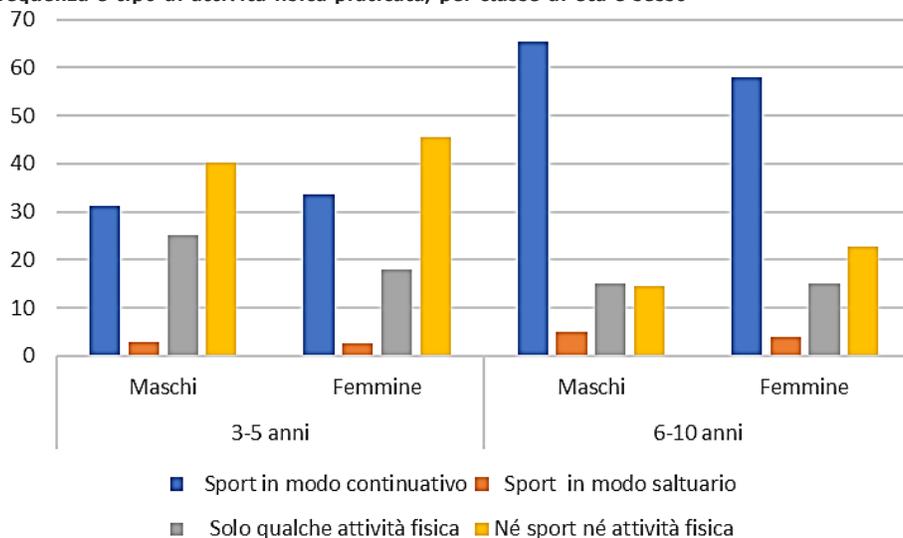
**Figura 3**  
**Tempo trascorso davanti allo schermo, per Paese e sesso**



Fonte: COSI Surveillance 2018.

Per quanto riguarda il gioco all'aperto, in Portogallo, solo il 54% dei bambini ha giocato almeno 1 ora al giorno fuori (il 28% mai) mentre in Bulgaria, Cecoslovacchia e Moldavia la proporzione era oltre il 93%. Questa proporzione scende al 12% nel weekend.

Il dato italiano ISTAT ci dimostra che una larga parte di bambini dai 6 ai 10 anni svolge attività fisica in modo continuativo (oltre il 60%, **Figura 4**):

**Figura 4**
**Frequenza e tipo di attività fisica praticata, per classe di età e sesso**


Fonte: ISTAT 2019.

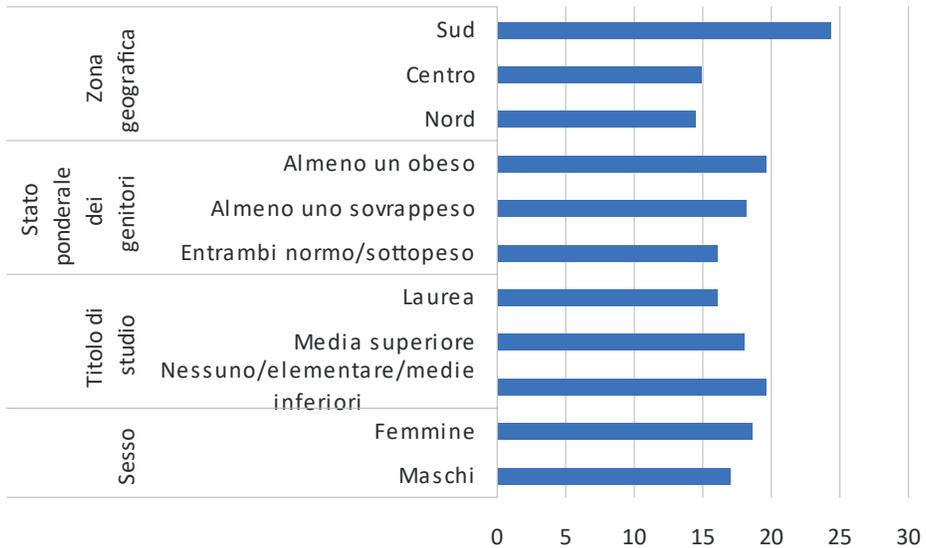
Scomponendo questo dato per sesso notiamo come, in linea peraltro con le statistiche europee e delle età superiori, i maschi svolgano attività fisica continuativa in misura maggiore rispetto alle femmine in tutte le classi di età, con le femmine che nella fascia dai 6 ai 10 anni non svolgono nessuna attività in più del 20% dei casi.

La necessità di assicurare un corretto livello di attività fisica per un bambino dipende da una corretta percezione dei genitori, ed un corretto rapporto tra scuole e genitori.

Secondo i dati di Okkio alla salute (2016) i bambini non attivi in Italia sono il 17,7%: tale dato è in netto miglioramento dal 2008, dove la percentuale era del 26%. Resta, tuttavia, la differenza di genere per cui le femmine fanno meno attività fisica dei maschi (18,6% contro il 16,9%), così come il gradiente Nord-Sud, dove il Nord registra il 14,4% di inattivi, mentre al centro sono il 14,8% e al Sud il 24,2% (**Figura 5**). Anche il livello di istruzione dei genitori gioca un ruolo: tra i genitori laureati, solo il 16% dei bambini sono inattivi contro quasi il 20% di chi non è ugualmente istruito.

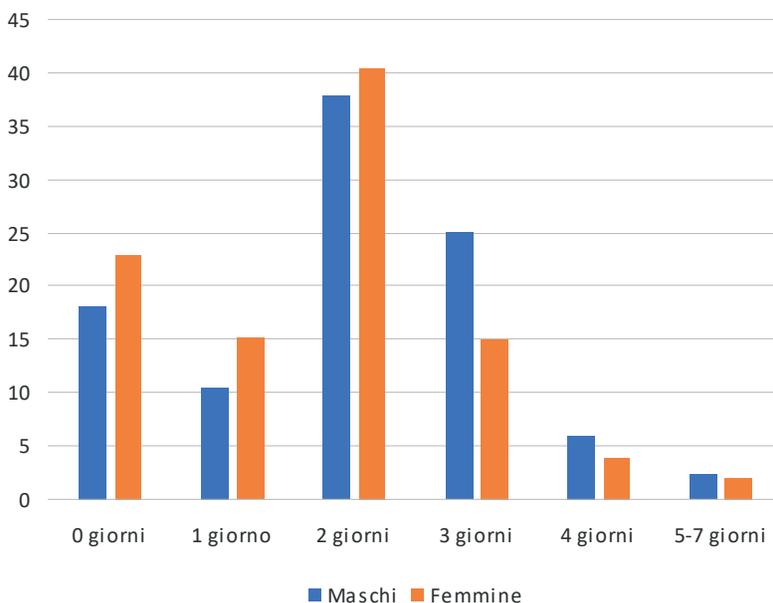
**Figura 5**

**Prevalenza di inattivi il giorno precedente la rilevazione, per varie caratteristiche demografiche del bambino e dei genitori**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

Per quanto riguarda l'attività fisica strutturata, quasi il 40% dei bambini dedica più di un'ora all'attività sportiva strutturata per due volte a settimana mentre solo il 2% vi si dedica 5-7 giorni a settimana. I maschi fanno attività sportiva più delle femmine e con maggiore frequenza: il 25,1% dei maschi e il 15,0% delle femmine pratica attività sportiva strutturata per tre giorni a settimana. Solo il 2% pratica attività strutturata per 5-7 giorni alla settimana (**Figura 6**).

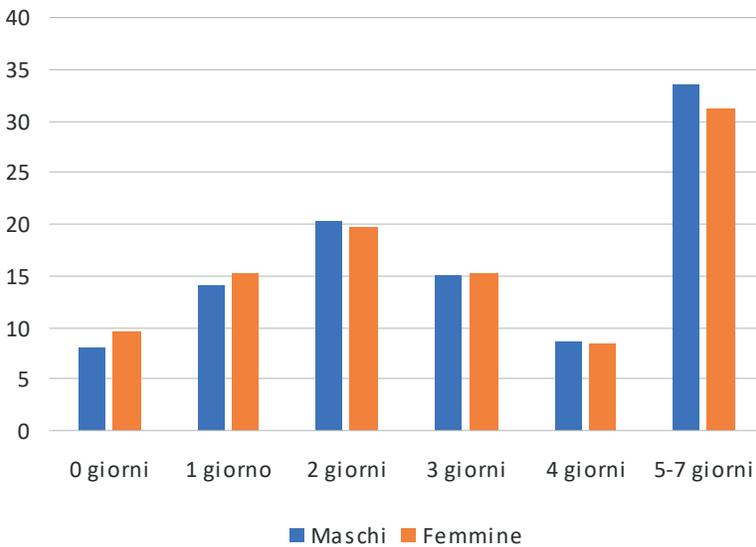
**Figura 6**
**Percentuale di bambini che svolgono almeno un'ora di attività fisica strutturata, per giorni/settimana e sesso**


Fonte: OKkio alla salute 2016.

Per quanto riguarda in particolare i giochi di movimento: il 9% dei bambini non fa giochi di movimento durante la settimana, il 20,1% dichiara di fare giochi di movimento per almeno un'ora 2 giorni a settimana e il 32,6% li pratica per 5-7 giorni alla settimana (**Figura 7**).

**Figura 7**

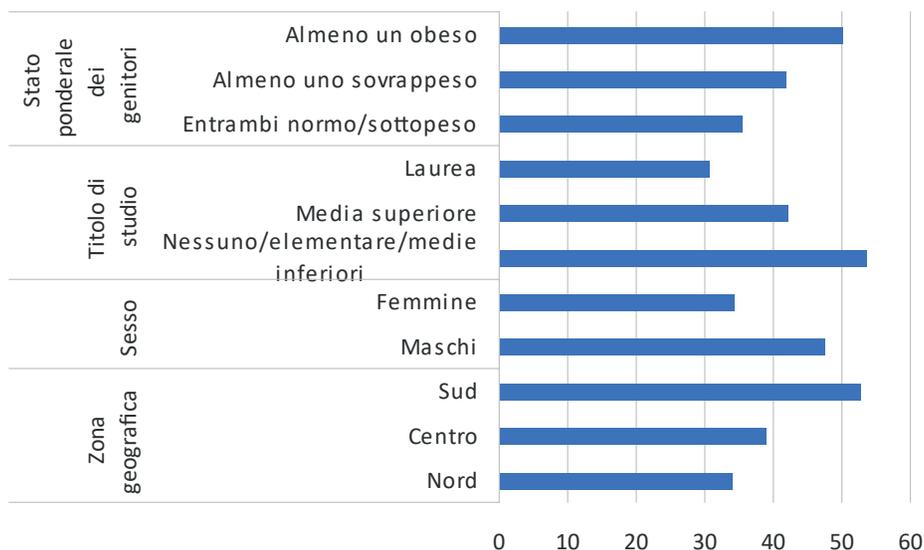
**Percentuale di bambini che fanno almeno un'ora al giorno di giochi di movimento, per frequenza settimanale e sesso**



Fonte: OKkio alla salute.

Il 61,8% usa la macchina (dato simile al regionale) o lo scuolabus per andare a scuola (9,6%), si reca a piedi o in bicicletta il 26,9%.

Per quanto riguarda il tempo trascorso alla TV o su tablet/cellulare/videogiochi (**Figura 8**), la prevalenza dei bambini che hanno trascorso almeno 2 ore in questo modo nel 2016 è stata del 41,2%, con gradiente da Nord a Sud, valore superiore ai due anni precedenti dove si attestava a circa il 35%.

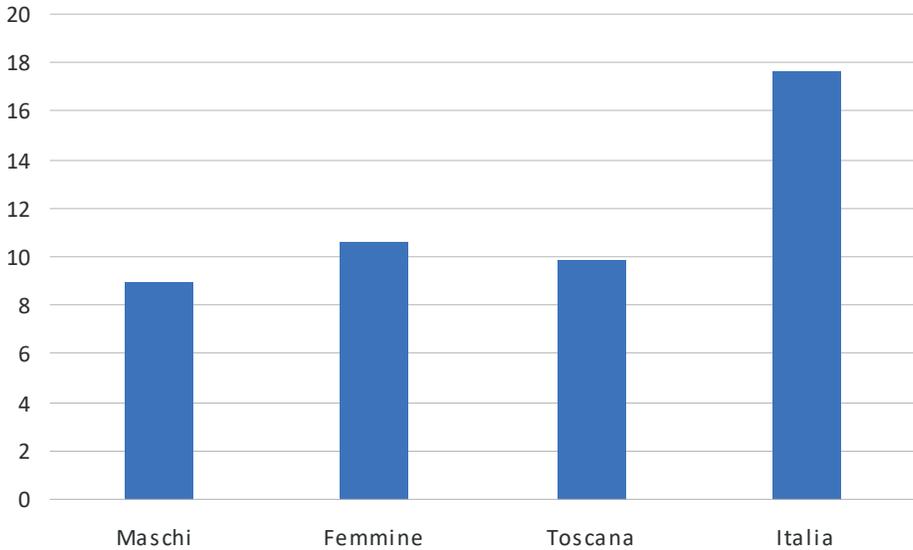
**Figura 8**
**Percentuale di bambini che dedicano più di due ore al giorno a comportamenti sedentari, per varie caratteristiche demografiche del bambino e dei genitori**


Fonte: OKkio alla salute 2016.

I maschi sono esposti a questi mezzi per più tempo rispetto alle femmine (47,4% contro il 34%), e in generale avere un genitore obeso facilita questa situazione (50,1% contro il 35,2%). Il 43,6% dei bambini ha la TV in camera, con prevalenza più alta nelle regioni del Sud; allo stesso modo del dato toscano, avere la TV in camera predispone per un uso più lungo: il 55% la usa per più di 2 ore al giorno, contro il 45% di chi ha la TV in altre stanze.

L'edizione toscana dello stesso report chiede, allo stesso modo, se il bambino è stato attivo fisicamente (ha effettuato 1 ora di attività fisica, anche non continuativa) il giorno prima dell'indagine (**Figura 9**). I maschi non attivi sono stati il 9%, le femmine il 10,7%. Il valore regionale degli inattivi è del 9,9% (nel 2008 gli inattivi erano il 21,9%), una forte differenza rispetto al dato nazionale (17,7%).

**Figura 9**  
**Percentuale di bambini inattivi, per sesso. Confronto Italia-Toscana**

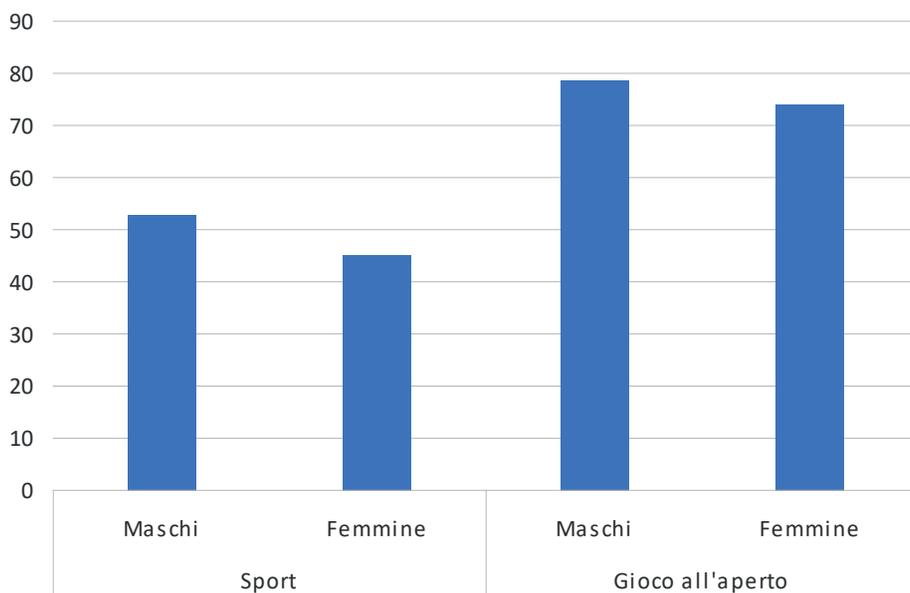


Fonte: OKkio alla salute 2016.

Tuttavia poco più di 3 bambini su 10 hanno un livello di attività fisica raccomandata per l'età. Per quanto riguarda il gioco all'aperto, il 74,3% delle femmine aveva giocato all'aperto il giorno prima, rispetto al 78,9% dei maschi. Attività sportiva vera e propria era stata svolta il giorno prima dal 45,5% delle femmine, e dal 53% dei maschi (**Figura 10**). Complessivamente il 66,4% ha giocato, contro il 58,4% del 2008.

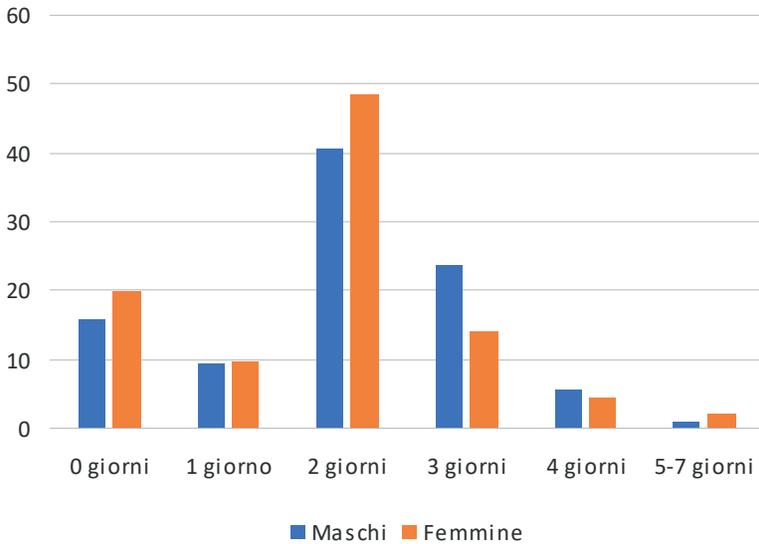
**Figura 10**

**Percentuale dei bambini che hanno giocato o fatto sport il giorno precedente la rilevazione, per sesso**

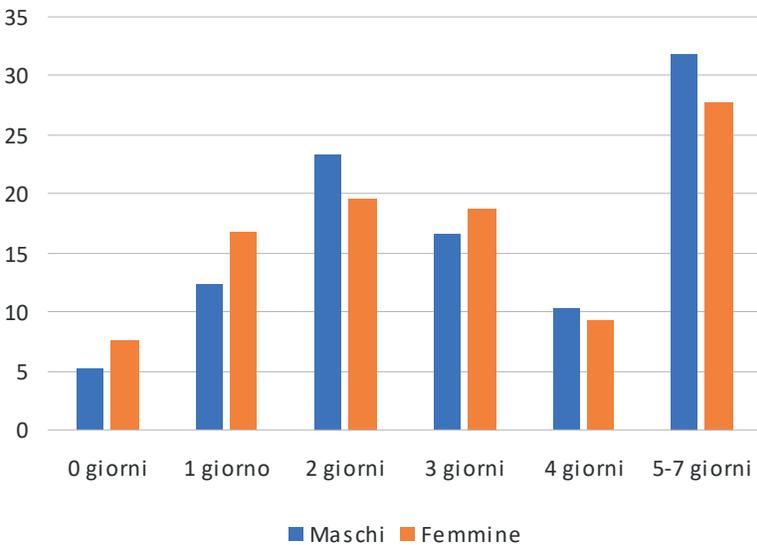


Fonte: OKkio alla salute 2016.

Chiedendo ai genitori quanti giorni a settimana i loro figli svolgono attività fisica, sappiamo che in toscana 4 bambini su 10 (40.8% dei maschi e 48.5% delle femmine) fanno almeno un'ora di attività fisica strutturata per 2 giorni alla settimana; da 5 a 7 giorni solo l'1,7% (l'1,2% dei maschi e il 2,2% delle femmine). Il 18% non fa attività fisica mai (il 16% dei maschi e il 20,2% delle femmine) (**Figura 11**).

**Figura 11****Percentuale di bambini che svolge almeno un'ora di attività fisica, frequenza settimanale per sesso**

Fonte: OKkio alla salute 2016.

**Figura 12****Percentuale di bambini che fa giochi di movimento per almeno un'ora, frequenza settimanale per sesso**

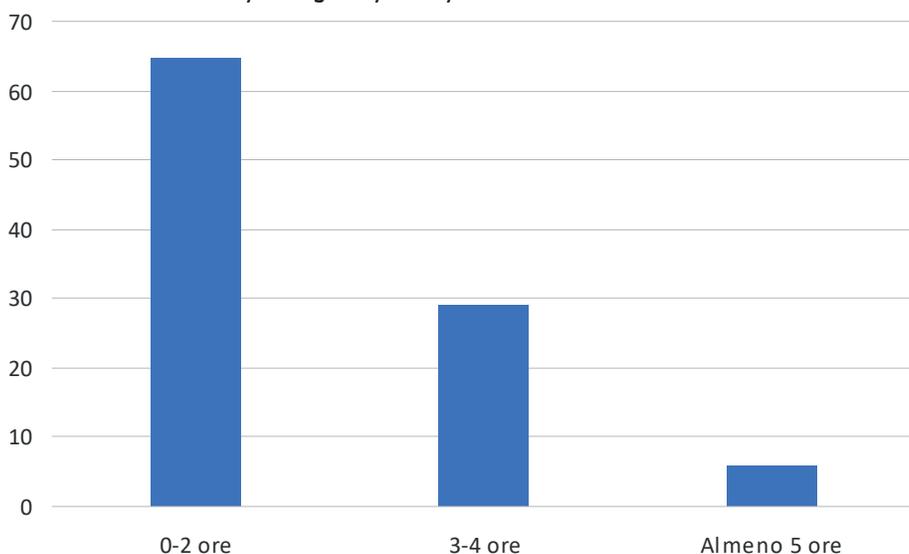
Fonte: OKkio alla salute 2016.

Per quanto riguarda i giochi di movimento (**Figura 12**) il 21,6% di bambini toscani fa almeno un'ora di attività ludica per 2 giorni alla settimana (il 23,5% dei maschi e il 19,7% delle femmine), il 6,4% mai (il 5,2% dei maschi e il 7,6% delle femmine). Solo un bambino su tre (32% dei maschi e 27,8% delle femmine) fa giochi di movimento 5-7 volte alla settimana.

In Toscana si recano a scuola a piedi il 23%, in macchina il 62%, in scuolabus l'11,5%. In bici solo l'1%. Non ci sono differenze di sesso.

Diminuendo le ore di attività fisica aumentano le ore trascorse davanti a TV/videogiochi/tablet/cellulare; il 64,7% trascorre dalle 0 alle 2 ore al giorno, nei giorni di scuola; il 29,2% dalle 3 alle 4 ore, il 6,1% almeno 5 ore (**Figura 13**).

**Figura 13**  
**Ore trascorse davanti a TV/videogiochi/tablet/cellulare**



Fonte: OKkio alla salute 2016.

Complessivamente il 35,4% dei bambini trascorre con la TV o col cellulare, tablet o giochi più di 2 ore al giorno, dato in rialzo dal 2010 (dove era il 30,8%), ma comunque migliore rispetto al dato nazionale (41,2%). Complessivamente il 42,4% dei bambini ha un televisore nella propria camera e l'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (12,8% vs 9,9%).

### 4.3.3 L'attività fisica nell'età adolescenziale

Secondo HBSC EUROPE 2018 solo il 19% degli adolescenti raggiunge i 60 minuti di attività moderata-vigorosa giornaliera raccomandata (MVPA), con prevalenza maschile più alta della femminile (23% e 16% rispettivamente) e livelli estremamente bassi, soprattutto tra le ragazze, nell'Europa del Sud (tra cui anche l'Italia, col solo 4% delle ragazze 15enni che svolgono attività di questo tipo), (Tabella 3 e Figura 14).

**Tabella 3**

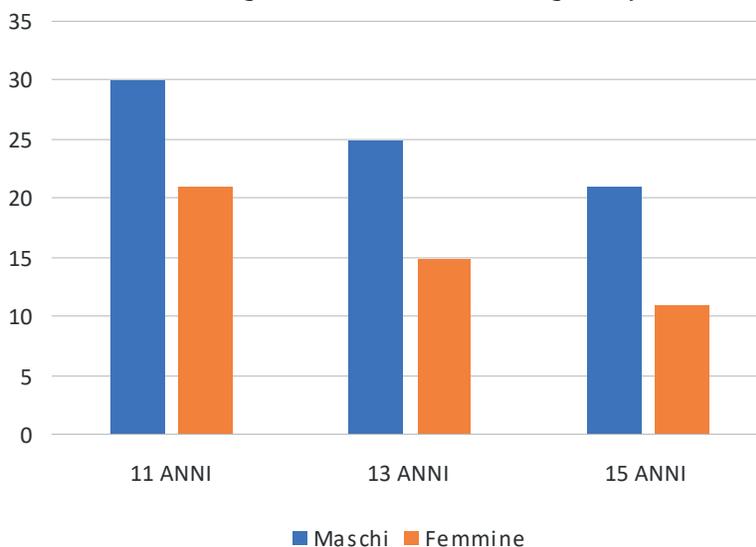
**Percentuale di attivi fisicamente per almeno 60 minuti giornalieri, per Paese e sesso** (Fonte HBSC Europe 2018)

|                   |         | Almeno 60 min di mvpa giornaliero |         |         |
|-------------------|---------|-----------------------------------|---------|---------|
|                   |         | 11 anni                           | 13 anni | 15 anni |
| <b>Finlandia</b>  | Maschi  | 47                                | 29      | 22      |
|                   | Femmine | 34                                | 23      | 13      |
| <b>Irlanda</b>    | Maschi  | 45                                | 36      | 25      |
|                   | Femmine | 31                                | 16      | 9       |
| <b>Bulgaria</b>   | Maschi  | 42                                | 35      | 25      |
|                   | Femmine | 30                                | 20      | 18      |
| <b>Albania</b>    | Maschi  | 38                                | 38      | 29      |
|                   | Femmine | 31                                | 20      | 14      |
| <b>Spagna</b>     | Maschi  | 39                                | 36      | 28      |
|                   | Femmine | 28                                | 18      | 12      |
| <b>Macedonia</b>  | Maschi  | 36                                | 32      | 27      |
|                   | Femmine | 30                                | 25      | 12      |
| <b>Moldavia</b>   | Maschi  | 35                                | 20      | 25      |
|                   | Femmine | 29                                | 25      | 22      |
| <b>Croazia</b>    | Maschi  | 39                                | 33      | 25      |
|                   | Femmine | 26                                | 19      | 12      |
| <b>Slovacchia</b> | Maschi  | 37                                | 31      | 25      |
|                   | Femmine | 26                                | 19      | 13      |
| <b>Romania</b>    | Maschi  | 39                                | 28      | 21      |
|                   | Femmine | 23                                | 16      | 11      |
| <b>Polonia</b>    | Maschi  | 34                                | 29      | 25      |
|                   | Femmine | 27                                | 19      | 11      |
| <b>Ucraina</b>    | Maschi  | 33                                | 33      | 26      |
|                   | Femmine | 28                                | 25      | 16      |

| <b>Almeno 60 min di mvpa giornaliero</b> |         |                |                |                |
|------------------------------------------|---------|----------------|----------------|----------------|
|                                          |         | <b>11 anni</b> | <b>13 anni</b> | <b>15 anni</b> |
| <b>Austria</b>                           | Maschi  | 33             | 29             | 18             |
|                                          | Femmine | 26             | 15             | 5              |
| <b>Ungheria</b>                          | Maschi  | 34             | 25             | 24             |
|                                          | Femmine | 24             | 15             | 11             |
| <b>Lussemburgo</b>                       | Maschi  | 34             | 35             | 26             |
|                                          | Femmine | 21             | 17             | 9              |
| <b>Islanda</b>                           | Maschi  | 31             | 26             | 25             |
|                                          | Femmine | 22             | 17             | 14             |
| <b>Repubblica Ceca</b>                   | Maschi  | 29             | 27             | 20             |
|                                          | Femmine | 23             | 20             | 13             |
| <b>Norvegia</b>                          | Maschi  | 32             | 18             | 23             |
|                                          | Femmine | 19             | 12             | 8              |
| <b>Scozia</b>                            | Maschi  | 29             | 19             | 14             |
|                                          | Femmine | 21             | 13             | 11             |
| <b>Malta</b>                             | Maschi  | 28             | 20             | 16             |
|                                          | Femmine | 21             | 11             | 9              |
| <b>Lituania</b>                          | Maschi  | 27             | 28             | 23             |
|                                          | Femmine | 20             | 13             | 12             |
| <b>Belgio</b>                            | Maschi  | 29             | 21             | 17             |
|                                          | Femmine | 16             | 13             | 11             |
| <b>Slovenia</b>                          | Maschi  | 27             | 25             | 21             |
|                                          | Femmine | 18             | 13             | 7              |
| <b>Inghilterra</b>                       | Maschi  | 25             | 23             | 18             |
|                                          | Femmine | 20             | 14             | 9              |
| <b>Lettonia</b>                          | Maschi  | 25             | 20             | 21             |
|                                          | Femmine | 18             | 14             | 14             |
| <b>Svizzera</b>                          | Maschi  | 26             | 18             | 12             |
|                                          | Femmine | 17             | 10             | 7              |
| <b>Portogallo</b>                        | Maschi  | 26             | 25             | 18             |
|                                          | Femmine | 16             | 6              | 5              |
| <b>Galles</b>                            | Maschi  | 26             | 20             | 16             |
|                                          | Femmine | 15             | 12             | 8              |

|                    |         | Almeno 60 min di mvpa giornaliero |         |         |
|--------------------|---------|-----------------------------------|---------|---------|
|                    |         | 11 anni                           | 13 anni | 15 anni |
| <b>Germania</b>    | Maschi  | 25                                | 17      | 16      |
|                    | Femmine | 16                                | 12      | 9       |
| <b>Paesi Bassi</b> | Maschi  | 24                                | 21      | 22      |
|                    | Femmine | 15                                | 17      | 12      |
| <b>Francia</b>     | Maschi  | 25                                | 16      | 14      |
|                    | Femmine | 11                                | 9       | 6       |
| <b>Estonia</b>     | Maschi  | 21                                | 22      | 18      |
|                    | Femmine | 15                                | 12      | 9       |
| <b>Svezia</b>      | Maschi  | 21                                | 14      | 15      |
|                    | Femmine | 13                                | 10      | 10      |
| <b>Grecia</b>      | Maschi  | 20                                | 19      | 15      |
|                    | Femmine | 11                                | 8       | 7       |
| <b>Danimarca</b>   | Maschi  | 19                                | 17      | 16      |
|                    | Femmine | 11                                | 11      | 7       |
| <b>Italia</b>      | Maschi  | 17                                | 14      | 11      |
|                    | Femmine | 8                                 | 6       | 5       |
| <b>Media</b>       | Maschi  | 30                                | 25      | 21      |
|                    | Femmine | 21                                | 15      | 11      |

L'introito familiare è positivamente correlato ai livelli di attività fisica in quasi tutti i paesi. Dal 2014 la percentuale è in progressiva diminuzione, soprattutto per il genere femminile, e solo la Romania presenta un declino complessivamente identico tra maschi e femmine; tuttavia, metà ragazzi (49%) ed un terzo delle ragazze (35%) svolge attività fisica vigorosa (VPA) per 4 o più giorni alla settimana. La differenza più grande tra sessi si registra in Serbia, dove tra i 15enni ci sono 32 punti percentuali di differenza. In tutti i Paesi esiste un gap tra i sessi, e i ragazzi svolgono molta più attività fisica delle ragazze, sia moderata che vigorosa, e tale forbice si amplia col progredire dell'età, dove, come per l'attività moderata, si registra un declino generalizzato. Gli unici Paesi dove queste differenze sono minime sono la Danimarca, la Georgia e i Paesi Bassi. La stessa dinamica della MVPA si trova anche osservando l'introito familiare; anche in questo caso c'è una correlazione positiva tra il reddito e l'attività svolta.

**Figura 14**
**Percentuale di adolescenti che svolgono attività fisica moderata-vigorosa, per classe di età e sesso**


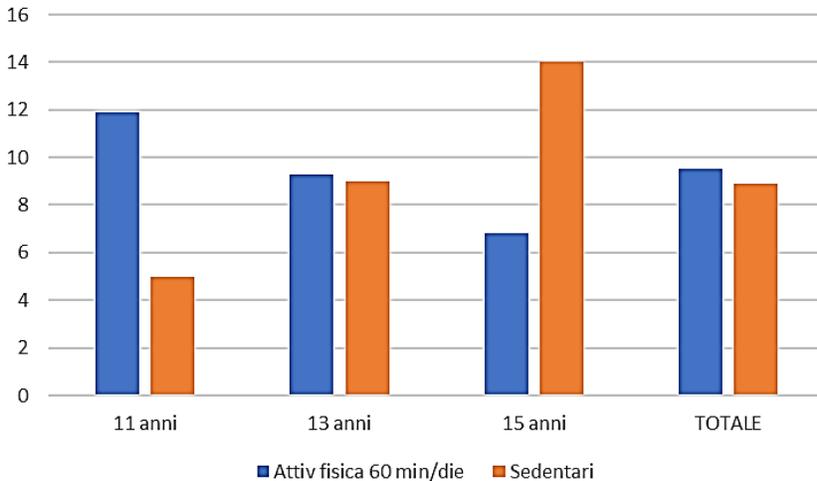
Fonte: HBSC 2018.

Chiedendo poi quante ore al giorno vengono trascorse davanti ad una forma di intrattenimento con schermo (TV, youtube, dvd e altro) osserviamo che la media europea degli 11enni che si intrattengono così per più di due ore al giorno sono il 53% dei maschi e il 47% delle femmine; passando ai 13enni la media europea si attesta al 62% per i maschi e al 61% delle femmine, un aumento rispetto alla classe di età precedente. Per i 15enni invece la media EU è ancora più alta: il 65% dei maschi e il 62% delle femmine trascorre più di due ore al giorno davanti ad uno schermo.

Infine, chiedendo in quanti usano il computer per le e-mail, internet o per fare i compiti per più di 2 ore al giorno, osserviamo che per gli 11enni la media europea è del 36% per i maschi e del 32% per le femmine; nei 13enni la media europea è del 50% per i maschi e del 55% per le femmine. Nei 15enni la media UE è del 59% per i maschi e del 67% per le femmine.

In Italia, accordandosi al dato HBSC Europa, l'attività fisica viene svolta da una minoranza degli adolescenti: la percentuale generale di chi ha fatto attività fisica per almeno 60 min al giorno tutti i giorni è del 9.5% (in diminuzione rispetto ai dati precedenti, dove era l'11,3%). La frequenza dell'attività fisica cala dagli 11 anni ai 15: dall'11.9% di attivi fisicamente a 11 anni si passa a solo il 6.8% a 15 anni. I sedentari aumentano dal 5% al 14% nello stesso lasso di tempo (**Figura 15**).

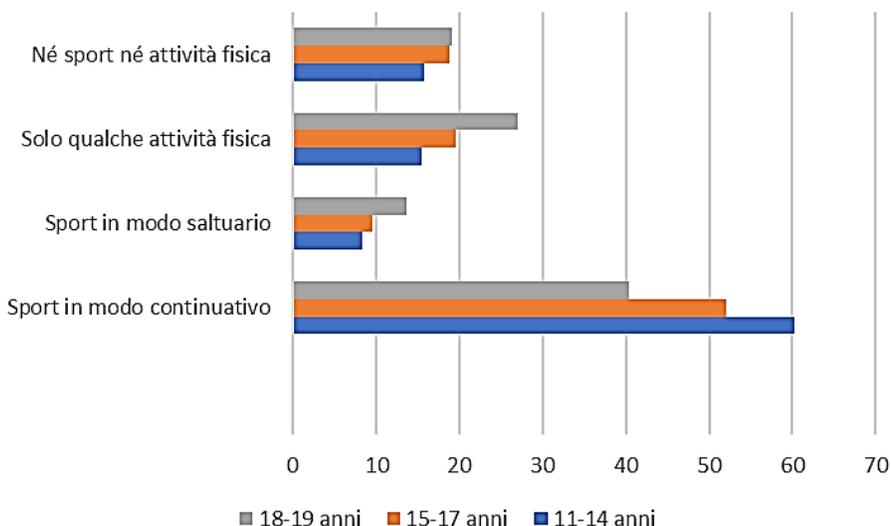
**Figura 15**  
**Ragazzi che fanno almeno 60 minuti di attività fisica al giorno**



Fonte: HBSC 2018 Italia.

Anche le percentuali fornite da ISTAT confermano una progressiva diminuzione dell'attività svolta in modo continuativo man mano che i ragazzi proseguono l'adolescenza (dal 60% a 11-14 anni al 40% a 18-19), con relativo aumento della quota di chi fa movimento più saltuariamente o non fa nessun tipo di movimento (dal 15,7% a 11-14 anni al 19% a 18-19), (**Figura 16**).

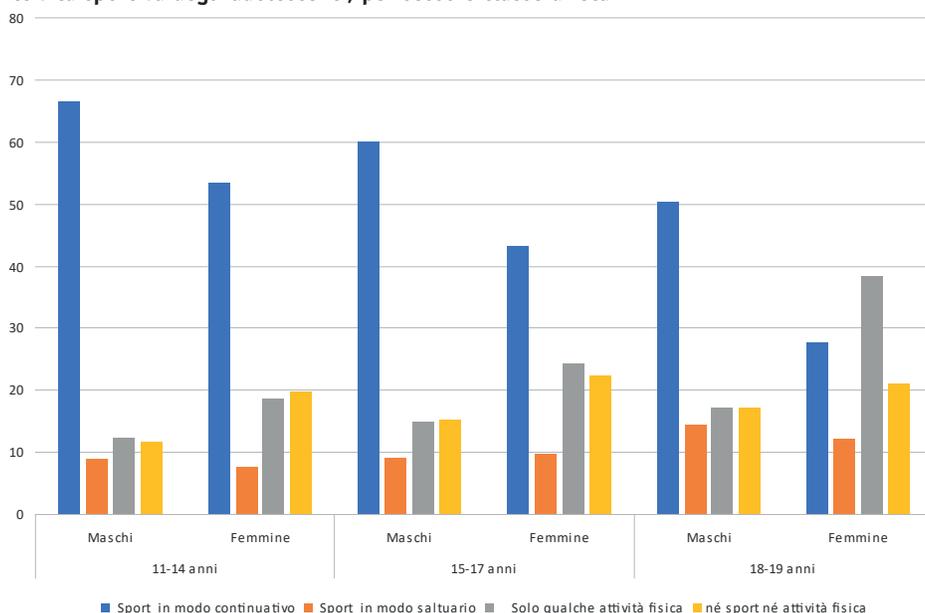
**Figura 16**  
**Attività sportiva degli adolescenti, per classe di età**



Fonte: ISTAT 2019.

Anche il divario di genere è presente nelle rilevazioni nazionali, allo stesso modo di quelle europee; L'attività fisica continuativa è svolta in percentuali minori dalle femmine rispetto ai maschi (solo il 27% delle ragazze svolge sport in modo continuativo a 18-19 anni), con relativo aumento dell'attività saltuaria e della non attività. Questo pattern persiste se applicato alla progressiva diminuzione dell'attività con gli anni, esattamente come accade in Europa (**Figura 17**).

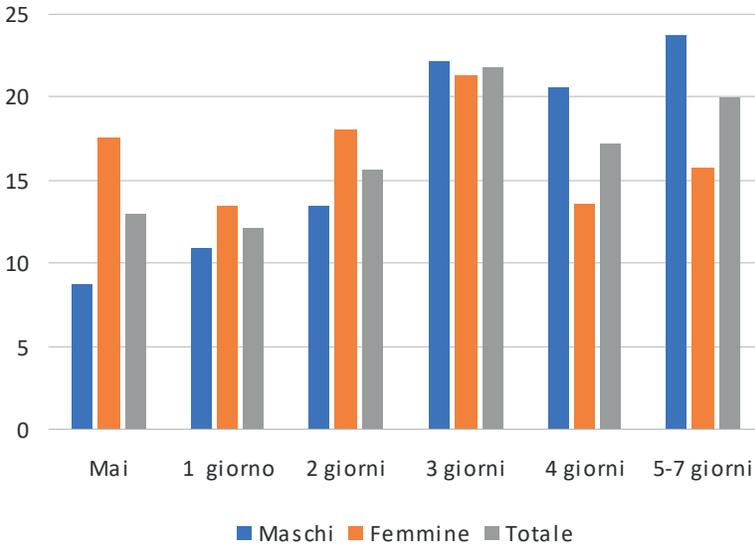
**Figura 17**  
**Attività sportiva degli adolescenti, per sesso e classe di età**



Fonte: ISTAT 2019.

Passando alla Toscana i dati EDIT 2018 ci mostrano che circa un quinto del campione riferisce di fare attività fisica per almeno 60 minuti al giorno tra i 5 e 7 giorni alla settimana; il 17% afferma di farlo per 4 giorni a settimana. Il 13% invece è inattivo, percentuale data soprattutto dalle femmine (17,6% contro i maschi che invece sono inattivi solo nel 8,8%). Scomponendo i dati per età e genere si scopre che per tutte le classi d'età le femmine sedentarie sono quasi sempre il doppio dei maschi; i sedentari, in generale, aumentano dal 2011 al 2018 dall'11 al 13% con la AUSL Centro che ospita la percentuale più alta di sedentari (14%), mentre la Sud la percentuale più bassa (11%), (**Figura 18**).

**Figura 18**  
**Percentuale della frequenza settimanale di pratica di attività fisica per genere**

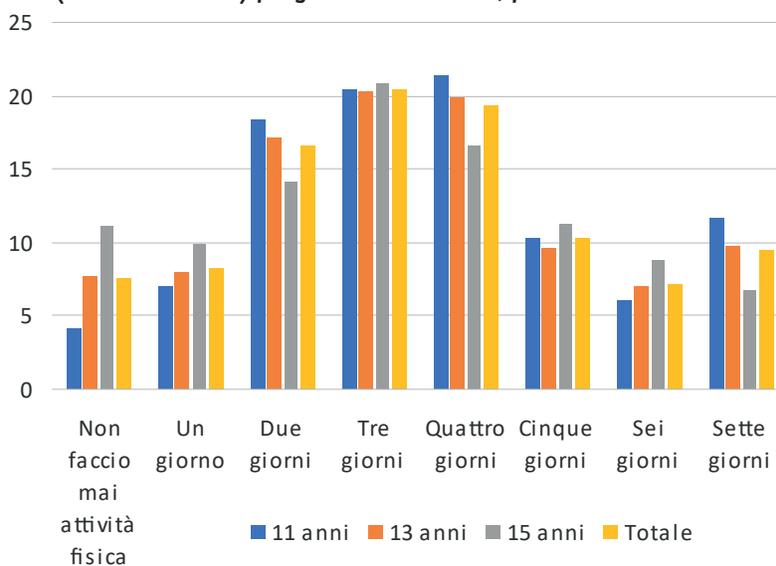


Fonte: EDIT toscana 2018.

Nel 2018 quasi l'80% afferma di aver praticato almeno uno sport negli ultimi 12 mesi, anche in questo caso con differenze di genere (84,6% maschi e 74% femmine), in lieve aumento (2 punti percentuali) dal 2005. Le femmine praticano ancor meno attività sportiva col passare degli anni, andando dal 2,2% a 14 anni al 62,8% a 18 anni, mentre nei maschi il decremento c'è ma è molto meno accentuato (dall'86,4% all'80,85). Infine, tra coloro che praticano almeno uno sport, 1 su 3 lo fanno 1-2 volte a settimana, quasi la metà da 3 a 5 volte a settimana e, nel 12,3% dei casi, tutti i giorni. I ragazzi dichiarano di fare sport più spesso rispetto alle femmine e, negli ultimi 10 anni, si osserva un aumento di coloro che lo praticano da 3 a 5 volte a settimana (2008: 37,6%; 2018: 48,7%).

L'utilizzo dello smartphone per più di 1 ora al giorno si verifica in più del 90% del campione. Di questi, il 57,2% lo utilizza da 1 a 5 ore al giorno mentre il 33,7% più di 5 ore. Il PC viene usato sempre meno spesso, presumibilmente sostituito proprio dal cellulare, con solo il 2% che ne fa uso più di 5 ore al giorno (questa percentuale nel 2011 era del 15,5%).

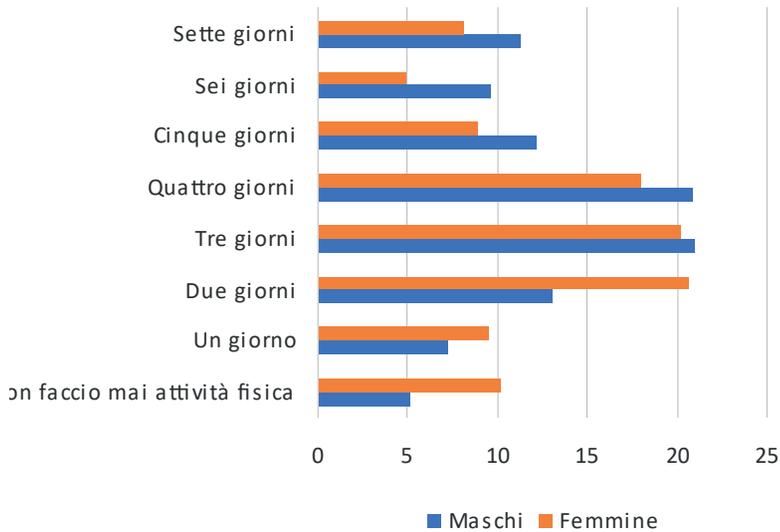
Per la Toscana nel report HBSC 2018 viene chiesto per quanti giorni nella settimana precedente il ragazzo ha effettuato almeno 60 minuti di attività (**Figura 19**); il 7,6% dei ragazzi non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione (56,6%), riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 16,9% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6/7 giorni la settimana).

**Figura 19**
**Attività fisica (almeno 60 minuti) per giorni alla settimana, per classe di età**


Fonte: HBSC toscana 2018.

Le femmine adolescenti tendono a svolgere attività fisica in modo saltuario, o comunque meno frequentemente rispetto ai coetanei; circa il 5% dei ragazzi non svolge nessuna attività fisica, ma questa percentuale raggiunge il doppio nelle ragazze; questo rapporto si inverte se osserviamo la percentuale di coloro che fanno movimento quasi tutti i giorni della settimana (**Figura 20**).

**Figura 20**  
**Attività fisica (almeno 60 minuti) per giorni alla settimana, per classe di età**

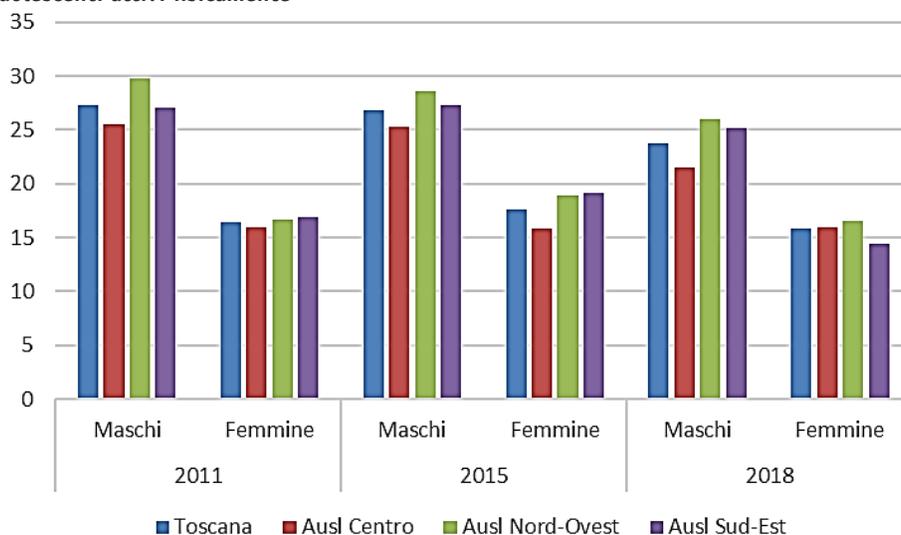


Fonte: HBSC toscana 2018.

Nei giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi si attesta al massimo a due ore giornaliere, rispettivamente per l'81,3% degli undicenni, il 74,4% dei tredicenni ed il 70,4% dei quindicenni. Durante il fine settimana la frequenza diminuisce (64,8% a 11 anni, 62,8% a 13 anni e 62,4% a 15 anni). I ragazzi che durante i giorni di scuola passano davanti allo schermo (TV, DVD ecc.) meno di 2 ore sono il 61,5%, durante il fine settimana i valori scendono al 49,1%.

Il 17,2% afferma di non fare mai uso di PC e tablet durante i giorni di scuola, e il 14,8% non li usa nemmeno nel fine settimana. Scorporando i dati per sesso si osserva che i ragazzi usano comunque questi supporti più spesso rispetto alle coetanee. Sono infatti il 10,2% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro il 24,3% delle ragazze, durante la settimana. Nel fine settimana i valori sono rispettivamente del 7,9% vs. 21,9%.

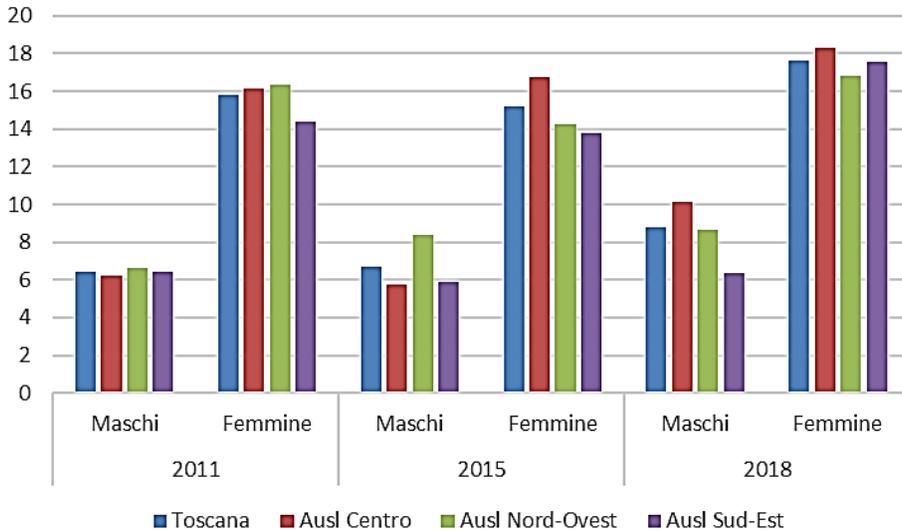
**Figura 21**  
**Adolescenti attivi fisicamente**



Fonte: EDIT 2018 Toscana.

In Toscana (Dati EDIT) i maschi adolescenti sono attivi fisicamente più delle ragazze (**Figura 21**), con diminuzione degli attivi in tutte le AUSL dal 2011 al 2018. Per le femmine la situazione è più o meno stazionaria dal 2011, dopo un fugace miglioramento delle attive nel 2015; la AUSL Sud-Est è quella che ha visto la maggior diminuzione della percentuale delle ragazze attive (dal 18% al 13% negli ultimi 7 anni).

**Figura 22**  
**Adolescenti sedentari**



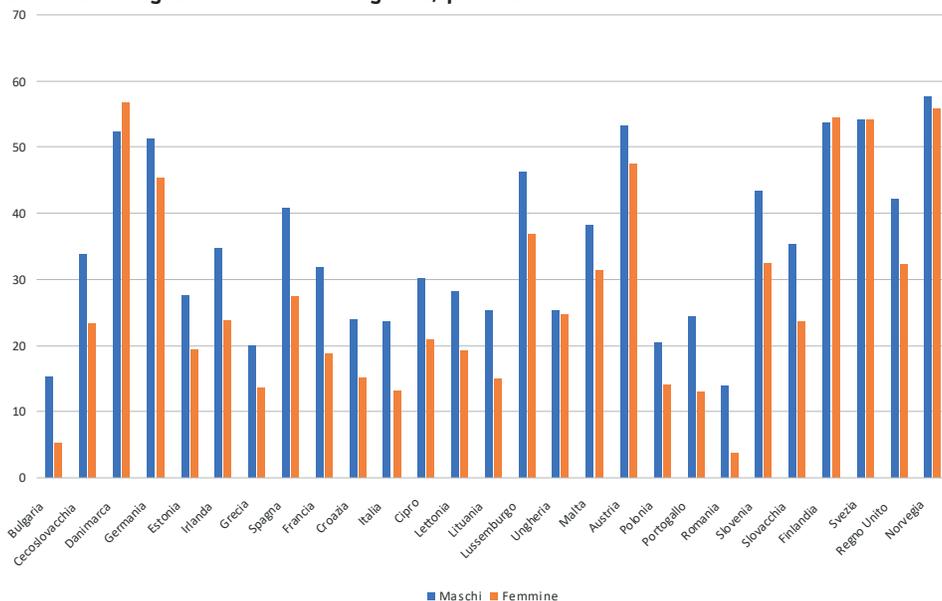
Fonte: EDIT 2018 Toscana.

Allo stesso modo la sedentarietà è aumentata dal 2011 per tutti gli adolescenti (**Figura 22**), le ragazze sono molto più sedentarie dei ragazzi in tutte le AUSL e in tutti gli anni considerati.

#### 4.3.4 L'attività fisica nell'età adulta

Per quanto riguarda il dato europeo, Eurostat 2018 (**Figura 23**) ci mostra che le persone che rispettano le linee guida per una corretta attività fisica nell'età adulta sono il 35,7% degli uomini e il 26,72% delle donne.

**Figura 23**  
**Adulti che svolgono attività fisica regolare, per Paese e sesso**



Fonte: Eurostat 2018.

All'inizio del 2018 oltre quattro adulti su cinque (85%) di 28 Paesi e di età compresa tra 16 e 74 anni utilizzavano Internet (con almeno una connessione nei tre mesi precedenti la data dell'indagine). In Danimarca, Lussemburgo, Paesi Bassi, Regno Unito, Finlandia, Germania e Svezia il 90% ha utilizzato Internet nei tre mesi antecedenti. I paesi che lo hanno utilizzato meno sono l'Italia (74%), la Grecia (72%) la Romania (71%) e la Bulgaria (65%).

L'11% non aveva mai usato Internet (due punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente). Mentre l'83% si connette almeno una volta alla settimana.

I dati PASSI Italia (**Tabella 4**) rivelano che i sedentari sono il 29,3% nella fascia di età 18-34, il 33,8% nella fascia 35-49 e il 38,6% in quella 50-69.

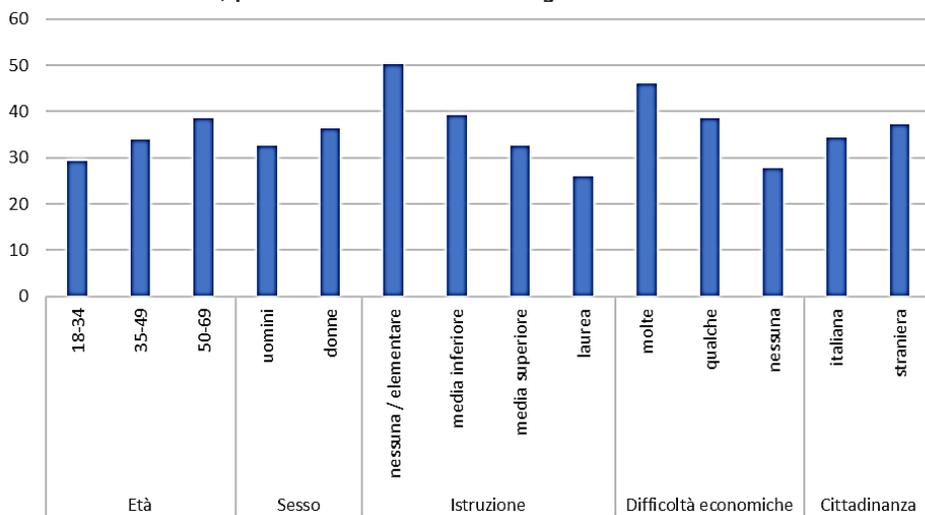
**Tabella 4**  
**Livelli di attività fisica, confronto tra regioni**

|                       | Attivo      | Parzialmente attivo | Sedentario  | Consiglio fare attività fisica |
|-----------------------|-------------|---------------------|-------------|--------------------------------|
| Abruzzo               | 32.3        | 29.5                | 38.3        | 28.7                           |
| Basilicata            | 22.7        | 15.1                | 62.2        | 20.4                           |
| Calabria              | 31.5        | 23                  | 45.4        | 24.4                           |
| Campania              | 25.1        | 24.3                | 50.6        | 30.3                           |
| Emilia Romagna        | 34.7        | 41.8                | 23.4        | 35                             |
| Friuli Venezia Giulia | 36.4        | 42.2                | 21.4        | 29.4                           |
| Lazio                 | 28.6        | 37                  | 34.4        | 33.4                           |
| Liguria               | 36.3        | 36.6                | 27.1        | 23.7                           |
| Lombardia             | 35          | 41.3                | 23.8        | 29.8                           |
| Marche                | 29.2        | 42.2                | 28.7        | 30.3                           |
| Molise                | 33.3        | 35.1                | 31.6        | 41.8                           |
| Piemonte              | 31.7        | 36.4                | 31.9        | 30.2                           |
| Provincia di Bolzano  | 49.3        | 39.7                | 11          | 22.5                           |
| Provincia di Trento   | 35.6        | 45.3                | 19.1        | 27.9                           |
| Puglia                | 30          | 23.7                | 46.3        | 19.2                           |
| Sardegna              | 41.7        | 33.2                | 25.1        | 37.8                           |
| Sicilia               | 27.6        | 26.5                | 46          | 29.1                           |
| <b>Toscana</b>        | <b>31.9</b> | <b>36.7</b>         | <b>31.4</b> | <b>31.9</b>                    |
| Umbria                | 35.3        | 43.2                | 21.6        | 35.2                           |
| Valle d'Aosta         | 35.2        | 38.6                | 26.2        | 29.2                           |
| Veneto                | 34.6        | 44.8                | 20.6        | 34.7                           |
| <b>Italia</b>         | <b>31.4</b> | <b>34.1</b>         | <b>34.5</b> | <b>30.2</b>                    |

Fonte: PASSI Italia 2018.

Le donne sono più sedentarie degli uomini (36,4% contro il 32,5%) e c'è un gradiente sulla base del livello di istruzione: i livelli più bassi hanno una percentuale di sedentari pari al 50,2%, i laureati hanno invece la percentuale più bassa col 26%. (**Figura 24**) Il gradiente esiste anche per il livello economico: chi ha molte difficoltà è sedentario nel 46% dei casi, mentre chi non le ha è sedentario solo nel 27,7% dei casi. Gli stranieri sono leggermente più sedentari degli italiani (37,1% contro il 34,4%).

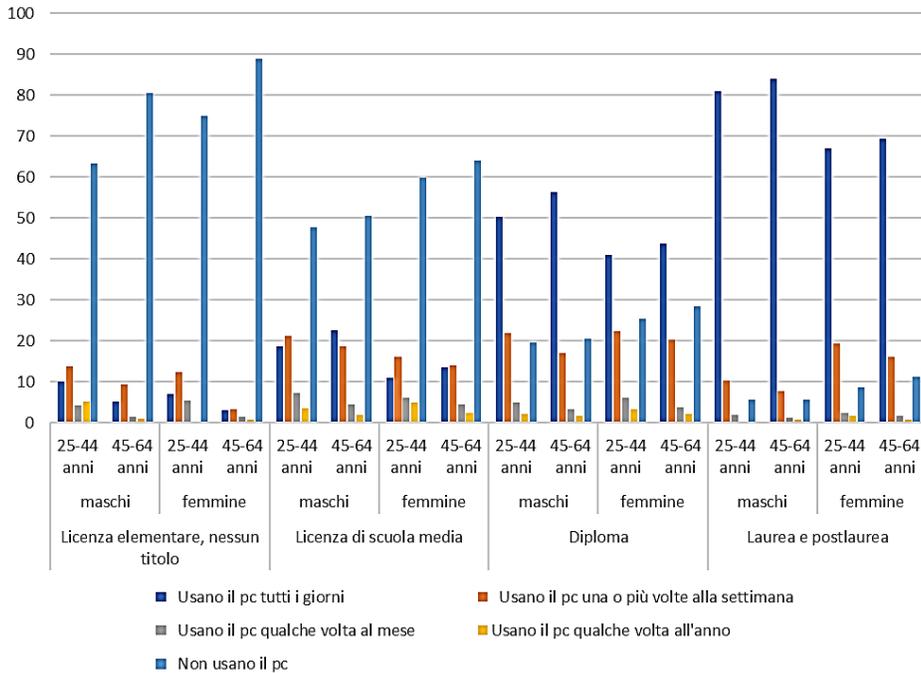
**Figura 24**  
**Percentuale sedentari, per varie caratteristiche demografiche**



Fonte: PASSI Italia 2018.

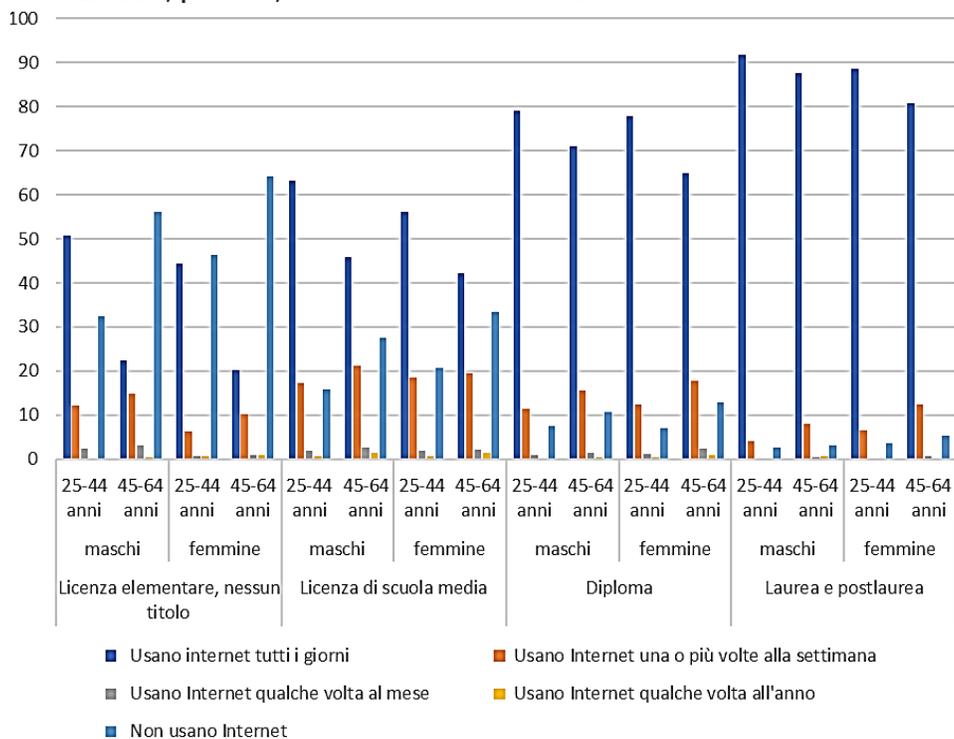
Chi è attivo si sente soddisfatto della propria attività fisica nel 72,4% dei casi, mentre il 27,6% è ancora insoddisfatto. Chi è parzialmente attivo è soddisfatto nel 50,7% dei casi, mentre il 49,3% si ritiene complessivamente insoddisfatto. Gli inattivi percepiscono la propria attività fisica come adeguata nel 22,5%, mentre il 77,5% si rende conto che la propria attività fisica svolta è insufficiente.

**Figura 25**  
**Uso del PC, per sesso, classe di età e titolo di studio**



L'uso del PC non è un'abitudine molto diffusa nel nostro paese, specialmente nelle classi con basso titolo di studio, dove l'89% delle donne nella classe di età 45-64 anni e l'80% degli uomini coetanei non lo usa mai (**Figura 25**). Le persone laureate sono quelle che usano maggiormente il PC (l'81% degli uomini nella classe 25-44 anni lo usa tutti i giorni contro il 67,1% delle donne della stessa età, mentre nella classe 45-64 anni gli uomini che usano il PC tutti i giorni sono l'84,1% e le donne il 67,1%).

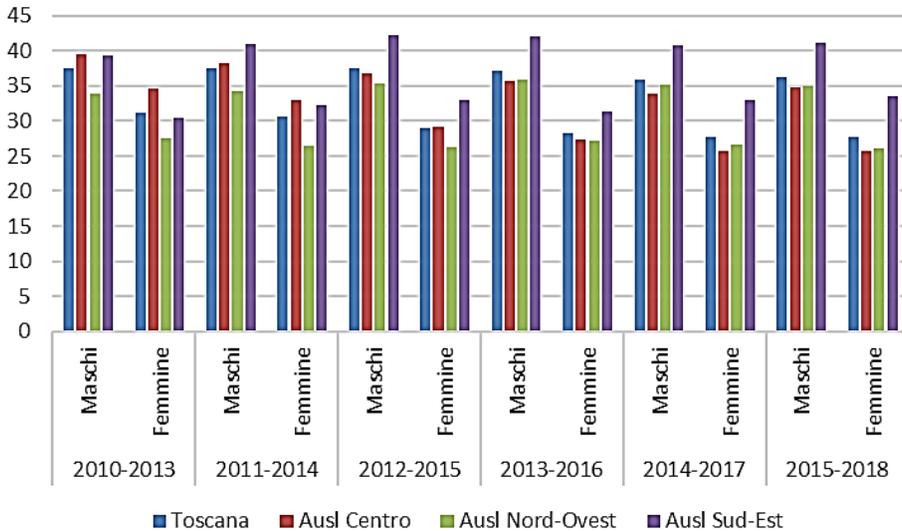
**Figura 26**  
**Uso di Internet, per sesso, classe di età e titolo di studio**



Fonte: ISTAT 2019.

Anche l'uso di internet ha un andamento molto simile all'uso del PC (**Figura 26**); questa abitudine è più diffusa nelle persone con titolo di studio più alto e più giovani, e l'uso giornaliero è più diffuso nei maschi in tutte le classi di età e titolo di studio.

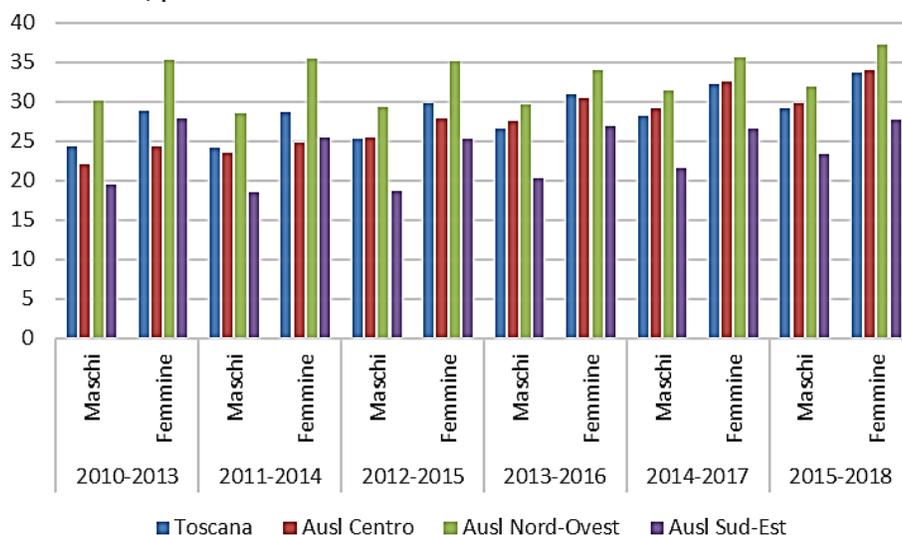
**Figura 27**  
**Adulti fisicamente attivi 18-69 anni per AUSL e sesso**



Fonte: PASSI toscana 2018.

In Toscana i dati PASSI ci dimostrano che il trend 2010-2018 vede una diminuzione generalizzata della percentuale dei fisicamente attivi (**Figura 27**), soprattutto per la AUSL centro, dove le donne hanno avuto una consistente diminuzione con percentuale di attive che va dal 40% al 25% circa. In generale gli attivi toscani dal 2010 sono diminuiti dal 37% (uomini) e 31% (donne) al 36% (uomini) e 27% (donne), pertanto la perdita percentuale femminile è stata più alta.

**Figura 28**  
**Adulti sedentari, per AUSL e sesso**



Fonte: PASSI toscana 2018.

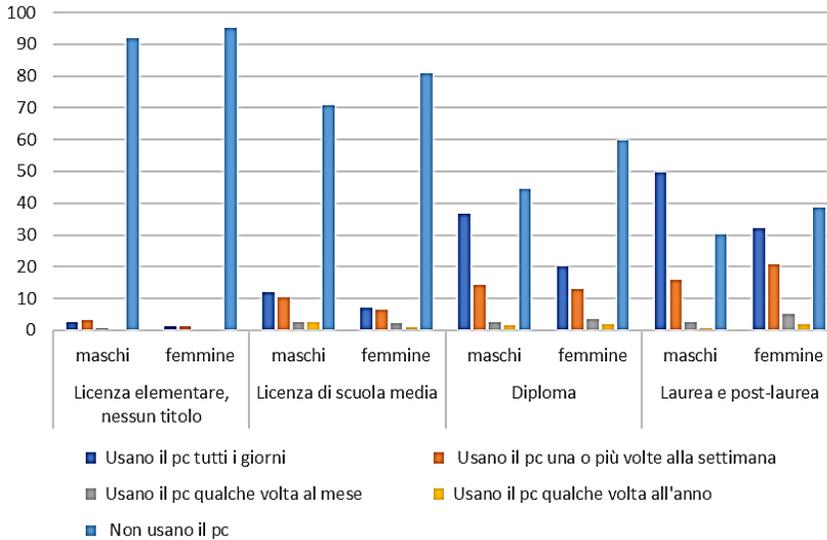
La AUSL Nord-Ovest è quella che conta la maggior quantità di sedentari, e questo dato resta molto simile dal 2010 in poi; allo stesso modo nella AUSL Sud-Est abbiamo gli adulti che si muovono complessivamente di più. Il gender gap, tuttavia, è presente in tutte le AUSL e in tutti gli anni di rilevazione dal 2010 (**Figura 28**).

La maggior parte dei toscani guarda la TV tutti i giorni, dato pressoché stabile negli ultimi due anni, così come la radio, che viene tuttavia ascoltata da una percentuale inferiore. L'uso del PC non è ancora estremamente diffuso tra gli adulti, con solo il 32,1% che lo ha usato tutti i giorni. Queste percentuali sono in diminuzione dal 2018 (dove era il 35,4%). Coloro che non usano il PC sono il 41,6% (nel 2018 erano il 39,9%). L'uso di Internet, invece, è in leggero aumento dal 2018 (usano Internet tutti i giorni il 56,4%, mentre nel 2018 era il 55,4%). Non usa Internet il 25,6% (il 27,3% nel 2018).

#### 4.3.5 L'attività fisica negli anziani

Secondo i dati ISTAT 2019 la percentuale di anziani che usano il PC tutti i giorni cresce con il titolo di studio fino ad arrivare al 50% nei maschi laureati; le donne usano meno il PC, ma anche in questo caso coloro che lo usano in percentuale maggiore ogni giorno sono le laureate (31%). La percentuale più alta di chi non usa mai il PC ricade nelle classi con titolo di studio più basso (più del 90% di uomini e donne con licenza elementare o nessun titolo) (**Figura 29**).

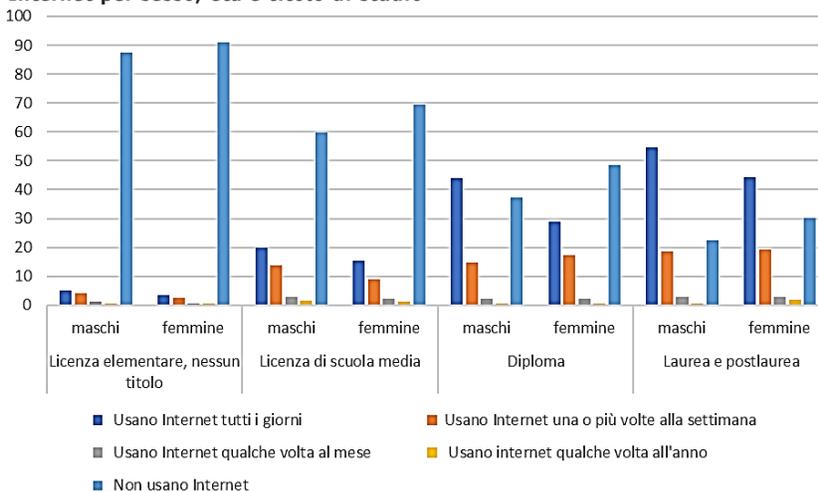
**Figura 29**  
**Uso del PC per sesso, classe di età e titolo di studio**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

L'uso giornaliero di Internet segue lo stesso andamento dell'uso del PC: coloro che hanno un titolo di studio più basso navigano di meno (appena il 5% degli uomini e il 3% delle donne naviga giornalmente, mentre circa il 90% non usa mai Internet); i laureati usano Internet in percentuale molto maggiore (il 55% degli uomini e il 45% delle donne navigano tutti i giorni, il 20% degli uomini e il 30% delle donne tuttavia non usano mai internet) (**Figura 30**).

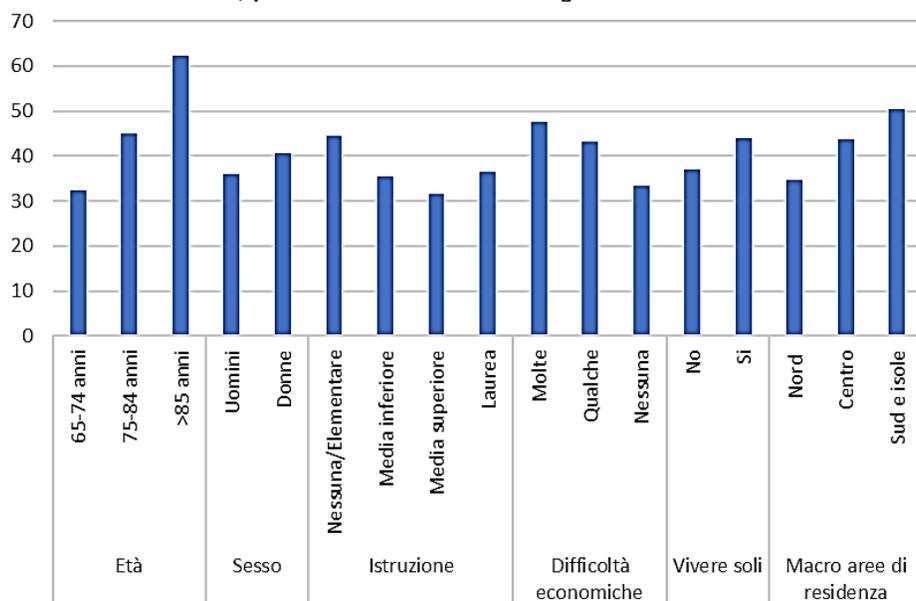
**Figura 30**  
**Uso di Internet per sesso, età e titolo di studio**



Fonte: ISTAT Italia 2019.

Per la rilevazione PASSI d'Argento (**Figura 31**) il totale dei sedentari italiani è del 39,8%, i parzialmente attivi il 60,2%. la percentuale di sedentari nella fascia d'età 65-74 anni è del 32,3%; in seguito si ha un aumento, andando al 44,9% della fascia 75-84 al 62,2% nella fascia over85. come già osservato in tutte le altre fasce di età, non solo quelle adulte, le donne hanno una percentuale di persone sedentarie più alta, qui è del 40,5%, a fronte di una percentuale maschile di 4 punti più bassa (36,1%). Chi ha solo la licenza elementare è sedentario nel 44,4% dei casi, percentuale che scende di molto nei laureati (36,6%). Chi ha molte difficoltà economiche è sedentario nel 47,5% dei casi, mentre chi non ha difficoltà è molto meno sedentario (33,5%). La percentuale di sedentari in chi vive da solo è del 43,9%, meno se si vive in compagnia (36,9%). Al Sud la percentuale di sedentari arriva al 50,4%, mentre al Nord è solo del 34,8%, con una differenza sostanziosa.

**Figura 31**  
**Percentuale di sedentari, per varie caratteristiche demografiche**



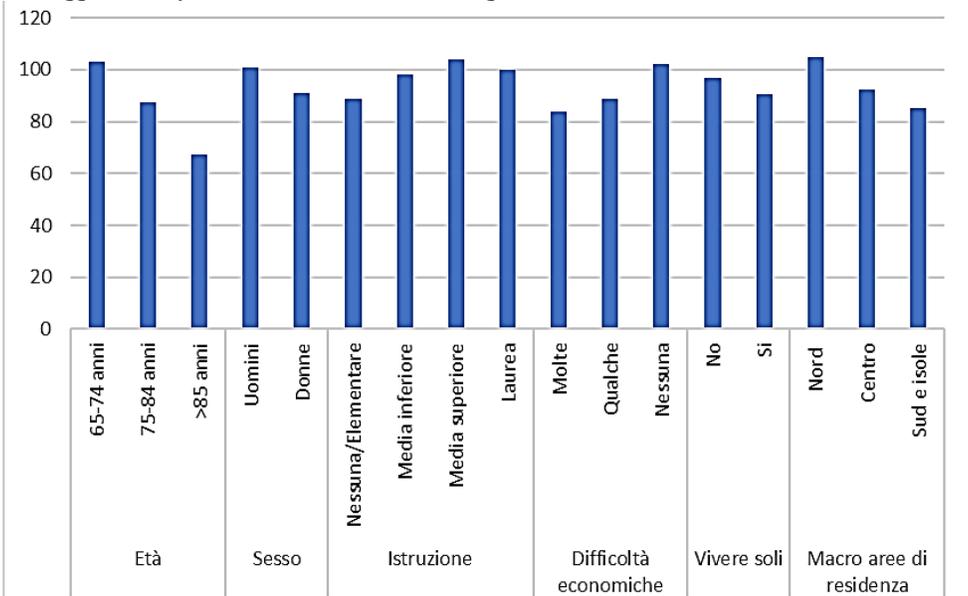
Fonte: PASSI d'Argento Italia 2018.

Il punteggio medio PASE è 94,9.

Il PASE è uno strumento validato a livello internazionale, specifico per la popolazione anziana. Permette di quantificare l'attività fisica svolta considerando non solo quelle che sono vere e proprie attività sportive, ma anche considerando le attività di vita quotidiana (fare giardinaggio, curare l'orto, curare un'altra persona); il punteggio è tanto più alto quanto migliore è il livello di attività fisica.

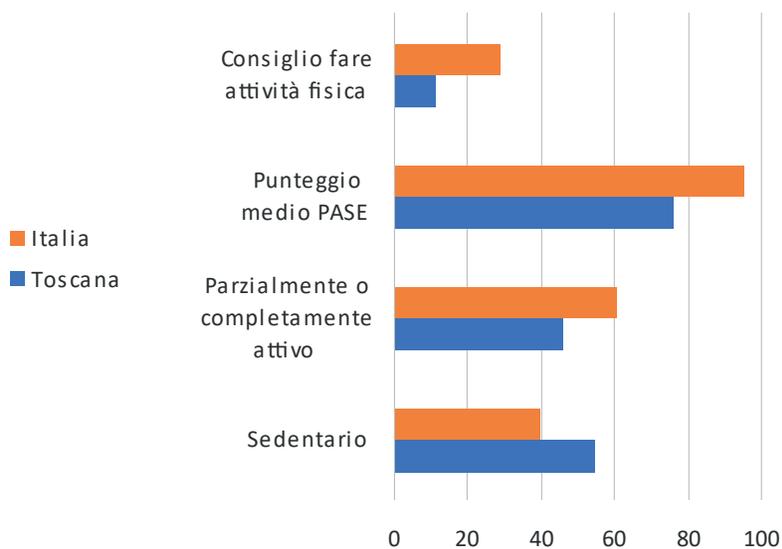
Il punteggio PASE nel biennio 2016-2018 è sostenuto maggiormente dalle attività domestiche come curare l'orto e la casa, mentre un peso inferiore hanno le attività di svago come passeggiare o fare attività fisica strutturata. Il punteggio si riduce con l'età ed è più basso nelle donne, nelle condizioni socioeconomiche basse e nel livello di istruzione basso, in chi vive da solo o in chi vive al Sud (**Figura 32**).

**Figura 32**  
**Punteggio PASE, per varie caratteristiche demografiche**



Fonte: PASSI d'Argento Italia 2018.

**Figura 33**  
**Attività fisica e punteggio PASE in Toscana e in Italia**



Fonte: PASSI d'Argento Italia 2018.

Per quanto riguarda la Toscana la percentuale di sedentari over65 è del 54,4%, un dato peggiore della media nazionale. Invece i parzialmente o completamente attivi sono il 45,6%. Il punteggio medio PASE (*Physical Activity Scale for the Elderly*, ottenuto tramite questionario, in **Figura 33**) è 75,6, inferiore al punteggio medio nazionale. Infine solo l'11% degli anziani ha ricevuto consiglio di fare attività fisica da parte di un professionista sanitario, contro una media italiana del 28,3%.

## 4.4 CONCLUSIONI

L'Italia resta ancora indietro, rispetto all'Europa, riguardo le abitudini relative all'attività fisica; in questo ambito il nostro Paese somiglia ai restanti paesi mediterranei, con circa un terzo di attivi fisicamente e due terzi poco o per nulla attivi; la situazione nella nostra regione si presenta variabile in relazione all'età: i bambini toscani sono mediamente più attivi della media italiana, con una percentuale di sedentari che è andata diminuendo di quasi 10 punti percentuali nell'ultimo decennio. I giovani invece hanno un andamento diverso, dove gli attivi, inizialmente numerosi, diminuiscono con la crescita; adulti e anziani presentano una percentuale di attivi molto bassa, anche per gli standard europei. Persiste il gap tra sessi, anch'esso ricorrente in Europa (tranne alcuni paesi nordici). Risulta evidente quanto l'attività fisica sia un tema da promuovere con forza a fronte dei centinaia di studi che dimostrano l'importanza che ha nel prevenire le malattie croniche e nel migliorare l'umore; occorre particolare attenzione alla promozione dell'attività fisica nelle donne e nelle ragazze, che per vari motivi lasciano queste attività molto presto o non vi si avvicinano mai; l'attività fisica regolare permetterebbe di acquisire maggiore forza fisica, maggiore sicurezza in sé stesse e maggiore conoscenza del proprio corpo, i limiti e i punti di forza.

## Bibliografia

1. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
2. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190328-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fnews%2Fwhats-new>
3. Guthold, Regina et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants
4. The Lancet Child & Adolescent Health, Volume 4, Issue 1, 23 – 35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)
5. Guthold, Regina et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants.
6. The Lancet Global Health, Volume 6, Issue 10, e1077 - e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
7. Physical activity factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region. Overview (2018).
8. Jetté M, Sidney K, Blümchen G. Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol.* 1990;13(8):555-565. doi:10.1002/cl.4960130809
9. World Health Organization. ( 2019) . Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.



# **CAPITOLO 5**

## **ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE**



---

# 5. ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE

## 5.1 INTRODUZIONE

Le sostanze psicotrope sono state storicamente consumate a scopo medicamentoso [1] (attraverso, ad esempio, sciroppi per la tosse a base di codeina) o ricreazionale. Negli ultimi 70 anni, riscontrati gli effetti dannosi e la dipendenza innescata dall'uso cronico, sono state proibite e sono state poste sotto il controllo di sistemi internazionali di regolamentazione. Le droghe includono moltissime sostanze, tra cui quelle tradizionali (oppio, eroina, cocaina, cannabis) e quelle di nuova generazione (MDMA, metamfetamine, ed altre). Queste sostanze determinano vari gradi di dipendenza psicologica e fisica, oltre a fenomeni di tolleranza (rendendo necessarie dosi sempre maggiori per avere lo stesso effetto). Inoltre, se consideriamo le droghe ad uso iniettivo, oltre ai fenomeni di dipendenza psicofisica si possono avere problemi legati ad una somministrazione non sterile, allo sviluppo di patologie come l'HIV e l'Epatite B e C, sepsi, trombosi e endocarditi [2].

La dipendenza si può verificare in soggetti che usano droghe regolarmente e può interferire col funzionamento globale dell'individuo e con la sfera personale e lavorativa. L'ICD 10<sup>21</sup> richiede che, per fare diagnosi di dipendenza, siano presenti almeno 3 dei seguenti requisiti:

- un forte desiderio di ottenere la sostanza stupefacente
- uno scarso o deficitario autocontrollo riguardo l'uso della sostanza, una sindrome di astinenza una volta che si cessa di usare la sostanza
- tolleranza agli effetti della droga
- sproporzionato dispendio di tempo ed energie spese per ottenere, usare e riprendersi dall'uso della droga
- uso continuativo della droga nonostante i problemi che causa.

I soggetti che fanno uso di droghe spesso ricorrono anche ad altre sostanze, come l'alcol, amplificandone gli effetti ed esponendo il soggetto ad un rischio aumentato di incidenti e danni per sé stessi e per gli altri.

Secondo quanto riportato nel rapporto *World Drug Report 2018* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la prevalenza mondiale di soggetti interessati dal fenomeno dell'uso di sostanze illegali permane al 5,6% e circa 31 milioni di persone (1 consumatore di sostanze ogni 10) soffrono di disturbi correlati all'uso di droghe. Sebbene il quadro della domanda di sostanze sia oramai consolidato, destano preoccupazione i dati dell'offerta. Il mercato a livello globale sembra essere molto

21 Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati.

dinamico, in particolare la produzione mondiale di oppio nel 2017 ha raggiunto le 10.500 tonnellate, così come la produzione di cocaina, che nel 2016 ha raggiunto un livello stimato in circa 1.410 tonnellate. Anche l'uso non medico dei farmaci oppioidi è in aumento, in particolare in Nord America, dove l'uso di fentanyl in associazione all'eroina sta provocando un aumento dei decessi da overdose. In Europa, l'oppiaceo più diffuso rimane l'eroina, ma vi sono state anche segnalazioni relative all'uso di metadone (non a scopi medici), buprenorfina e fentanyl. I sequestri di sostanze rappresentano un valido indicatore dell'andamento dei mercati delle droghe; nel 2016 in Europa ne sono stati segnalati oltre 1 milione. Le operazioni antidroga di rilevanza penale condotte nel 2017, in Italia, sono state 25.765 (un aumento dell'8% rispetto al 2016) con sequestro di quasi 115 tonnellate di sostanze stupefacenti (il 95% cannabinoidi), +60% rispetto al 2016 (coerente con quanto osservato in Europa)<sup>22</sup>. Nella nuova relazione della Direzione centrale dei servizi antidroga del ministero dell'Interno si è stabilito che il numero di sequestri nel 2019 ha avuto un vistoso aumento. Di fatto sono triplicati i volumi sequestrati rispetto al 2018 (+127,2%), raggiungendo la quota record di 8,4 tonnellate sottratte al mercato illegale. Nella serie decennale, si tratta del quantitativo più alto dal 2010. Le sostanze principalmente sequestrate sono cocaina e droghe sintetiche, mentre per le altre sostanze si registra una flessione nel numero e nella quantità sequestrata rispetto al 2018. Spiccano, in particolare, gli scostamenti negativi dei derivati della cannabis, sia per l'hashish (-73,25%), che per la marijuana (-39,83%) e la presentazione in piante (-57%). Per il Fentanyl e le droghe sintetiche, anche se le quantità sottoposte a sequestro appaiono ancora contenute, tanto da non determinare grosso peso nelle precedenti statistiche, l'incremento registrato nel 2019 (+95,62% per la presentazione in dosi e +32,16% per la presentazione in peso), conferma la crescente diffusione di questo tipo di psicotropi soprattutto tra i più giovani. In Toscana i quantitativi sequestrati sono in aumento del 53% rispetto al 2018; le sostanze in polvere maggiormente sottratte alla criminalità sono cocaina, (1167 chili), hashish (994 chili) e marijuana (1102 chili). Nella nostra regione si assiste ad un forte incremento dei sequestri di droghe sintetiche e altre nuove sostanze (114% in più rispetto al 2018) e un più modesto aumento dei sequestri relativi alle piante di cannabis (+48% rispetto al 2018) (**Tabella 1 e 2**).

---

22 EMCDDA. Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi 2019

**Tabella 1**  
**Sequestri di sostanze in polvere, per regione. Trend dal 2018**

|                            | Sequestri in polvere (kg) |        |          |           |                   |                |           | % sul 2018 |
|----------------------------|---------------------------|--------|----------|-----------|-------------------|----------------|-----------|------------|
|                            | Cocaina                   | Eroina | Hashish  | Marijuana | Droghe sintetiche | Altre sostanze | KG TOTALI |            |
| <b>Abruzzo</b>             | 14,89                     | 15,6   | 54,25    | 825,14    | 0,99              | 10,12          | 920,99    | +267,48    |
| <b>Basilicata</b>          | 4,1                       | 2,3    | 27,44    | 122,72    | 0,01              | 0,23           | 156,8     | -83,97     |
| <b>Calabria</b>            | 2218,72                   | 3,56   | 73,81    | 830,87    | 1,95              | 0,92           | 3129,83   | +24,56     |
| <b>Campania</b>            | 127,95                    | 31,30  | 1889,04  | 632,74    | 0,08              | 5,18           | 2686,29   | -74,4      |
| <b>Emilia Romagna</b>      | 112,67                    | 29,63  | 456,08   | 1440,39   | 3,02              | 0,36           | 2042,15   | +72,01     |
| <b>Friuli VG</b>           | 3,18                      | 8,26   | 50,92    | 72,68     | 0,24              | 28,38          | 163,65    | -77,75     |
| <b>Lazio</b>               | 489,94                    | 89,93  | 1369,85  | 1424,98   | 5,12              | 311,79         | 3691,6    | -62,26     |
| <b>Liguria</b>             | 3280,24                   | 24,63  | 463,44   | 526,19    | 0,23              | 1,45           | 4296,18   | +133,8     |
| <b>Lombardia</b>           | 409,84                    | 174,97 | 1269,34  | 1561,82   | 59,27             | 667,12         | 4142,35   | -35,52     |
| <b>Marche</b>              | 13,32                     | 6,73   | 22,28    | 611,06    | 0,13              | 0,38           | 653,89    | +1,24      |
| <b>Molise</b>              | 0,78                      | 0,65   | 5,74     | 98,88     |                   | 0              | 106,05    | +253,18    |
| <b>Piemonte</b>            | 37,58                     | 17,99  | 612,23   | 1400,22   | 3,41              | 1,75           | 2073,18   | +39,92     |
| <b>Puglia</b>              | 67,08                     | 47,67  | 369,55   | 5756,11   | 1,72              | 1,31           | 6243,43   | -66,13     |
| <b>Sardegna</b>            | 76,2                      | 27,88  | 547,36   | 2001,44   | 0,14              | 3,49           | 2656,51   | +261,73    |
| <b>Sicilia</b>             | 137,57                    | 7,43   | 859,11   | 3325,69   | 9,84              | 2,44           | 4342,07   | -85,15     |
| <b>Toscana</b>             | 1166,95                   | 26,46  | 993,83   | 1102,01   | 3,11              | 15,53          | 3307,89   | +52,99     |
| <b>Trentino Alto Adige</b> | 47,87                     | 18,74  | 32,69    | 175,82    | 0,22              | 0,50           | 275,84    | +37,32     |
| <b>Umbria</b>              | 3,51                      | 4,06   | 29,46    | 126,03    | 0,06              | 0,03           | 163,15    | +120,96    |
| <b>Valle d'Aosta</b>       | 0,15                      | 10,53  | 0,16     | 4,67      |                   | 0              | 15,51     | +720,53    |
| <b>Veneto</b>              | 57,01                     | 66,45  | 173,53   | 523,62    | 12,53             | 0,84           | 833,97    | -46,8      |
| <b>TOT</b>                 | 8269,54                   | 614,76 | 21005,44 | 23632,08  | 102,04            | 1051,81        | 54675,68  | -55,66     |

Fonte: Dipartimento antidroga, report 2020 (Ministero dell'Interno).

**Tabella 2**  
**Sequestri di sostanze in dosi/comprese/piante di cannabis, per regione. Trend dal 2018**

|                            | Sequestri in dosi/comprese |                |          |            |                    |            |
|----------------------------|----------------------------|----------------|----------|------------|--------------------|------------|
|                            | Droghe sintetiche          | Altre sostanze | TOTALE N | % sul 2018 | Piante di cannabis | % sul 2018 |
| <b>Abruzzo</b>             | 109                        | 464            | 573      | -7,58      | 1936               | +335,06    |
| <b>Basilicata</b>          | 19                         | 7              | 26       | -23,53     | 11157              | +2379,33   |
| <b>Calabria</b>            | 3                          | 463            | 466      | +237,68    | 46577              | -80,82     |
| <b>Campania</b>            | 4                          | 1377           | 1381     | +100,44    | 13079              | -52,96     |
| <b>Emilia Romagna</b>      | 558                        | 127            | 685      | +39,8      | 4960               | +150,76    |
| <b>Friuli VG</b>           | 87                         | 280            | 367      | -63,66     | 274                | -61,19     |
| <b>Lazio</b>               | 32102                      | 490            | 32592    | +122,15    | 2340               | -72,43     |
| <b>Liguria</b>             | 192                        | 314            | 506      | +266,67    | 3270               | +169,58    |
| <b>Lombardia</b>           | 4089                       | 1504           | 5593     | +46,64     | 8913               | -14,98     |
| <b>Marche</b>              | 233                        | 13             | 246      | +72,03     | 715                | -49,22     |
| <b>Molise</b>              |                            | 141            | 141      | +2720,00   | 33                 | +120       |
| <b>Piemonte</b>            | 175                        | 154            | 329      | -60,27     | 7319               | +15,24     |
| <b>Puglia</b>              | 402                        | 363            | 765      | +339,66    | 22474              | -80,51     |
| <b>Sardegna</b>            | 109                        | 438            | 547      | +5,19      | 41359              | +67,93     |
| <b>Sicilia</b>             | 921                        | 419            | 1340     | +82,07     | 52215              | -34,07     |
| <b>Toscana</b>             | 10463                      | 678            | 11141    | +114,41    | 3036               | +48,31     |
| <b>Trentino Alto Adige</b> | 2171                       | 29             | 2200     | +1554,14   | 209                | -4,57      |
| <b>Umbria</b>              | 0                          | 49             | 49       | +444,44    | 795                | +248,68    |
| <b>Valle d'Aosta</b>       |                            | 1              | 1        | -93,33     |                    | -100       |
| <b>Veneto</b>              | 270                        | 239            | 509      | -89,22     | 2880               | +398,27    |
| <b>TOT</b>                 | 51907                      | 7550           | 59457    | +74,44     | 223541             | -57,37     |

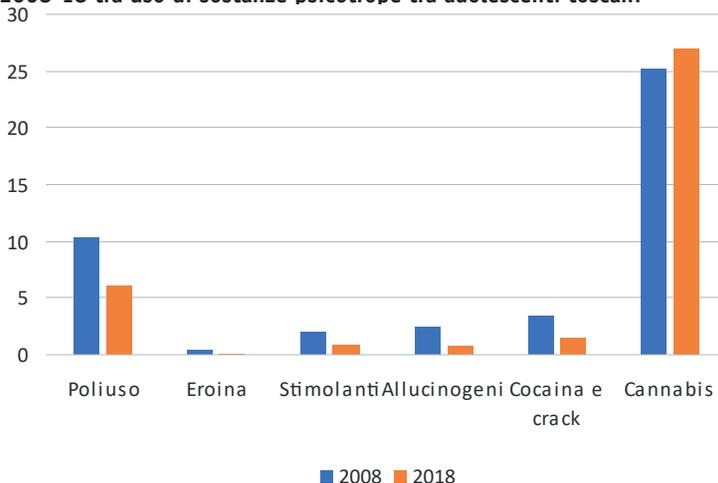
Fonte: Dipartimento antidroga, report 2020 (Ministero dell'Interno).

Per quanto riguarda la domanda i dati nazionali stimano che il 30% circa degli italiani d'età compresa tra i 15 e i 64 anni ha consumato sostanze illegali nella vita e il 10% lo ha fatto nell'ultimo anno (dati IPSAD, 2017). L'uso di sostanze è ancora prevalente tra i giovani, in particolare per l'uso ricreazionale: secondo i più recenti dati dell'indagine nazionale ESPAD Italia, il 26% degli adolescenti ha assunto sostanze psicotrope nell'ultimo anno (età 15-18 anni). La cannabis è di gran lunga la sostanza più diffusa e i ragazzi utilizzatori sono il doppio rispetto alle ragazze. Per quanto riguarda il consumo delle nuove sostanze psicoattive (NSP), l'indagine rileva un consumo di cannabinoidi sintetici (come lo Spice) riferito all'ultimo anno pari all'8,1% del campione. Il 4% degli studenti utilizza sostanze psicoattive con frequenza (più di 20 volte al mese per la cannabis o più di 10 volte al mese per le altre sostanze). In Toscana, secondo quanto stimato da ARS su dati dell'indagine EDIT rivolta agli studenti, l'andamento è allineato con quello nazionale: nel 2018 il 37% degli studenti dichiara di aver assunto almeno una sostanza nella vita, il 30% nell'ultimo anno, 4 punti percentuali sopra la media nazionale per via di un consumo di cannabis più alto anche se non più frequente: Il 27% ne fa uso nell'anno (il 40% di questi ne fa un uso frequente, da qualche giorno alla settimana a tutti i giorni), seguita dalla cocaina (1,6%), gli stimolanti (0,9%), gli allucinogeni (0,8%) e l'eroina (0,2%). La poliassunzione di 2 e più sostanze è in diminuzione negli ultimi 10 anni, dal 10% al 6% per i consumi annuali (**Figura 1**).

Quasi 2 consumatori su 3 non acquistano le sostanze su piazza, bensì le ottengono in regalo/ condivisione con il gruppo di amici, denotando, come oramai noto, il forte ruolo che il "gruppo dei pari" ricopre nel condizionare le scelte individuali.

**Figura 1**

**Confronto 2008-18 tra uso di sostanze psicotrope tra adolescenti toscani**



Fonte: EDIT 2018.

Per avere un quadro effettivo del problema della dipendenza grave da droghe è opportuno considerare gli accessi ai Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze). Ad oggi, infatti, una delle poche fonti di dati a disposizione sulle persone dipendenti da sostanze è rappresentata dal sistema di rilevazione dei dati sugli utenti tossicodipendenti afferenti ai Ser.T per mezzo della compilazione delle schede ministeriali (istituite con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309). Le informazioni riportate in queste schede, anche se non esaustive dal punto di vista epidemiologico, individuano l'importante aspetto della dipendenza grave. In Italia nel 2018 i Ser.T hanno assistito complessivamente 133.060 soggetti tossicodipendenti (TAB.3), di cui 18.644 sono nuovi utenti (14%) e 114.416 sono soggetti in carico dagli anni precedenti (86%). L'85,8% dei soggetti trattati è di genere maschile (rapporto M/F pari a 6), senza differenze tra i nuovi utenti e quelli già in carico. L'età media degli utenti in trattamento è 40 anni: le donne risultano leggermente più giovani (39 anni contro 40 anni degli uomini), mentre i nuovi assistiti risultano più giovani di quasi nove anni rispetto agli utenti già in carico, 33 contro 41 anni. In Tabella 3 sono rappresentati i nuovi accessi del 2018 e la loro percentuale sul totale delle prese in carico. Il 67% degli utenti è trattato per dipendenza da Eroina, il 37,8% per Cocaina e il 29% per abuso di cannabinoidi.

**Tabella 3**  
**Utenti nuovi dei Ser.T per regione, e percentuale dei nuovi utenti sul totale**

|                       | Numero utenti |              |                           |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------------------|
|                       | Già in carico | Nuovi (2018) | % nuovi utenti sul totale |
| <b>Piemonte</b>       | 10889         | 1512         | 12,2                      |
| <b>Valle d'Aosta</b>  | 249           | 30           | 10,8                      |
| <b>Lombardia</b>      | 17491         | 4183         | 19,3                      |
| <b>Liguria</b>        | 3848          | 295          | 7,1                       |
| <b>Trento</b>         | 819           | 126          | 13,3                      |
| <b>Veneto</b>         | 8541          | 1510         | 15                        |
| <b>Friuli VG</b>      | 1875          | 251          | 11,8                      |
| <b>Emilia Romagna</b> | 8853          | 1407         | 13,7                      |
| <b>Toscana</b>        | 10775         | 1842         | 14,6                      |
| <b>Umbria</b>         | 2452          | 255          | 9,4                       |
| <b>Marche</b>         | 4021          | 1730         | 30,1                      |
| <b>Lazio</b>          | 10778         | 1683         | 13,5                      |
| <b>Abruzzo</b>        | 2885          | 661          | 18,6                      |
| <b>Molise</b>         | 619           | 82           | 11,7                      |
| <b>Campania</b>       | 10352         | 919          | 8,2                       |
| <b>Puglia</b>         | 8334          | 1148         | 12,1                      |
| <b>Basilicata</b>     | 968           | 5            | 0,5                       |
| <b>Calabria</b>       | 2578          | 649          | 20,1                      |
| <b>Sicilia</b>        | 5734          | 347          | 5,7                       |
| <b>Sardegna</b>       | 2355          | 9            | 0,4                       |
| <b>ITALIA</b>         | 114416        | 18644        | 14                        |

Fonte: Dipartimento antidroga, report 2020 (Ministero dell'Interno).

La Toscana nel 2018 ha contato 1842 utenti in più dell'anno precedente, con un aumento del 14,6% della popolazione che si serve dei Ser.T.

## 5.2 TIPI DI DROGHE

### 5.2.1 Droghe tradizionali

- **Cannabis:** è una delle droghe che da anni è più presente in Europa, e la sostanza d'abuso più utilizzata. Questa sostanza viene generalmente assunta inalandone il fumo, di solito mescolata a tabacco. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente. Ad oggi è la sostanza più frequentemente usata da chi si rivolge a un servizio specialistico di trattamento della tossicodipendenza<sup>2</sup>. La cannabis contiene molte sostanze chimiche diverse, ma quelle che attirano maggiormente l'attenzione sono due cannabinoidi, il tetraidrocannabinolo (THC) e il cannabidiolo (CBD). Il THC è la sostanza principale che provoca gli effetti psicoattivi della cannabis [3]. I prodotti contenenti CBD sono sempre più commercializzati con indicazioni riguardanti i loro effetti benefici. I nuovi prodotti dichiarano di avere concentrazioni di THC inferiori a 0,2 % o 0,3 % e rientrano in linea di massima in due categorie di prodotti: una destinata a persone che fumano cannabis e una (le formulazioni come oli e creme) destinata a persone interessate a possibili usi per la salute. I Paesi europei hanno legislazioni più o meno restrittive riguardo questi prodotti. Esistono tuttavia nuove varietà di cannabis frutto di processi di coltivazione ed estrazione innovativi, che la rendono più potente e sempre meno esente da rischi per la salute.
- **Spice:** si tratta di un mix di erbe che vengono essiccate e al quale vengono aggiunte sostanze chimiche che la rendono, di fatto, una droga sintetica. Chiamata anche K2, Moon Rock, fake weed, Yucatan Fire, Skunk o, più semplicemente, cannabis sintetica [4]. I Cannabinoidi sintetici conosciuti genericamente come "Spice" rappresentano il più largo gruppo di sostanze monitorate in Europa dai Sistemi di Allerta, questi prodotti totalmente chimici si presentano come misture di erbe, non contengono cannabis, ma quando vengono fumati ne producono effetti simili.
- **Eroina e oppiacei:** L'eroina è l'oppiaceo più diffuso nel mercato della droga europeo. I dati più recenti indicano che il consumo di eroina rappresenta ancora la percentuale maggiore (circa l'80 %) delle nuove richieste di trattamento associate agli oppiacei in Europa<sup>2</sup>. Tradizionalmente quella importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eroina *brown* (forma chimica base), ricavata perlopiù dalla morfina estratta da papaveri coltivati in Afghanistan; molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che in passato proveniva dall'Asia sudorientale, ma che adesso può anche essere prodotta in Afghanistan o in

paesi vicini. Altri oppiacei disponibili sui mercati illeciti in Europa includono l'oppio e i medicinali morfina, metadone, buprenorfina, tramadolo e vari derivati del fentanil. Questi ultimi sono molto potenti e stanno destando molta preoccupazione in Europa ed USA. Dal 2012, infatti, il sistema di allerta rapido dell'UE sta ricevendo un numero crescente di segnalazioni di tali sostanze e dei danni da esse causati. Si tratta di sostanze che vengono vendute online o al mercato nero come eroina o come composti di varie sostanze oppioidi e farmaci. In Europa i problemi legati agli oppiacei sintetici estremamente potenti sembrano essere in aumento, come indicano le crescenti segnalazioni di intossicazioni non letali e decessi pervenute al sistema di allerta rapido. All'inizio del 2017, l'EMCDDA ha condotto esercizi di valutazione dei rischi sui derivati del fentanil, l'acrilioilfentanil e il furanilfentanil. 50 nuovi oppiacei sintetici sono stati segnalati al sistema di allerta precoce dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive. Tra le persone che iniziano per la prima volta il trattamento della tossicodipendenza per un problema legato agli oppiacei, una su cinque segnala un oppiaceo sintetico, e non l'eroina, come problema principale; queste sostanze sono più frequentemente coinvolte nei casi di overdose.

- **Cocaina:** è una sostanza ricavata dalle foglie di coca, un arbusto coltivato principalmente in Colombia, Bolivia e Perù, e viene trasportata da diversi punti di partenza in America meridionale e centrale verso l'Europa. La cocaina può essere consumata in vari modi. La *freebase* è la forma base della cocaina cloridrato, che si ottiene dissolvendo la cocaina in acqua, si aggiunge ammoniaca per eliminare i protoni in eccesso e si taglia aggiungendo etere etilico, in quanto il *freebase* è insolubile in acqua ma altamente solubile nell'etere. Il Crack invece si ottiene mischiando le dovute dosi di cocaina cloridrato a una base, come il bicarbonato di sodio. Il crack è spesso usato più del *freebase* in quanto non si taglia con etere, e per questo meno pericoloso da preparare. Crack e *freebase* hanno effetti quasi istantanei e molto forti. Causano entrambi alta dipendenza psichica e fisica.

### 5.2.2 Nuove sostanze

- **Nuove sostanze psicoattive (NSP):** sono composti che imitano gli effetti di comuni droghe illecite come la cannabis o l'ecstasy ma sono miscele di erbe, polveri, cristalli, compresse che vengono denominate "droghe legali", "*ethno botanicals*", "prodotti chimici di ricerca". Nel 2013 l'EMCDDA ha individuato 651 siti web (spesso nel deep web, ossia quella parte del web che si trova in Internet ma non viene indicizzata dai motori di ricerca) che vendevano "droghe legali". Nel 2018 nuove sostanze psicoattive sono state segnalate al sistema di

allerta precoce dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive al ritmo di circa una alla settimana. Il numero di nuove sostanze stupefacenti individuate nel 2018 (55) è simile a quello del 2017.

- **Catinoni sintetici**<sup>23</sup>: sono sostanze strutturalmente analoghe al catinone, una molecola psicoattiva presente in natura nella pianta del Khat. Tra i derivati vi sono gli analoghi del beta-keto, molto simili alle fenetilammine. Questo gruppo comprende diverse sostanze utilizzate come principio attivo nella preparazione di medicinali. Dagli anni 2000 in poi tali sostanze sono apparse sul mercato clandestino europeo per uso a scopo ricreativo. I catinoni sintetici maggiormente utilizzati a tale scopo sono il mefedrone ed il metilone, fino al 2010 fra i più diffusi sul mercato. Per eludere i controlli i fornitori di catinoni sintetici li immettono sul mercato sotto altri nomi (ad. esempio *Explosion*, *Blow*, *Recharge*) o come fertilizzanti per le piante o sali da bagno, spesso accompagnati dalla dicitura “non adatti al consumo umano”. Sono in grado di imitare gli effetti della cocaina, amfetamina o MDMA.
- **Ketamina** (o più raramente *ketamina*): è un farmaco anestetico, unico composto della classe delle *arilcicloesilammine* approvato per uso medico, utilizzato per l'induzione ed il mantenimento dell'anestesia ad oggi per lo più in ambito veterinario, pediatrico e traumatologico [5]. A dosi subanestetiche è utilizzata a scopo stupefacente per via dei suoi effetti allucinogenici di tipo dissociativo (nonché lieve analgesia) e trova perciò ampio uso specie nella scena *rave*.
- **Salvia Divinorum**<sup>24</sup>: nota anche come *Maria Pastora*, *Ska Maria Pastora*, è una pianta psicoattiva allucinogena della famiglia delle Lamiacee. Modifica temporaneamente lo stato di coscienza ordinario con variazioni più o meno intense delle percezioni sensoriali.
- **Antidolorifici**: fanno parte di questa categoria tutti i farmaci a base oppioide che vengono solitamente usati per contrastare il dolore in condizioni acute/croniche e che possono indurre fenomeni di tolleranza e dipendenza con un uso non ottimale del farmaco.
- **Nuove benzodiazepine**: Negli ultimi anni sembra esservi stato un aumento del numero, del tipo e della disponibilità di nuove sostanze psicoattive appartenenti alla classe delle benzodiazepine. Alcuni di questi medicinali sono venduti come versioni contraffatte di ansiolitici comuni come alprazolam (Xanax) e diazepam, utilizzando le reti di distribuzione esistenti nel mercato delle sostanze illecite; altri sono venduti online, talvolta con le loro denominazioni proprie, e commercializzati come versioni «legali» di medicinali autorizzati.

<sup>23</sup> <https://antidroga.interno.gov.it/schede/catinoni-sintetici/>

<sup>24</sup> <https://www.erowid.org/plants/salvia/>

Restando nell'ambito concettuale delle dipendenze è opportuno ricordare anche quella da alcol, che è stata trattata nel relativo capitolo, e quella da gioco d'azzardo. Quest'ultima non rappresenta una dipendenza da sostanze chimiche ma può venire considerata, in senso lato, anch'essa una dipendenza patologica a causa del disagio psicologico e delle alterazioni del funzionamento globale che determina in chi ne è affetto. Inoltre tende ad associarsi all'abuso di alcol e droghe determinando una maggiore suscettibilità a incidenti e disturbi fisici. Anche al disturbo da gioco d'azzardo (o GAP) viene dedicato un capitolo a parte in questo report.

### 5.3 GLOBAL BURDEN OF DISEASE

A livello mondiale, le droghe hanno determinato, nel 2017, l'1,09% dei DALYs totali (anni di vita persi a causa di malattia o disabilità), il 2,4% degli YLDs (anni vissuti con disabilità), nonché lo 0,3% delle morti totali. Nella regione europea i dati sono simili: i DALYs attribuibili alle droghe sono l'1,04%, gli YLDs l'1,59% e lo 0,3% le morti totali. L'Italia attribuisce lo 0,89% dei DALYs, l'1,47% degli YLDs e lo 0,1% delle morti alle droghe, al di sotto pertanto delle medie europee.

#### 5.3.1 L'uso di sostanze psicoattive in Europa, Italia e Toscana

##### *Le fonti*

Le fonti prendono in considerazione studi internazionali, nazionali e regionali (Tabella 4).

- **Studi internazionali:** nella classe adolescenziale e adulta lo studio internazionale di riferimento è quello dell'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse*, o Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze), un'agenzia dell'Unione Europea fondata nel 1993 e che pubblica annualmente una relazione sull'uso delle droghe in Europa in 27 stati membri, negli stati candidati e nella Norvegia. L'ultimo report disponibile è datato 2019; si indagano le prevalenze d'uso, nella vita e nell'ultimo anno, di vari tipi droghe diffuse in Europa (cannabis, oppiacei, cocaina, MDMA, amfetamine) nella popolazione giovane e adulta (da 15 a 64 anni). Un'altra fonte importante di dati è rappresentata dall'*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD Europe), uno studio transnazionale che ha come obiettivo il monitoraggio epidemiologico dell'uso di alcol, tabacco e altre sostanze ad azione psicoattiva, così come la valutazione di altri comportamenti a rischio, tra gli studenti 16enni europei. Lo studio è stato condotto per la prima volta nel

1995 in 26 paesi e ripetuto ogni quattro anni. All'ultima rilevazione condotta nel 2015 hanno partecipato 33 nazioni. Inizialmente promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e altre droghe (CAN), nel corso degli anni è stato sempre più supportato dall'agenzia europea *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) come preziosa fonte di informazioni per il primo degli indicatori epidemiologici chiave per il monitoraggio dell'uso di sostanze psicoattive in Europa. Per la prevalenza di uso della cannabis nell'ultimo mese dall'intervista, nel caso degli studenti, questo report ha utilizzato anche la fonte HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), uno studio internazionale realizzato in collaborazione con la WHO che ogni 4 anni monitora i comportamenti di salute, la salute e il contesto sociale di ragazzi e ragazze di 11, 13 e 15 anni. Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia a partire dal 1982.

- **Studi nazionali:** anche in questo caso lo studio più importante e di riferimento sia per la popolazione studentesca che per quella adulta e anziana è lo studio IPSAD-CNR. (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*, o Indagine sull'alcool e altre droghe sulla popolazione italiana) che ha lo scopo di monitorare i consumi di sostanze psicoattive nella popolazione generale. Il primo studio è stato condotto dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC CNR) nel 2001 e ripetuto nel 2003, 2005, 2007, 2011, 2014 utilizzando la stessa metodologia. Nel 2017 grazie al progetto Monitoring del Dipartimento Politiche Antidroga - DPA, IFC CNR ha effettuato una nuova rilevazione a carattere nazionale. Il disegno dello studio è stato strutturato secondo le linee guida fornite dall'*European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse* (EMCDDA) di Lisbona ed è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta a un campione casuale rappresentativo della popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 74 anni, costituito da circa 42.000 persone residenti. Il campione è stato selezionato dalle liste anagrafiche di 125 Comuni, a loro volta individuati in maniera casuale al fine di assicurarne la rappresentatività. Alla data del 31/12/2017 hanno risposto circa 13.000 persone residenti. Le domande chiave sono rappresentate dalla prevalenza d'uso nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese delle più comuni sostanze psicotrope (cannabis, cocaina, oppiacei, stimolanti, nuove sostanze psicoattive). Nel caso della popolazione studentesca una ulteriore fonte è rappresentata dallo studio campionario ESPAD Italia, che dal 1995 analizza i consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19

anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado. Lo studio viene condotto da 20 anni e permette di studiare l'andamento della diffusione di consumi psicoattivi e comportamenti a rischio, nonché di valutare l'effetto di fattori economici, sociali e culturali sui vari aspetti dei fenomeni analizzati. Lo studio ESPAD Italia si inserisce nell'omonimo progetto europeo.

- **Fonti regionali:** le più importanti sono quelle che riportano il dato riguardante i consumi degli adolescenti, come EDIT (“Epidemiologia dei determinanti dell’infortunistica stradale in Toscana”), che studia le abitudini degli adolescenti toscani. Recentemente inserito nel Registro delle sorveglianze regionali sugli stili di vita del Ministero della salute (DPCM 3 marzo 2017), è stato ideato e realizzato dall’ARS Toscana per la prima volta nel 2005, e poi ripetuto negli anni 2008, 2011, 2015 fino ad arrivare alla ultima edizione nel 2018 (la quinta). Viene indagata la regione nel suo complesso e per zone-distretto; con l'intento di ottenere stime rappresentative a livello di zone-distretto, è stato previsto di intervistare circa 400 studenti per ogni territorio, corrispondenti ad una sezione completa, dalla prima alla quinta classe, in quattro scuole diverse. La rilevazione del 2018 ha arruolato 6.824 studenti tra i 13 e i 21 anni, 3.731 maschi (54,7%) e 3.093 femmine (45,3%). Tra gli studenti intervistati 1.890 sono residenti nella AUSL Centro (27,7%), 2.876 nella AUSL Nord-Ovest (42,1%) e 2.058 nella AUSL Sud-Est (30,2%).

Tabella 4  
 Fonti dei dati statistici

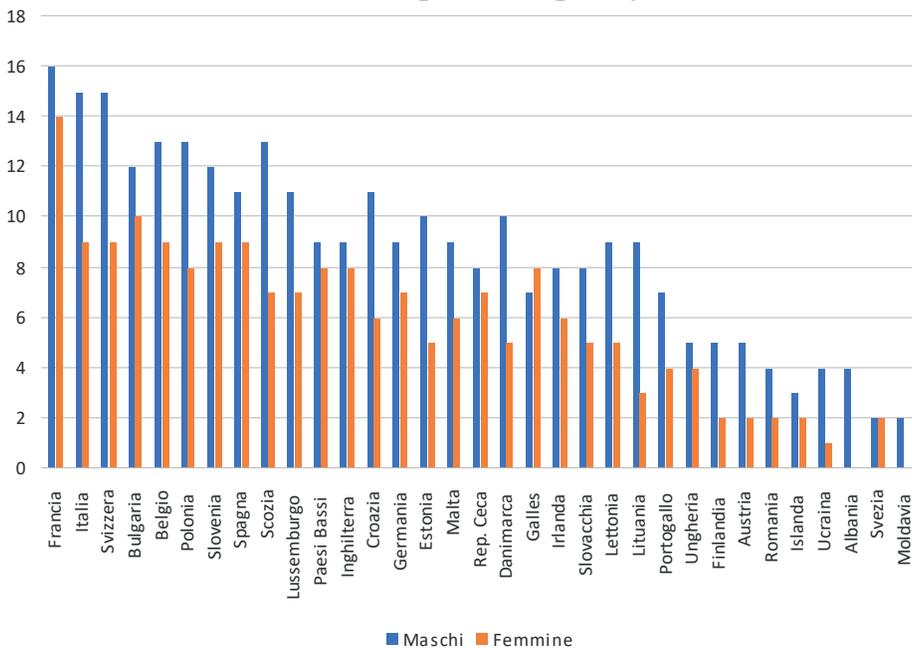
| STRUMENTI DI INDAGINE SULL'USO DI SOSTANZE PSICOTROPE |                                       |                   |                                      |                             |                     |                                        |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITALIANI                                              |                                       |                   |                                      |                             |                     |                                        |                                                                                                        |
| INDAGINE                                              | ANNI DI RILEVAZIONE                   | ETA' DEL CAMPIONE | PERIODO DI RILEVAZIONE               | DATI NAZIONALI              | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO | ARGOMENTI                                                                                              |
| <b>EDIT</b>                                           | Dal 2005                              | 14-18 anni        | Sistemática triennale                | No                          | Si                  | Entrambi                               | Frequenza di consumo in generale e per tipo, approvvigionamento e luogo di consumo                     |
| <b>HBSC</b>                                           | Dal 2003/2004, sistemática dal 2005/6 | 11, 13, 15 anni   | Sistemática quadriennale             | Si                          | Si                  | No                                     | Frequenza di consumo di cannabis                                                                       |
| <b>ESPAD</b>                                          | Dal 1995                              | 15-16 anni        | Sistemática annuale                  | Si                          | No                  | No                                     | Frequenza di consumo in generale e per tipo, approvvigionamento                                        |
| <b>IPSAD</b>                                          | Dal 2001                              | 15-64 anni        | Sistemática, biennale e quadriennale | Si                          | Si                  | No                                     | Frequenza di consumo in generale e per tipo, approvvigionamento e luogo di consumo, richiesta di aiuto |
| EUROPEI                                               |                                       |                   |                                      |                             |                     |                                        |                                                                                                        |
| <b>ESPAD EUROPA</b>                                   | Dal 1995                              | 15-16 anni        | Sistemática annuale                  | 35 Paesi e regioni EU       | /                   | /                                      | Frequenza di consumo in generale e per tipo (cannabis e inalanti), approvvigionamento                  |
| <b>HBSC EUROPE</b>                                    | Dal 1982                              | 11, 13, 15 anni   | Sistemática quadriennale             | 49 Paesi e regioni EU e USA | /                   | /                                      | Frequenza di consumo di cannabis                                                                       |
| <b>EMCDDA</b>                                         | Dal 1995                              | 15-64 anni        | Sistemática annuale                  | 30 Paesi e regioni EU       | /                   | /                                      | Frequenza di consumo, overdose per tipo, morti correlate per tipo                                      |

## Il consumo di sostanze psicotrope negli adolescenti

Per i dati HBSC più recenti (2018), il 7% degli studenti dell'indagine ha usato la cannabis negli ultimi 30 giorni; in Francia questa quota è più alta, circa il doppio (17%), così come in Italia (15%, il 18% per i maschi e l'11% per le femmine) e in Repubblica Ceca (13%); l'8% dei ragazzi ha usato cannabis negli ultimi 30 giorni, contro il 5% che non lo ha fatto. Le differenze di genere maggiori appaiono in Albania, Belgio, Bulgaria, Georgia, Irlanda, Italia, Liechtenstein e Paesi Bassi (differenze dai 5 agli 8 punti percentuali), (**Figura 2**).

**Figura 2**

**15enni che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 30 giorni, per Paese e sesso**



Fonte: HBSC 2018.

Per i dati ESPAD 2015 (data dell'ultimo report ufficiale), in media il 3% dei ragazzi riporta che il primo uso di cannabis è avvenuto a 13 anni o prima. La proporzione più alta di chi ha fatto un uso precoce è stata trovata a Monaco (in media 8%), Francia e Liechtenstein (in media 6% entrambe). Le percentuali di uso precoce di amfetamine/metamfetamine sono più basse (media ESPAD:1%) con le percentuali più alte in Bulgaria (3%) e Cipro (82%). I ragazzi hanno fatto uso precoce di cannabinoidi o amfetamine più spesso rispetto alle ragazze, e risultati simili sono stati trovati anche per il consumo di ecstasy e cocaina/crack (**Tabella 5**).

**Tabella 5**  
**Percentuale del consumo precoce, per tipo di sostanza e sesso**

|                 | Cannabis |         | Ecstasy |         | Amphetamine |         | Cocaina/crack |         |
|-----------------|----------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------------|---------|
|                 | Ragazzi  | Ragazze | Ragazzi | Ragazze | Ragazzi     | Ragazze | Ragazzi       | Ragazze |
| Albania         | 5        | 0       | 1       | 1       | 2           | 1       | 1             | 1       |
| Austria         | 2        | 2       | 0       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Belgio          | 3        | 1       | 0       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Bulgaria        | 6        | 4       | 2       | 1       | 3           | 2       | 3             | 1       |
| Croazia         | 4        | 2       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Cipro           | 3        | 1       | 3       | 0       | 3           | 1       | 3             | 0       |
| Repubblica Ceca | 5        | 5       | 0       | 0       | 0           | 0       | 1             | 0       |
| Danimarca       | 3        | 1       | 1       | 0       | 0           | 0       | 1             | 0       |
| Estonia         | 5        | 3       | 1       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Finlandia       | 1        | 1       | 0       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Macedonia       | 2        | 1       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Francia         | 8        | 5       | 1       | 1       | 1           | 0       | 1             | 1       |
| Grecia          | 2        | 1       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Ungheria        | 2        | 1       | 1       | 1       | 1           | 1       | 0             | 1       |
| Islanda         | 3        | 2       | 1       | 0       | 1           | 1       | 1             | 0       |
| Irlanda         | 6        | 3       | 2       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Italia          | 6        | 3       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Liechtenstein   | 6        | 6       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Lituania        | 3        | 2       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Malta           | 3        | 2       | 1       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Moldavia        | 1        | 1       | 0       | 0       | 1           | 0       | 0             | 0       |
| Monaco          | 10       | 7       | 1       | 0       | 1           | 1       | 1             | 1       |
| Montenegro      | 3        | 1       | 2       | 0       | 2           | 0       | 2             | 0       |
| Paesi Bassi     | 6        | 3       | 1       | 1       | 1           | 0       | 0             | 1       |
| Norvegia        | 2        | 0       | 0       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Polonia         | 6        | 3       | 1       | 1       | 2           | 1       | 1             | 1       |
| Portogallo      | 4        | 2       | 0       | 0       | 0           | 0       | 0             | 0       |
| Romania         | 2        | 1       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Slovacchia      | 6        | 5       | 0       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Slovenia        | 4        | 3       | 0       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Svezia          | 2        | 1       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Ucraina         | 2        | 0       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             | 0       |
| Lettonia        | 5        | 2       | 2       | 1       | 2           | 0       | 2             | 1       |
| Spagna          | 5        | 3       | 0       | 0       | 0           | 0       | 1             | 0       |
|                 |          |         |         | 0       |             |         |               |         |
| Media           | 4        | 2       | 1       | 0       | 1           | 0       | 1             |         |

Fonte: ESPAD Europe 2015.

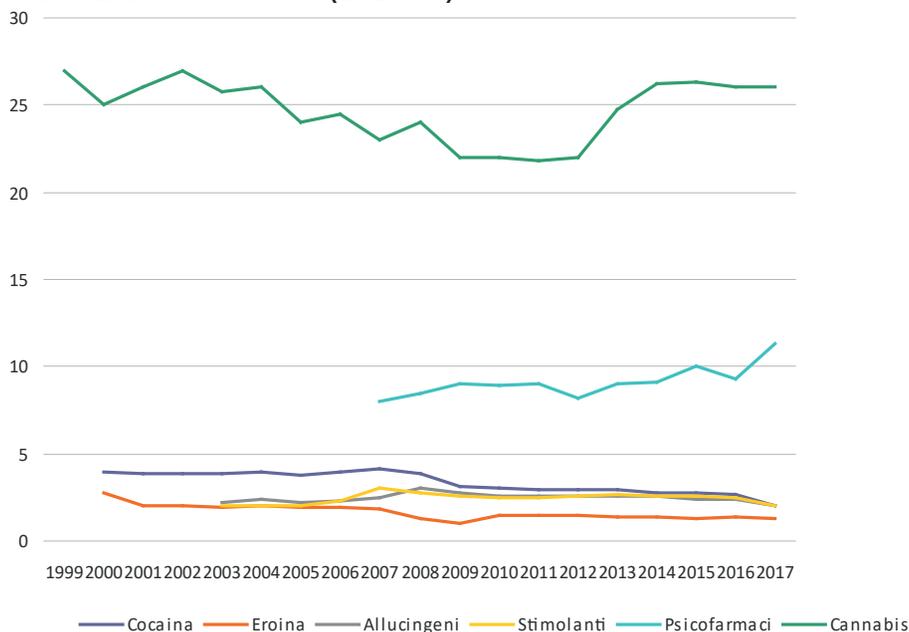
In media il 2% degli studenti ha riportato anche l'uso di droghe inalanti negli ultimi 30 giorni; la più alta prevalenza in Croazia (7%) e Cipro (5%). Le ragazze hanno riportato l'uso di inalanti più frequentemente dei maschi in Estonia, Croazia e Lettonia, mentre i ragazzi ne fanno più uso delle ragazze in Albania, Austria, Bulgaria, Cipro, Macedonia, Irlanda, Italia, Liechtenstein e Lituania. In Italia la prevalenza negli ultimi 30 giorni è stata del 3% tra i ragazzi e dell'1% tra le femmine.

Una media del 3% degli studenti ha usato anche sostanze psicoattive nuove (almeno una volta negli ultimi 12 mesi), con le prevalenze maggiori in Bulgaria, Croazia, Estonia, Irlanda, Italia (5%) e Polonia (5-8%), la più bassa in Belgio (Fiandre), Danimarca, Far Oer, Finlandia, Macedonia, Moldavia, Paesi Bassi, Norvegia e Portogallo, con l'1% per ognuno. In Italia il consumo è uguale per maschi e femmine ed è uguale al 5%.

Dallo studio ESPAD Italia condotto nel 2017 è emerso che oltre un terzo degli studenti italiani ha assunto almeno una sostanza stupefacente nella vita e più di un quarto nel corso dell'anno (**Figura 3**).

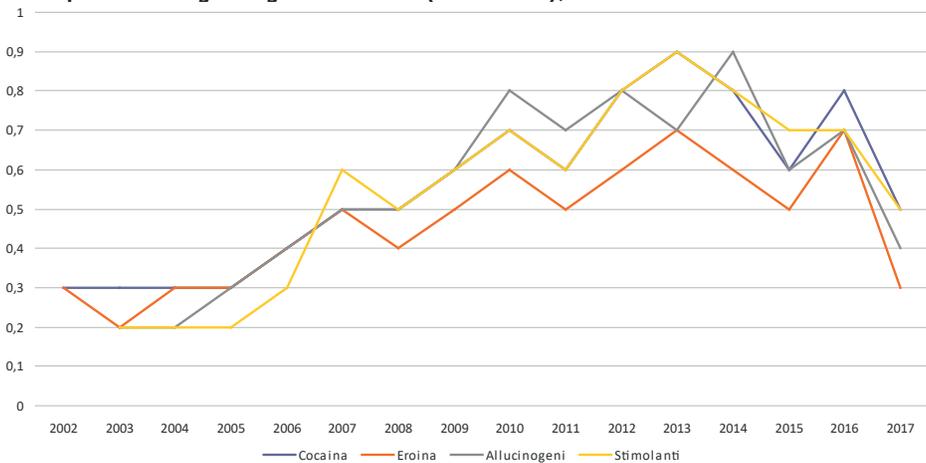
La prevalenza degli adolescenti (15-19 anni) che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nell'anno precedente è variata solo di pochissimi punti percentuali dal 1999 al 2017, attestandosi sempre intorno al 25%, con un minimo (circa 22%) negli anni 2009-2010 e un massimo (circa 27%) nei primi anni di rilevazione e, dopo una fase di discesa, negli ultimi anni di rilevazione (2016 e 2017). Molto inferiori risultano le prevalenze di chi ha consumato una volta altre droghe, come l'eroina (dal 2,8% nel 2000 a poco più dell'1% nell'ultima rilevazione), la cocaina (in discesa dal 2000 al 2017 di circa due punti percentuali), allucinogeni e stimolanti (entrambi stabili attorno al 2%). Invece la prevalenza d'uso degli psicofarmaci segna un progressivo aumento dall'8% del 2007 (primo anno di rilevazione) all'11,3% del 2017.

**Figura 3**  
**Consumo almeno una volta l'anno (15-19anni)**



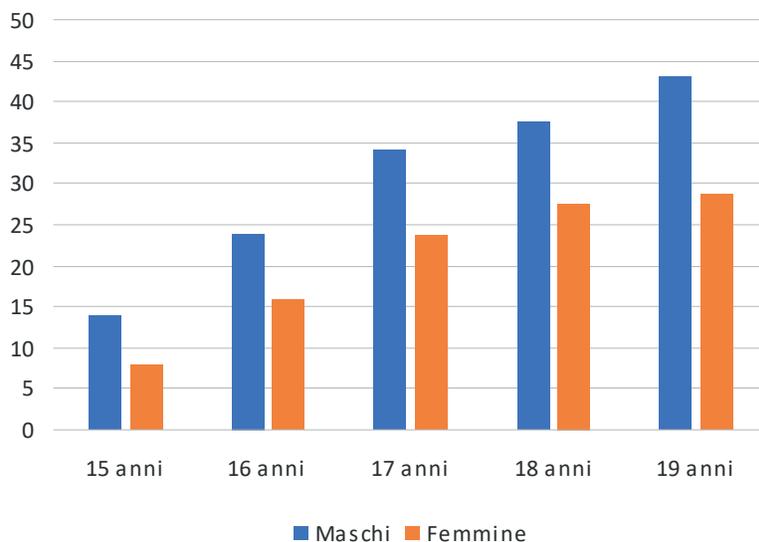
Fonte: ESPAD Italia 2017.

Il 3,4% circa degli adolescenti ha un consumo frequente di cannabis (più di 20 volte al mese), allo stesso modo poco più del 2% ha un consumo altrettanto frequente di psicofarmaci. La rilevazione per le altre sostanze d'abuso prevede come frequente un consumo di più di 10 volte al mese; per queste la cocaina ha avuto un incremento delle prevalenze d'uso fino all'1% circa nel 2013 ed una diminuzione allo 0,5% nel 2017. Percentuali simili nell'ultimo anno sono state trovate anche per eroina, allucinogeni e stimolanti (**Figura 4**).

**Figura 4****Uso frequente di droghe negli adolescenti (15-19 anni), trend dal 2002 al 2017**

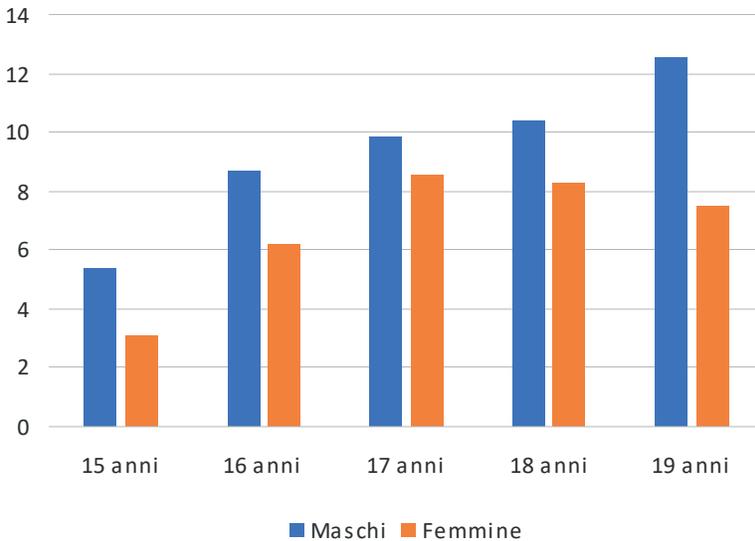
Fonte: ESPAD Italia 2017.

Trattando nello specifico ogni singola sostanza, il report IPSAD-CNR del 2017 (**Figura 5**) ci informa che per la cannabis la prevalenza d'uso nella vita, nell'ultimo anno, mese e consumo frequente sono molto vicine al 35% per il consumo nella vita, del 25% per il consumo nell'ultimo anno (30% ragazzi e 21% ragazze), del 15% per il consumo negli ultimi 30 giorni e al di sotto del 5% per il consumo frequente (20 o più volte al mese, dato allineato a ESPAD). La prevalenza di consumo annuale aumenta con l'aumentare dell'età in tutti i sessi, ma le ragazze si mantengono maggiormente virtuose. Il 22,6% degli studenti che hanno consumato cannabis nel 2017 hanno avuto un consumo problematico della sostanza.

**Figura 5**
**Prevalenza di consumo di cannabis nell'ultimo anno, per sesso e classe di età**


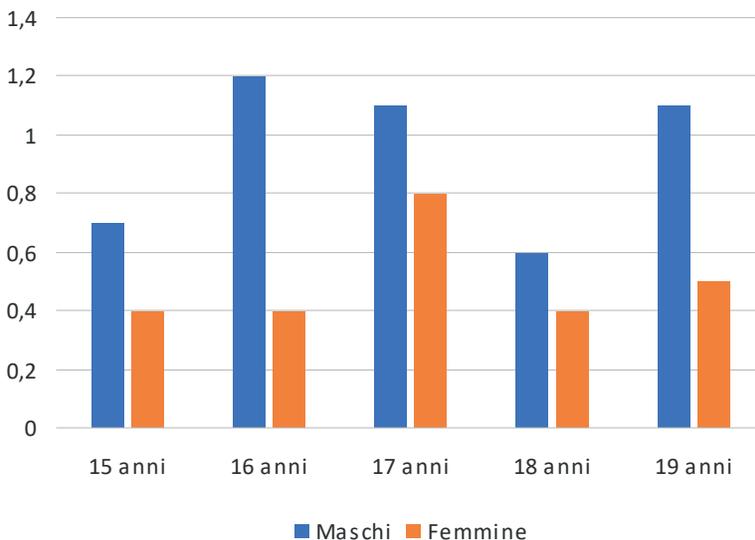
Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Riguardo ai cannabinoidi sintetici e “Spice” l’11% degli studenti ha fatto uso di queste sostanze almeno una volta nella vita, soprattutto tra i maschi (13,4%, mentre le ragazze si fermano al 10,3%). Nel corso dell’ultimo anno (**Figura 6**) sono stati consumati dal 9,5% dei ragazzi e 6,7% delle ragazze, mentre nel mese precedente sono stati consumati dal 5,7% dei ragazzi e 3,9% delle ragazze. Il consumo, come per la cannabis, aumenta gradualmente con l’età e maggiormente nel sesso maschile.

**Figura 6****Prevalenza di consumo di cannabinoidi sintetici nell'ultimo anno, per sesso e classe di età**

Fonte: IPSAD-CNR 2017.

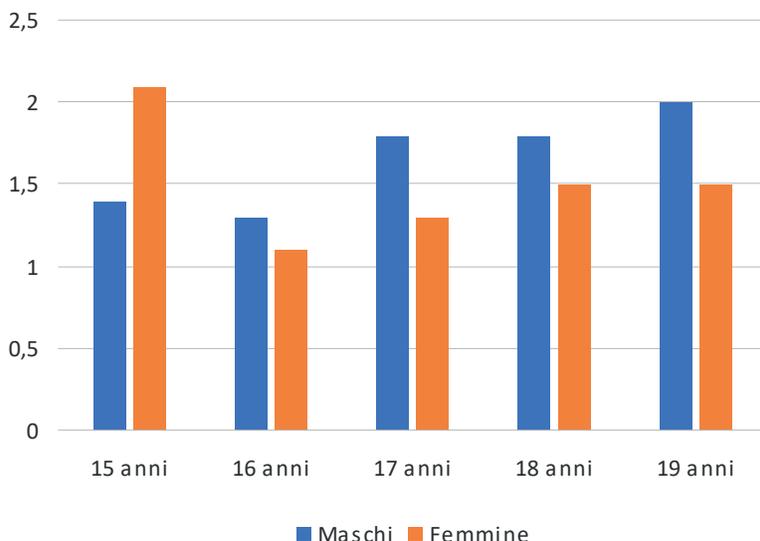
Per i catinoni sintetici lo 0,7% degli studenti, e soprattutto di genere maschile (0,9%, mentre le femmine lo 0,5%) li ha assunti almeno una volta nella vita (**Figura 7**).

**Figura 7****Prevalenza di consumo di catinoni almeno una volta nella vita, per sesso e classe di età**

Fonte: IPSAD-CNR 2017.

La prevalenza di consumo almeno una volta nella vita di antidolorifici oppioidi (come ossicodone e fentanil) è dell'1,6%, con percentuali quasi identiche tra generi (maschi 1,6%, femmine 1,5%); a 15 anni le ragazze ne fanno uso in percentuale maggiore rispetto ai ragazzi (**Figura 8**).

**Figura 8**  
**Prevalenza di consumo almeno una volta nella vita di oppioidi antidolorifici, per sesso e classe di età**

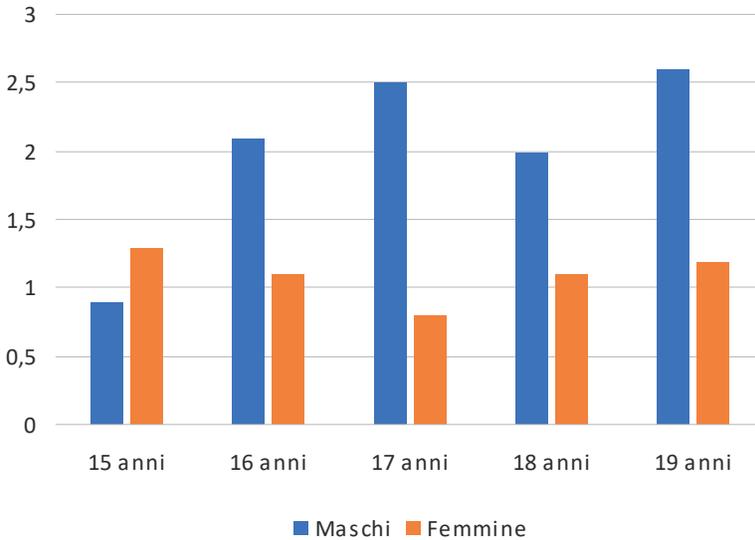


Fonte: IPSAD-CNR 2017.

L'1,6% degli studenti (15-19 anni) ha affermato di aver consumato almeno una volta nella vita la Salvia Divinorum; i maschi lo hanno fatto più spesso delle femmine (2% vs. 1,1%). Anche in questo caso le 15enni ne fanno uso in percentuale maggiore rispetto ai coetanei (**Figura 9**).

Figura 9

Prevalenze di consumo almeno una volta nella vita di Salvia Divinorum, per sesso e classe di età

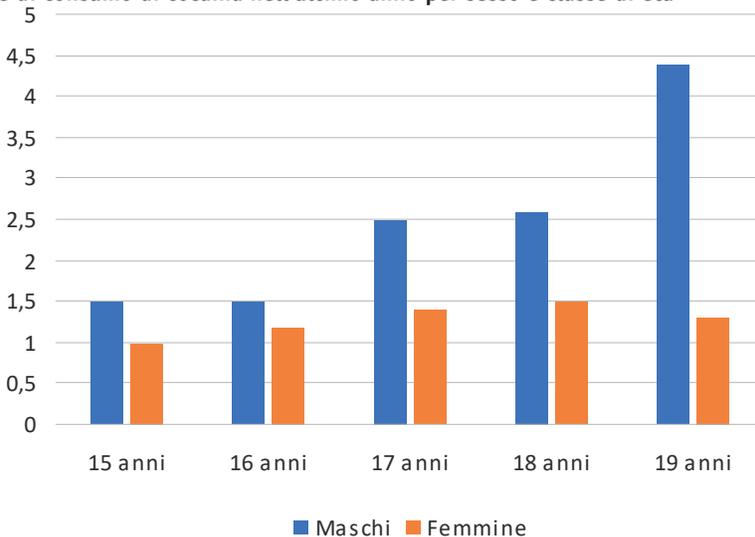


Fonte: IPSAD-CNR 2018.

Per la cocaina la prevalenza di consumo “almeno una volta” nella vita è del 3%, in calo di 3 punti percentuali dal 2007. Il consumo nell’ultimo anno è del 2% (**Figura 10**), quello degli ultimi 30 giorni dell’1% circa. Il consumo frequente (10 o più volte nell’ultimo mese) è al di sotto dell’1%.

Figura 10

Prevalenze di consumo di cocaina nell’ultimo anno per sesso e classe di età

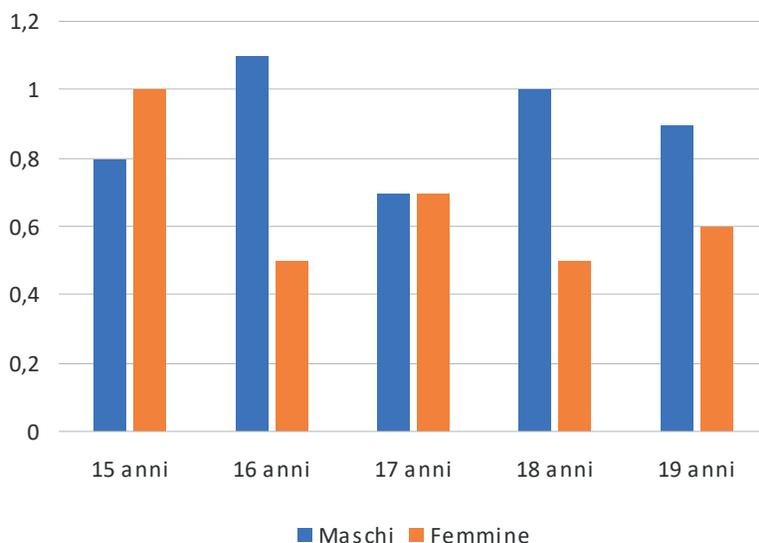


Fonte: IPSAD-CNR 2017.

L'eroina ha delle prevalenze simili alla cocaina, con quella di consumo nella vita che è andata riducendosi nel 2017 di più di tre punti percentuali dal 2007 (1,2% nei maschi, lo 0,9% nelle femmine), allo stesso modo la prevalenza di consumo nell'ultimo anno (in **Figura 11**) è poco sotto l'1% (0,9% per i maschi, 0,7% per le femmine) e lo 0,6% negli ultimi 30 giorni (0,7% per i maschi, 0,4% per le femmine).

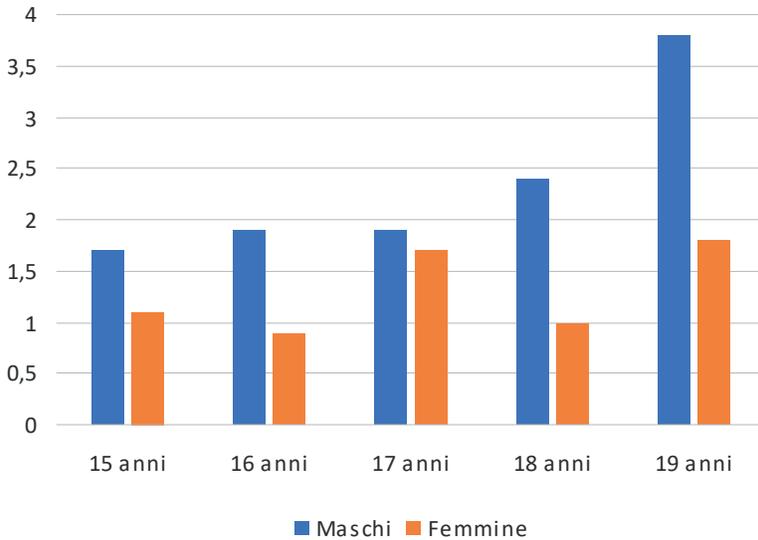
**Figura 11**

**Prevalenze di consumo nell'ultimo anno di eroina, per sesso e classe di età**



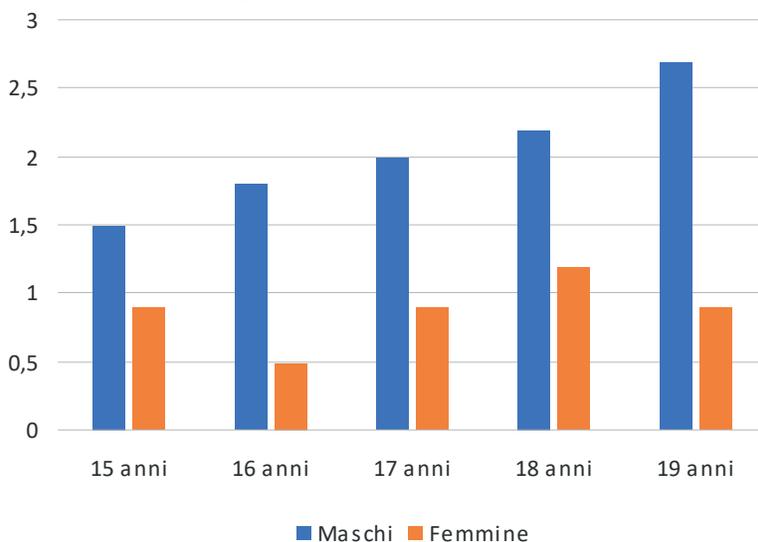
Fonte: IPSAD-CNR 2017.

La percentuale dei soggetti che riferiscono consumo delle più "classiche" sostanze stimolanti (quali amfetamine, ecstasy, GHB e MDMA) almeno una volta nella vita ha subito una costante diminuzione passando dal 4,7% del 2008 al 3,6% dell'ultima rilevazione (2016). Il consumo nell'ultimo anno (**Figura 12**) è stato, nel 2017, dell'1,9% (maschi 2,4%, femmine 1,3%), mentre nell'ultimo mese dell'1%.

**Figura 12****Prevalenza di consumo almeno una volta nell'ultimo anno di stimolanti, per sesso e classe di età**

Fonte: IPSAD-CNR 2017.

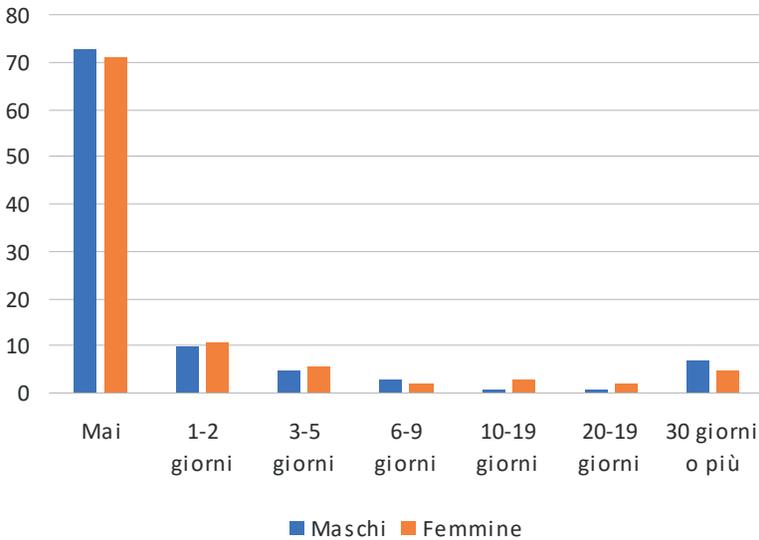
La prevalenza di consumo nella vita degli allucinogeni è scesa, anche in questo caso, dal 4% del 2006 al 3% del 2017 (3,8% per i maschi, 2,2% per le femmine); la prevalenza di consumo nell'ultimo anno (**Figura 13**) è dell'1,9% (maschi 2%, vs. femmine 0,9%), mentre la prevalenza degli ultimi 30 giorni è dell'1% (per i maschi è dell'1,1%, mentre per le femmine 0,3%).

**Figura 13**
**Prevalenza di consumo di allucinogeni almeno una volta nell'ultimo anno, per sesso e classe di età**


Fonte: IPSAD-CNR 2017.

La facilità di reperimento riferita varia molto da sostanza a sostanza: quella considerata la più semplice da procurarsi è la cannabis (48,2%), seguita da cocaina (14,7%) e stimolanti (12,2%); il 9% degli studenti pensa di potersi procurare facilmente allucinogeni e il 7,5% eroina. Le sostanze ritenute meno facili da recuperare sono la Ketamina (5,9%) e il GHB (4,6%). Per tutte le sostanze sono sempre gli studenti di genere maschile a riferire una maggior semplicità di reperimento. Anche la percezione della pericolosità relativa all'uso di sostanze stupefacenti varia da sostanza a sostanza: quasi il 64% degli studenti reputa sia molto rischioso provare eroina e/o cocaina; il consumo di stimolanti, invece, è ritenuto rischioso dal 58,6% dei ragazzi; segue la percezione del rischio delle nuove sostanze psicoattive - spice (55,8%), degli allucinogeni (55,1%), dell'uso regolare di cannabis (52,1%); l'uso occasionale di cannabis (25,6%) è quello percepito a rischio più basso.

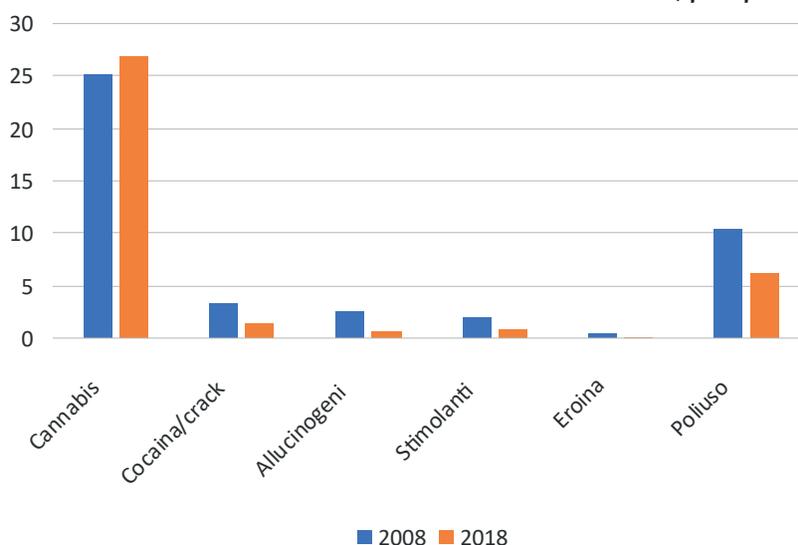
Passando alla realtà regionale della Toscana con i dati HBSC 2018, alla domanda "quante volte nel corso della tua vita hai fatto uso di cannabis?" hanno risposto "mai" il 73% dei ragazzi e il 71% delle femmine; 1-2 giorni il 10% dei maschi e l'11% delle femmine; il 7% dei maschi e il 5% delle femmine l'ha usata per 30 giorni o più. Pertanto le differenze tra maschi e femmine appaiono molto piccole in quasi tutti i casi (**Figura 14**).

**Figura 14****Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis, per sesso**

Fonte: HBSC Toscana 2018.

La quota di ragazzi che dichiarano di aver consumato cannabis almeno una volta nella vita sono il 10,1% dei ragazzi e il 10,8% delle ragazze a 15 anni. Per quanto riguarda la cocaina, la prevalenza d'uso nell'ultimo anno da parte degli studenti è del 2,4%; nel caso del consumo di eroina, lo 0,8% degli studenti l'ha usata nell'ultimo anno. Il consumo nell'ultimo anno di allucinogeni invece è dell'1,6%.

In Toscana (dati EDIT 2018) corso degli ultimi 13 anni il consumo di sostanze psicotrope si è alzato di circa 5 punti percentuali per tutti e tre gli indicatori rilevati: il consumo almeno una volta nella vita ha una prevalenza del 36,8% (dal 31,9 del 2005), quello nell'ultimo anno ha una prevalenza del 30,1% (dal 25,5% del 2005), mentre la prevalenza di consumo nell'ultimo mese è del 20,5% (dal 16,9% del 2005); per quest'ultima la prevalenza maschile è 21,3%, mentre quella femminile è del 19,5%. Per il 60% degli intervistati l'età di esordio della sperimentazione delle prime sostanze è 15 anni, senza differenza di genere.

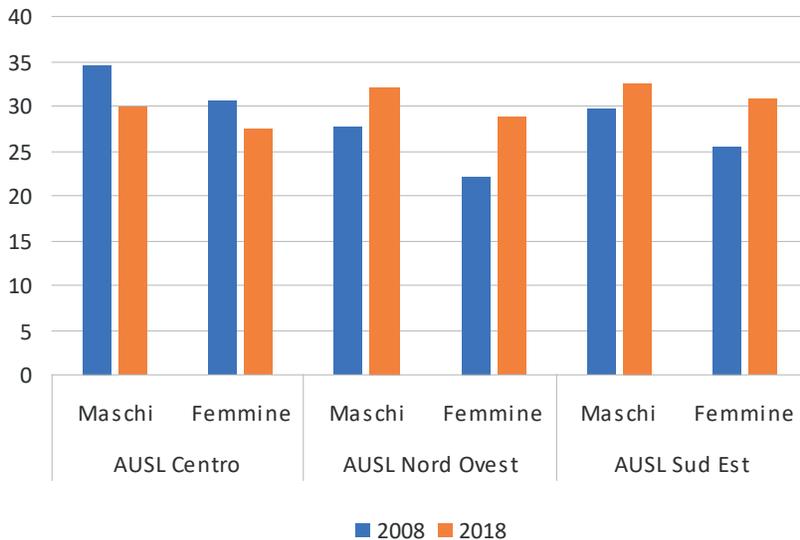
**Figura 15**
**Percentuali di consumo 2008-2018 di almeno una sostanza nell'ultimo anno, per tipo**


Fonte: EDIT 2018.

Come si evince dalla **figura 15** nell'ultimo decennio le percentuali di consumo almeno una volta nell'ultimo anno si sono ridotte per tutti i tipi di sostanza tranne la cannabis, dove hanno avuto un lieve aumento (dal 25,3% al 27%). La cannabis è nella grande maggioranza dei casi la prima sostanza provata (94%). Se si fa riferimento all'ultimo mese prima dell'intervista, il 18% del campione l'ha usata e di questi il 40% ne ha fatto uso frequente (da qualche volta a settimana fino a tutti i giorni). Dopo quest'ultima gli intervistati usano la cocaina (1,6%, in discesa rispetto al 2008 dove il 3,4% la usava), gli stimolanti (0,9% del 2018 contro il 2,1% del 2008), gli allucinogeni (0,8% vs 2,6 dei 10 anni prima) e l'eroina (0,2% contro lo 0,5% del 2008). La poli-assunzione, tuttavia, è in calo dal 10% al 6% per i consumi annuali e dal 5,5% al 3,1% per quelli mensili.

**Figura 16**

**Differenze tra AUSL 2008-2018 per consumo di almeno una sostanza nell'ultimo anno, per sesso**



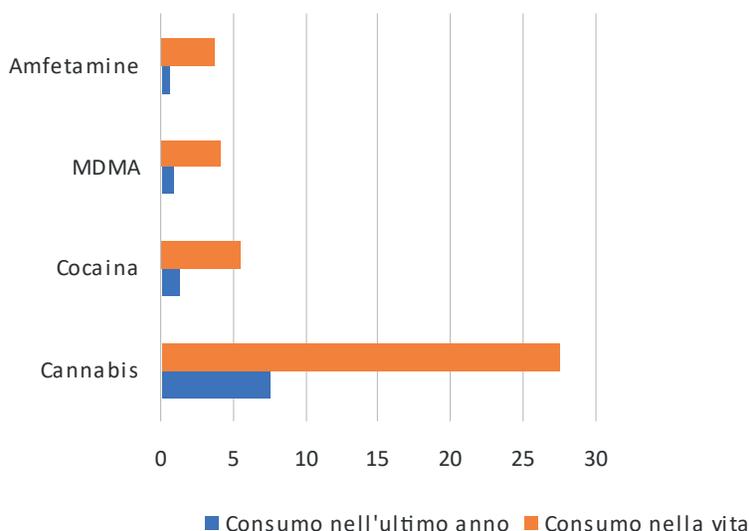
Fonte: EDIT 2018.

Si osserva un aumento delle prevalenze d'uso nell'ultimo anno per le AUSL Sud-Est (dal 27,8% al 31,8% negli ultimi 10 anni) e Nord-Ovest (dal 25,2% al 30,6%) e una diminuzione per la Centro (dal 32,7% al 28,9%).

### ***Il consumo di sostanze psicotrope nell'età adulta***

In Europa l'EMCDDA stima che nell'ultimo anno abbiano fatto uso di droghe 19,1 milioni (16 %) di giovani adulti (15-34 anni); tra coloro che hanno segnalato di averne fatto uso, i maschi (20 %) sono il doppio delle femmine (11 %).

**Figura 17**  
**Consumo nell'ultimo anno e nella vita, adulti europei 15-64 anni**



Fonte: EMCDDA report 2019.

Considerando l'uso in tutta la classe adulta (15-64 anni) il 7,4% ha consumato cannabis nell'ultimo anno, il 27,4% una volta almeno nella vita (**Figura 17**). La prevalenza di consumo di cannabis durante la vita in Europa è molto variabile; per quanto riguarda gli uomini, il paese con prevalenza più alta è la Francia (con il 52,7%), mentre quello con la più bassa è la Turchia (5,4%). Per le donne le percentuali sono sempre inferiori e vanno da un massimo della Francia (37,2%) a un minimo della Turchia (0,2%). Per quanto riguarda la prevalenza d'uso nell'ultimo anno, la percentuale più alta viene raggiunta per gli uomini dalla Spagna (15,4%), mentre la minima è ancora osservata in Turchia (2%). Per le donne abbiamo nuovamente prevalenze di consumo inferiori: la percentuale più alta di chi ha usato cannabis nell'ultimo anno è quella italiana (7,8%), quella più bassa appartiene ancora alla Turchia (0,1%). Le prevalenze di consumo nell'ultimo mese invece, hanno un valore massimo del 12,9% per gli uomini spagnoli e minimo dello 0,8% per gli ungheresi. La percentuale più alta di donne che hanno consumato cannabis nell'ultimo mese, invece, è del 3,6% delle francesi e italiane, la più bassa è delle turche, prossima allo 0%.

Per quanto riguarda il nostro Paese si nota, pertanto, che le prevalenze di chi ha usato cannabis recentemente sono tra le più alte in Europa, così come le prevalenze nella vita (essendo secondi solo alla Francia e alla Spagna). Questo dato può essere spiegato dalla persistenza dell'abitudine alla cannabis e dall'avvicinamento costante dei giovani a questo tipo di sostanze (**Tabella 6**).

Tabella 6

Prevalenze di consumo di cannabis almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per Paese e sesso

| <b>CANNABIS</b> |            |       |                  |       |                  |       |
|-----------------|------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
|                 | Nella vita |       | Nell'ultimo anno |       | Nell'ultimo mese |       |
|                 | Uomini     | Donne | Uomini           | Donne | Uomini           | Donne |
| Austria         | 25,6       | 21,5  | 7,2              | 5,6   | 2,9              | 2     |
| Belgio          | 18,8       | 11,1  | 6,3              | 2,9   | 3,9              | 1,3   |
| Bulgaria        | 11,5       | 4,8   | 5,9              | 2,3   | 3,3              | 1,6   |
| Croazia         | 25,8       | 13    | 11,5             | 4,3   | 7,6              | 2,4   |
| Cipro           | 19         | 5,5   | 3,5              | 0,9   | 1,9              | 0,4   |
| Cecoslovacchia  | 36         | 21,1  | 11,9             | 5,9   | 2,1              | 1,8   |
| Danimarca       | 46         | 32,3  | 8,7              | 4,6   | 4,5              | 1,6   |
| Estonia         |            |       | 8,3              | 3,8   | 1,7              | 1,1   |
| Finlandia       | 26,7       | 16,7  | 9,2              | 4,3   | 3,9              | 1     |
| Francia         | 52,7       | 37,2  | 15,1             | 7,1   | 9,4              | 3,6   |
| Germania        | 31,8       | 22,6  | 7,4              | 4,9   | 4                | 2,3   |
| Grecia          | 15,8       | 6,3   | 4,1              | 1,6   | 1,7              | 0,8   |
| Ungheria        | 9,5        | 5,7   | 2,5              | 0,8   | 0,8              | 0,5   |
| Irlanda         | 35,8       | 20    | 11,2             | 4,3   | 6,6              | 2,1   |
| Italia          | 39,1       | 26,4  | 12,6             | 7,8   | 7,4              | 3,6   |
| Lettonia        | 15,9       | 4,2   | 6,9              | 1,7   | 2,7              | 0,6   |
| Lituania        | 17,1       | 4,8   | 4,6              | 1     | 1,6              | 0,6   |
| Lussemburgo     | 30         | 18,1  | 6,6              | 3,5   | 3,2              | 1,3   |
| Malta           | 6,7        | 2     |                  |       |                  |       |
| Paesi Bassi     | 32,1       | 21,1  | 12,3             | 6,2   | 8,4              | 3,1   |
| Norvegia        | 29,7       | 19,1  | 7                | 3,4   | 3,5              | 1,4   |
| Polonia         | 22,5       | 10,5  | 7,7              | 1,7   | 4,1              | 0,3   |
| Portogallo      | 15,6       | 6,6   | 7,3              | 3,1   | 6,1              | 2,6   |
| Romania         | 7,9        | 3,8   | 4,3              | 2     | 2,1              | 0,7   |
| Slovacchia      | 22,3       | 9,4   | 7                | 1,7   | 3,3              | 0,9   |
| Slovenia        | 19,5       | 11,8  | 5,9              | 2,8   | 3,3              | 1,2   |
| Spagna          | 43,6       | 26,8  | 15,4             | 6,6   | 12,9             | 5,3   |
| Svezia          | 18,7       | 11,3  | 5,7              | 3,4   | 2,1              | 1     |
| Turchia         | 5,4        | 0,2   | 2,2              | 0,1   | 1,5              | 0     |
| Regno Unito     | 35,7       | 24,4  | 9,5              | 4,8   | 4,6              | 2     |

Fonte: EMCDDA 2019.

Per quanto riguarda la cocaina (**Tabella 7**) la prevalenza di consumo almeno una volta nella vita, negli adulti europei, va da un massimo del 14,6% degli uomini spagnoli ad un minimo dello 0,3% dei turchi. Per le donne si ha una prevalenza maggiore in Regno Unito (7,4%) e minore in Turchia (0%). La percentuale di chi l'ha consumata nell'ultimo anno invece ha, per gli uomini, un massimo del 3,8% nel Regno Unito e un minimo in Cecoslovacchia, dove non ne fanno uso (0%); le donne che ne hanno fatto più uso negli ultimi 12 mesi, invece sono nel Regno Unito (con prevalenza dell'1,6%), quelle che hanno ceduto di meno a questa abitudine sono in Cipro, Lituania, Polonia, Slovacchia (0%). Nell'ultimo mese la prevalenza maschile più alta di consumo viene registrata in Spagna (1,8%) e la più bassa in Cecoslovacchia, Estonia, Polonia e Turchia (tutte allo 0%); per quanto riguarda le donne troviamo la prevalenza più alta in Regno Unito (0,6%), mentre in molti paesi non ne hanno fatto uso nell'ultimo mese (Austria, Cipro, Cecoslovacchia, Finlandia, Grecia, Ungheria, Lituania, Polonia, Portogallo, Slovacchia e Svezia).

L'Italia in questa classifica si colloca abbastanza in alto per quanto riguarda la prevalenza di consumo nella vita (8,9% e 4,8% per uomini e donne rispettivamente), più in basso per i consumi più recenti; questo potrebbe indicare una riduzione dell'uso di questa sostanza a favore di altre (cannabis).

Tabella 7

Prevalenze di consumo almeno una volta nella vita di cocaina, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per Paese e sesso

| <b>COCAINA</b> |            |       |                  |       |                  |       |
|----------------|------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
|                | Nella vita |       | Nell'ultimo anno |       | Nell'ultimo mese |       |
|                | Uomini     | Donne | Uomini           | Donne | Uomini           | Donne |
| Austria        | 3,6        | 2,3   | 0,4              | 0,3   | 0,1              | 0     |
| Belgio         |            |       | 0,7              | 0,3   |                  |       |
| Bulgaria       | 1,3        | 0,5   | 0,4              | 0,2   | 0,1              | 0,1   |
| Croazia        | 4,3        | 1,1   | 1,2              | 0,4   | 0,5              | 0,1   |
| Cipro          | 2,3        | 0,6   | 0,4              | 0     | 0,2              | 0     |
| Cecoslovacchia | 3,2        | 1,5   | 0                | 0,2   | 0                | 0     |
| Danimarca      | 10,2       | 3,4   | 2,6              | 0,7   | 1,2              | 0,2   |
| Estonia        |            |       | 0,9              | 0,5   | 0                | 0,1   |
| Finlandia      | 2,7        | 1,2   | 0,9              | 0,1   | 0,4              | 0     |
| Francia        | 8,1        | 3,2   | 2,3              | 0,9   |                  |       |
| Germania       | 5          | 2,5   | 0,8              | 0,5   | 0,2              | 0,2   |
| Grecia         | 1,9        | 0,8   | 0,5              | 0,3   | 0,4              | 0     |
| Ungheria       | 1,7        | 1     | 0,5              | 0,1   | 0,3              | 0     |
| Irlanda        | 11,1       | 4,6   | 2,6              | 0,5   | 0,9              | 0,2   |
| Italia         | 8,9        | 4,8   | 1,5              | 0,9   | 0,6              | 0,2   |
| Lettonia       | 2,4        | 0,7   | 0,8              | 0,3   | 0,5              | 0,1   |
| Lituania       | 1          | 0,4   | 0,3              | 0     | 0,2              | 0     |
| Lussemburgo    |            |       |                  |       |                  |       |
| Malta          |            |       |                  |       |                  |       |
| Paesi Bassi    | 8,7        | 3,8   | 3                | 1,4   | 1                | 0,4   |
| Norvegia       | 6,7        | 3,4   | 1,4              | 0,7   |                  |       |
| Polonia        | 2,6        | 0,2   | 0,4              | 0     | 0                | 0     |
| Portogallo     | 1,9        | 0,6   | 0,3              | 0,1   | 0,2              | 0     |
| Romania        | 0,9        | 0,5   | 0,2              | 0,2   | 0,1              | 0,1   |
| Slovacchia     | 1,2        | 0,2   | 0,3              | 0     | 0,1              | 0     |
| Slovenia       | 2,8        | 1,2   | 0,7              | 0,3   | 0,2              | 0,1   |
| Spagna         | 14,6       | 5,9   | 3,4              | 1     | 1,8              | 0,4   |
| Svezia         |            |       | 1,7              | 0,6   | 0,4              | 0     |
| Turchia        | 0,3        | 0     | 0,1              |       | 0                |       |
| Regno Unito    | 14         | 7,4   | 3,8              | 1,6   | 1,4              | 0,6   |

La prevalenza d'uso nella vita di amfetamine (**Tabella 8**) è massima negli uomini del Regno Unito (12,5%) e minima in quelli turchi (0,1%); le donne hanno percentuali inferiori con un massimo del 7,4% del Regno Unito e un minimo dello 0,2% di Cipro; nell'ultimo anno invece le prevalenze massime maschili si registrano nei Paesi Bassi (2,3%), le minime in Portogallo (0%); per le femminili si trovano percentuali più alte nei Paesi Bassi e minori in Lituania, Polonia, Portogallo e Romania (0%). Nell'ultimo mese di intervista invece, l'1% degli uomini estoni ha usato amfetamine registrando la prevalenza più alta (nessuno invece in Austria, Cecoslovacchia, Italia, Polonia e Portogallo); per le donne la maggiore prevalenza è in Germania (pur restando allo 0,5%), mentre nessuna ne ha fatto uso in molti Paesi (Cipro, Cecoslovacchia, Estonia, Irlanda, Italia, Lituania, Polonia, Portogallo e Romania).

In Italia l'abitudine alle amfetamine riveste un'importanza minore rispetto all'uso abituale di altre sostanze; nessuno ha dichiarato di farne uso nell'ultimo mese e anche le prevalenze annuali sono estremamente basse, elementi che suggeriscono un abbandono generalizzato di questa abitudine.

**Tabella 8**  
**Prevalenze di consumo di amfetamine almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per Paese e sesso**

| <b>AMFETAMINE</b> |            |       |                 |       |                 |       |
|-------------------|------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
|                   | Nella vita |       | Nel'ultimo anno |       | Nel'ultimo mese |       |
|                   | Uomini     | Donne | Uomini          | Donne | Uomini          | Donne |
| Austria           | 2,6        | 1,7   | 0,5             | 0,4   | 0               | 0,1   |
| Belgio            |            |       | 0,3             | 0,1   |                 |       |
| Bulgaria          | 2          | 0,8   | 0,9             | 0,5   | 0,4             | 0,2   |
| Croazia           | 5,4        | 1,5   | 1,6             | 0,4   | 0,8             | 0,2   |
| Cipro             | 0,7        | 0,2   | 0,1             | 0,1   | 0,1             | 0     |
| Cecoslovacchia    | 4,2        | 2,3   | 0,3             | 0,3   | 0               | 0     |
| Danimarca         | 10,7       | 4,1   | 1,1             | 0,4   | 0,5             | 0,1   |
| Estonia           |            |       | 1,3             | 0,8   | 1               | 0     |
| Finlandia         | 4,5        | 2,3   | 1,6             | 0,6   | 0,3             | 0,1   |
| Francia           | 3,2        | 1,2   | 0,5             | 0,1   |                 |       |
| Germania          | 4,5        | 2,7   | 1,2             | 0,8   | 0,6             | 0,5   |
| Grecia            |            |       |                 |       |                 |       |
| Ungheria          | 2,2        | 1,4   | 0,8             | 0,1   | 0,7             | 0,1   |
| Irlanda           | 5,8        | 2,4   | 0,5             | 0,1   | 0,1             | 0     |
| Italia            | 3,1        | 1,8   | 0,1             | 0,1   | 0               | 0     |
| Lettonia          | 3,1        | 0,9   | 0,5             | 0,2   | 0,2             | 0,1   |
| Lituania          | 2          | 0,5   | 0,6             | 0     | 0,4             | 0     |
| Lussemburgo       |            |       |                 |       |                 |       |
| Malta             |            |       |                 |       |                 |       |
| Paesi Bassi       | 7,4        | 3,4   | 2,3             | 1,2   | 0,9             | 0,4   |
| Norvegia          | 5,1        | 2,7   | 0,8             | 0,4   |                 |       |
| Polonia           | 3          | 0,5   | 0,4             | 0     | 0               | 0     |
| Portogallo        | 0,6        | 0,3   | 0               | 0     | 0               | 0     |
| Romania           | 0,6        | 0,1   | 0,1             | 0     | 0,1             | 0     |
| Slovacchia        | 2,3        | 0,5   | 0,7             | 0,1   | 0,5             | 0,1   |
| Slovenia          | 1,4        | 0,5   | 0,5             | 0,1   | 0,2             | 0,1   |
| Spagna            | 5,8        | 2,1   | 0,8             | 0,2   | 0,3             | 0,1   |
| Svezia            |            |       | 0,9             | 0,4   | 0,3             | 0,2   |
| Turchia           | 0,1        |       |                 |       |                 |       |
| Regno Unito       | 12,5       | 7,4   | 0,7             | 0,3   | 0,1             | 0,1   |

Il consumo almeno una volta nella vita di Ecstasy (**Tabella 9**) è avvenuto con maggior frequenza negli uomini del Regno Unito (13,2%), mentre il minimo si registra negli uomini turchi (0,7%); per le donne il 6,9% nel Regno Unito ne ha fatto uso almeno una volta nella vita mentre nessuna donna turca lo ha fatto (0%). Nell'ultimo anno la prevalenza massima d'uso maschile è a carico dei Paesi Bassi (4,1%) e la minima a Cipro (0,1%); per le donne la prevalenza massima è del 2,6% nei Paesi Bassi, la minima dello 0% di Polonia e Portogallo (per la Turchia non ci sono dati disponibili). Nell'ultimo mese gli uomini che più spesso hanno utilizzato Ecstasy sono gli irlandesi (1,1%), quelli che lo hanno fatto meno sono austriaci e portoghesi (entrambi allo 0%), le donne hanno una prevalenza massima nei Paesi Bassi e Irlanda (0,8%) e minima in molti Paesi (Cipro, Cecoslovacchia, Grecia, Italia, Lituania, Polonia, Portogallo, Romania e Slovacchia).

L'Italia, con prevalenze di consumo annuali e mensili molto al di sotto dell'1%, si colloca tra i Paesi che hanno maturato di meno l'abitudine all'uso di Ecstasy; anche le prevalenze lungo l'arco della vita si attestano a valori moderati (3,4% degli uomini e 2% delle donne).

**Tabella 9**  
**Prevalenze di consumo di ecstasy almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per Paese e sesso**

| <b>ECSTASY</b> |                   |              |                         |              |                         |              |
|----------------|-------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
|                | <b>Nella vita</b> |              | <b>Nell'ultimo anno</b> |              | <b>Nell'ultimo mese</b> |              |
|                | <b>Uomini</b>     | <b>Donne</b> | <b>Uomini</b>           | <b>Donne</b> | <b>Uomini</b>           | <b>Donne</b> |
| Austria        | 3,3               | 2,5          | 0,5                     | 0,4          | 0                       | 0,1          |
| Belgio         |                   |              | 0,4                     | 0,3          |                         |              |
| Bulgaria       | 3                 | 1,1          | 1,8                     | 0,7          | 0,6                     | 0,2          |
| Croazia        | 4,7               | 1,3          | 1                       | 0,2          | 0,4                     | 0,2          |
| Cipro          | 1,6               | 0,6          | 0,1                     | 0,1          | 0,1                     | 0            |
| Cecoslovacchia | 8,8               | 2,8          | 1,3                     | 0,3          | 0,3                     | 0            |
| Danimarca      | 5,1               | 1,8          | 0,8                     | 0,3          | 0,2                     | 0,1          |
| Estonia        |                   |              | 1,6                     | 0,8          | 0,3                     | 0,1          |
| Finlandia      | 4,1               | 1,9          | 1,6                     | 0,5          | 0,4                     | 0,2          |
| Francia        | 5,7               | 2,1          | 0,8                     | 0,3          |                         |              |
| Germania       | 3,7               | 2,9          | 0,7                     | 0,6          | 0,2                     | 0,2          |
| Grecia         | 0,9               | 0,3          | 0,3                     | 0,1          | 0,1                     | 0            |
| Ungheria       | 4,3               | 3,8          | 1                       | 0,8          | 0,7                     | 0,4          |
| Irlanda        | 12,9              | 5,6          | 3,1                     | 1,1          | 1,1                     | 0,8          |
| Italia         | 3,4               | 2            | 0,4                     | 0,3          | 0,1                     | 0            |
| Lettonia       | 4,1               | 0,9          | 0,5                     | 0,2          | 0,4                     | 0,2          |
| Lituania       | 2,7               | 0,8          | 0,6                     | 0,2          | 0,1                     | 0            |
| Lussemburgo    |                   |              |                         |              |                         |              |
| Malta          |                   |              |                         |              |                         |              |
| Paesi Bassi    | 11,8              | 7            | 4,1                     | 2,6          | 1,1                     | 0,8          |
| Norvegia       | 4,9               | 3,2          | 1,3                     | 0,7          |                         |              |
| Polonia        | 3                 | 0,3          | 0,7                     | 0            | 0,4                     | 0            |
| Portogallo     | 1,1               | 0,4          | 0,2                     | 0            | 0                       | 0            |
| Romania        | 0,8               | 0,1          | 0,2                     | 0,1          | 0,1                     | 0            |
| Slovacchia     | 5,1               | 1,2          | 1                       | 0,1          | 0,2                     | 0            |
| Slovenia       | 2,7               | 1,4          | 0,4                     | 0,2          | 0,2                     | 0,1          |
| Spagna         | 5,3               | 1,9          | 1                       | 0,3          | 0,3                     | 0,1          |
| Svezia         |                   |              | 1,2                     | 0,6          | 0,4                     | 0,1          |
| Turchia        | 0,7               | 0            | 0,2                     |              | 0,1                     |              |
| Regno Unito    | 13,2              | 6,9          | 2,2                     | 1,1          | 0,7                     | 0,4          |

L'ultima droga considerata dall'EMCDDA, l'LSD (in **Tabella 10**), ha avuto una prevalenza massima di consumo nella vita del 7,6% negli uomini del Regno Unito, minima tra gli uomini della Turchia (0,1%); per le donne invece la prevalenza è stata massima in Regno Unito (2,8%) e minima a Cipro, in Portogallo e in Slovacchia (tutte allo 0,1%). La prevalenza di consumo nell'ultimo anno è stata, per gli uomini, massima in Finlandia (1%) e minima in Belgio, Cecoslovacchia, Grecia e Turchia (tutte allo 0%); per la controparte femminile la prevalenza annuale è stata più alta in Norvegia (0,4%) e più bassa in molti paesi dove non ne è stato fatto uso (Belgio, Cecoslovacchia, Danimarca, Grecia, Ungheria, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo e Slovacchia). Nell'ultimo mese le prevalenze sono generalmente ancora inferiori: per gli uomini lo 0,3% dei finlandesi ha usato LSD, la percentuale più "alta" in Europa, mentre in molti altri paesi questa droga non è stata utilizzata (Bulgaria, Cecoslovacchia, Estonia, Germania, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Portogallo e Turchia); per le donne la prevalenza è ancora più bassa: solo in Regno Unito, Finlandia e Croazia si è registrata una prevalenza dello 0,1% mentre in tutti gli altri paesi la sostanza non è stata consumata.

In Italia abbiamo un quadro molto simile a quello dell'Ecstasy, con prevalenze di consumo nell'ultimo anno e nell'ultimo mese estremamente basse, e percentuali di utilizzo nell'arco della vita piuttosto distanti dalle massime europee.

Tabella 10

Prevalenze di consumo almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, per Paese e sesso

| LSD            |            |       |                  |       |                  |       |
|----------------|------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
|                | Nella vita |       | Nell'ultimo anno |       | Nell'ultimo mese |       |
|                | Uomini     | Donne | Uomini           | Donne | Uomini           | Donne |
| Austria        | 1,6        | 1,7   | 0,3              | 0,3   | 0,1              | 0     |
| Belgio         |            |       | 0                | 0     |                  |       |
| Bulgaria       | 0,5        | 0,2   | 0,3              | 0,1   | 0                | 0     |
| Croazia        | 2,8        | 0,6   | 0,3              | 0,1   | 0,1              | 0,1   |
| Cipro          | 0,9        | 0,1   | 0,2              | 0,1   | 0,1              | 0     |
| Cecoslovacchia | 2,9        | 1     | 0                | 0     | 0                | 0     |
| Danimarca      | 3,1        | 0,8   | 0,3              | 0     | 0,1              | 0     |
| Estonia        |            |       | 0,3              | 0,3   | 0                | 0     |
| Finlandia      | 2,3        | 0,7   | 1                | 0,1   | 0,3              | 0,1   |
| Francia        | 4          | 1,4   | 0,5              | 0,2   |                  |       |
| Germania       | 3,4        | 1,7   | 0,2              | 0,3   | 0                | 0     |
| Grecia         | 0,8        | 0,3   | 0                | 0     | 0                | 0     |
| Ungheria       | 1,2        | 0,8   | 0,5              | 0     | 0,2              | 0     |
| Irlanda        | 5,8        | 1,9   | 0,4              | 0,2   | 0,2              | 0     |
| Italia         | 2,1        | 1,4   | 0,1              | 0,1   | 0                | 0     |
| Lettonia       | 1,9        | 0,3   |                  |       |                  |       |
| Lituania       | 0,7        | 0,2   | 0,3              | 0     | 0,1              | 0     |
| Lussemburgo    |            |       |                  |       |                  |       |
| Malta          |            |       |                  |       |                  |       |
| Paesi Bassi    | 2,2        | 0,8   | 0,2              | 0     | 0                | 0     |
| Norvegia       | 2,1        | 1     | 0,5              | 0,4   |                  |       |
| Polonia        | 2,6        | 0,2   | 0,2              | 0     | 0,2              | 0     |
| Portogallo     | 0,7        | 0,1   | 0,1              | 0     | 0                | 0     |
| Romania        | 1,1        | 0,3   | 0,5              | 0,1   | 0,2              | 0     |
| Slovacchia     | 1,5        | 0,1   | 0,2              | 0     | 0,1              | 0     |
| Slovenia       | 1,4        | 0,6   | 0,2              | 0,1   | 0,1              | 0     |
| Spagna         |            |       |                  |       |                  |       |
| Svezia         |            |       |                  |       |                  |       |
| Turchia        | 0,1        |       | 0                |       | 0                |       |
| Regno Unito    | 7,6        | 2,8   | 0,6              | 0,2   | 0,1              | 0,1   |

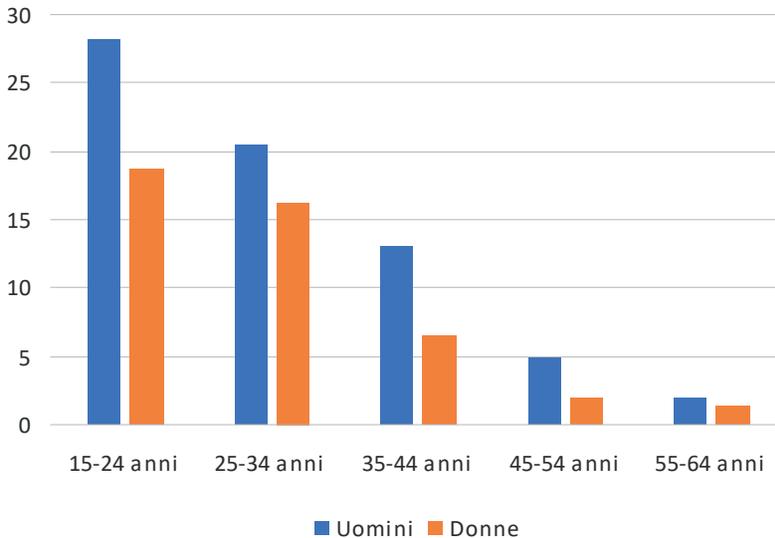
Per quanto riguarda gli oppiacei, quello più consumato illegalmente in Europa è l'eroina. La prevalenza media del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2017 è stimata allo 0,4 % della popolazione dell'UE. A livello nazionale le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano da meno di uno a più di otto casi per 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Cinque paesi rappresentano tre quarti (76 %) dei consumatori stimati ad alto rischio di tali sostanze nell'Unione europea (Germania, Spagna, Francia, Italia, Regno Unito). Dei 10 paesi che hanno effettuato stime ripetute del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2008 e il 2017, la Grecia, Malta, la Slovenia e la Spagna mostrano un calo statisticamente significativo, mentre la Cecoslovacchia e l'Irlanda mostrano un aumento significativo (almeno fino all'ultima rilevazione del 2014).

Se l'eroina resta l'oppiaceo illecito più frequentemente consumato, varie fonti riportano un abuso sempre maggiore di oppiacei sintetici legali (quali metadone, buprenorfina, fentanyl).

Passando al nostro Paese, secondo i dati IPSAD si stima che in Italia circa una persona su tre (il 39,5% degli uomini e il 27,2% delle donne) di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella vita e circa una persona su 10 (il 10,6%, col 13,1% degli uomini e l'8,1% delle donne) ne abbia fatto uso nell'ultimo anno. Le percentuali aumentano se si concentra l'analisi sulla popolazione giovane adulta, ovvero quella di età compresa tra i 15 e i 34 anni. In questa popolazione infatti la percentuale di coloro che hanno fatto uso nella vita di una qualsiasi sostanza illegale raggiunge il 23,7% dei 15-24enni (M = 28,3%; F = 18,8%) e il 19,1% dei 25-34enni (M = 21,7%; F = 16,5%).

La sostanza stupefacente più provata è la cannabis; il 39,1% degli uomini e il 26,4% delle donne l'ha provata almeno una volta nella vita, e il 12,6% degli uomini e il 7,8% delle donne l'ha provata nell'ultimo anno di rilevazione (2017, **Figura 18**); nell'ultimo mese invece sono stati il 7,4% degli uomini e il 3,6 delle donne.

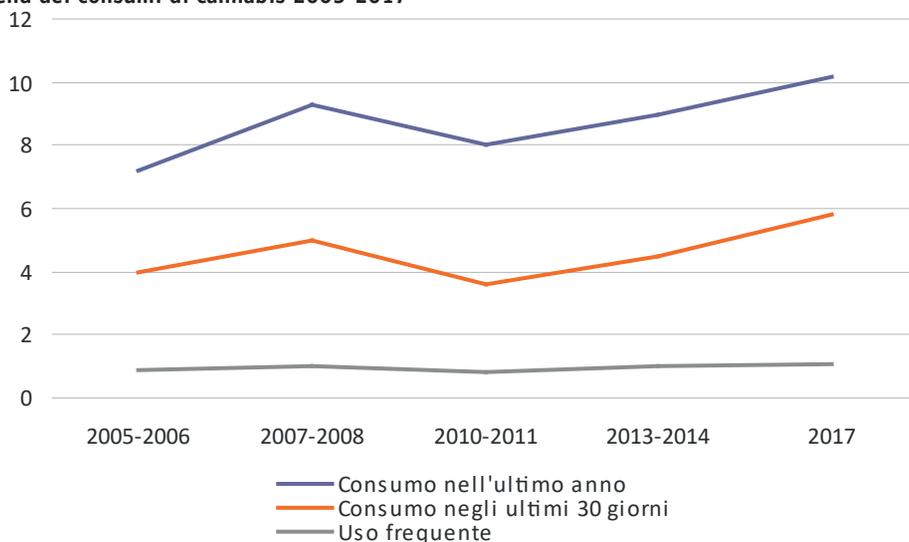
**Figura 18**  
**Prevalenza consumo di cannabis almeno una volta nell'ultimo anno per sesso e classi di età**



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Il consumo frequente (almeno 20 volte nell'arco di un mese) si attesta all'1,1%, stazionario dal 2005, mentre gli altri consumi (annuale e mensile) mostrano un trend in aumento dal 7% circa al 10% per il consumo globale nell'ultimo anno, e dal 4% a quasi il 6% per il consumo mensile (**Figura 19**).

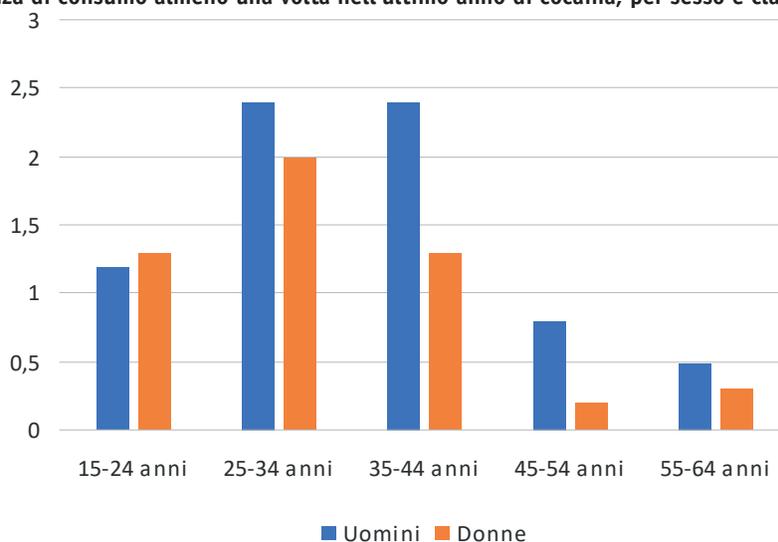
**Figura 19**  
Trend dei consumi di cannabis 2005-2017



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (6,9%), nell'arco dell'ultimo anno (1,2%, in **Figura 20**) e dell'ultimo mese (0,4%)

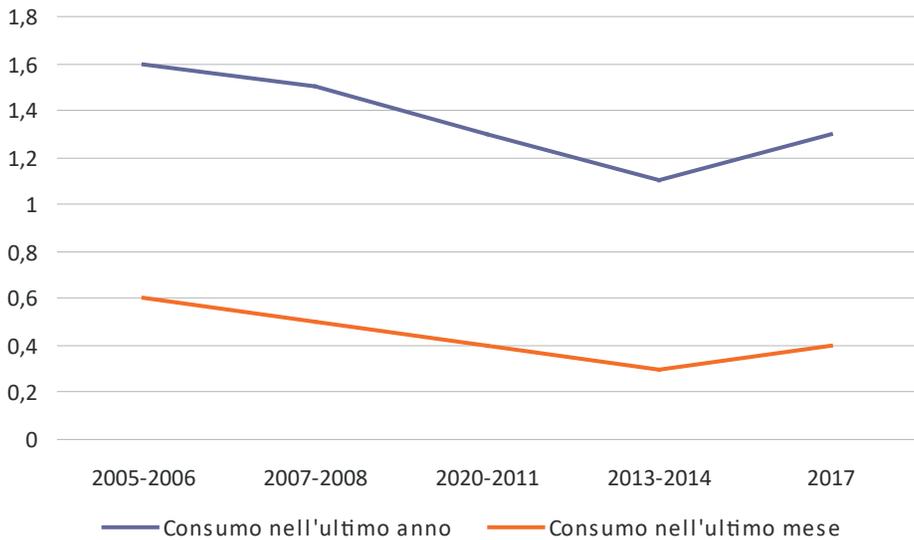
**Figura 20**  
Prevalenza di consumo almeno una volta nell'ultimo anno di cocaina, per sesso e classe di età



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

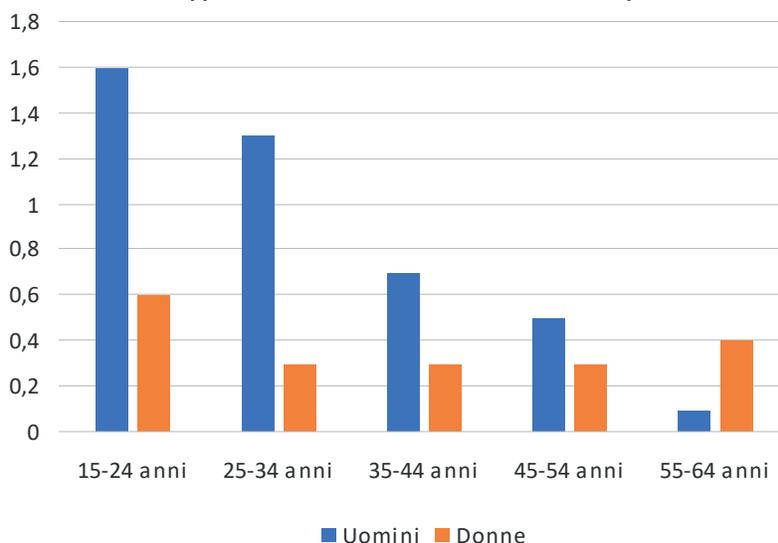
Dal 2005 c'è stato un lievissimo calo dei consumi sia nell'ultimo anno (da 1,6% a 1,2%) che nell'ultimo mese (da 0,6% a 0,4%), (**Figura 21**).

**Figura 21**  
**Trend dei consumi di cannabis 2005-2017**



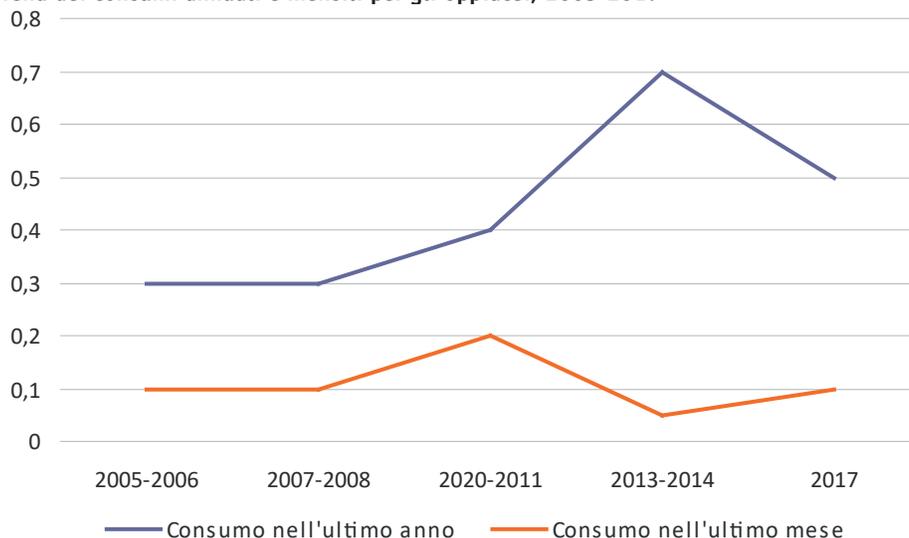
Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Per quanto riguarda il consumo di eroina e oppiacei, nel corso della vita l'1,7% della popolazione ha provato almeno una volta a farne uso, lo 0,6% lo ha fatto nell'ultimo anno (**Figura 22**) e lo 0,1% nell'ultimo mese.

**Figura 22**
**Prevalenza di consumo di oppiacei almeno una volta nell'ultimo anno, per sesso e classe di età**


Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Dal 2005 il trend di consumo è stazionario per la prevalenza mensile (attorno allo 0,1%), risulta in lieve aumento allo 0,5% (da un iniziale 0,3%) per il consumo annuale; l'aumento non è lineare: negli anni 2013-14 il consumo annuale ebbe un picco allo 0,8% (**Figura 23**).

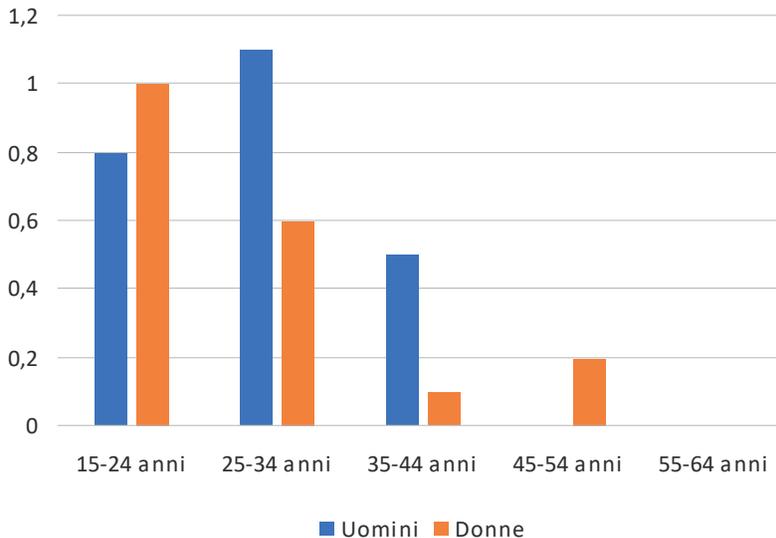
**Figura 23**
**Trend dei consumi annuali e mensili per gli oppiacei, 2005-2017**


Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Per gli stimolanti (amfetamine ed ecstasy) si registra una prevalenza di uso almeno una volta nell'arco della vita del 3,5%, dello 0,4% nell'ultimo anno (**Figura 24**) e dello 0,1% nell'ultimo mese.

**Figura 24**

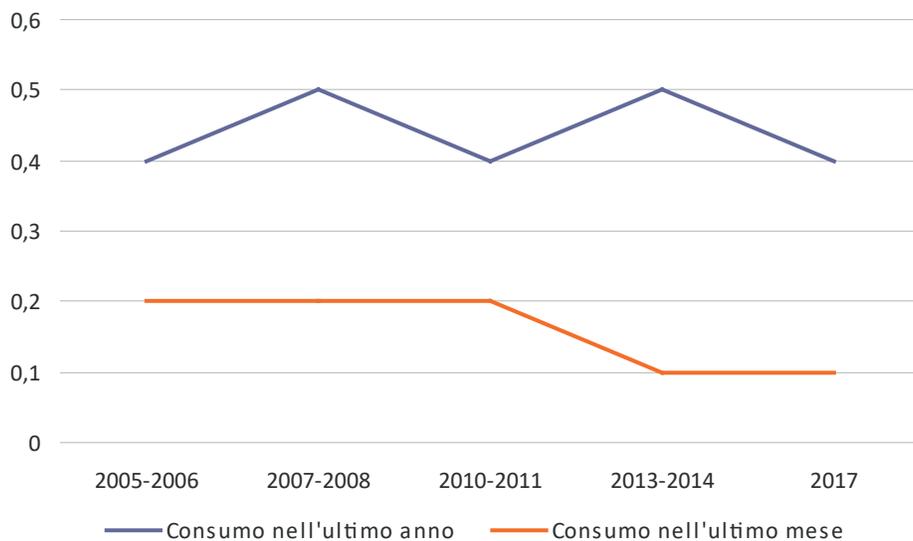
**Prevalenza di consumo di stimolanti almeno una volta nell'ultimo anno, per sesso e classe di età**



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

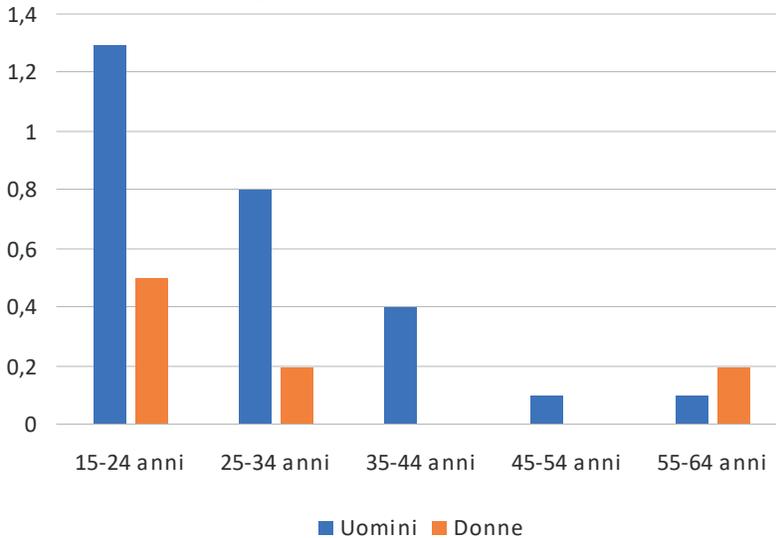
Dal 2005 il trend di consumo è rimasto stazionario sia per il consumo annuale (0,1%) che per il consumo mensile (0,4%). Nel 2013-2014 quest'ultimo ha raggiunto una prevalenza dello 0,5% (**Figura 25**).

**Figura 25**  
**Trend dei consumi annuali e mensili di stimolanti, 2005-2017**



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

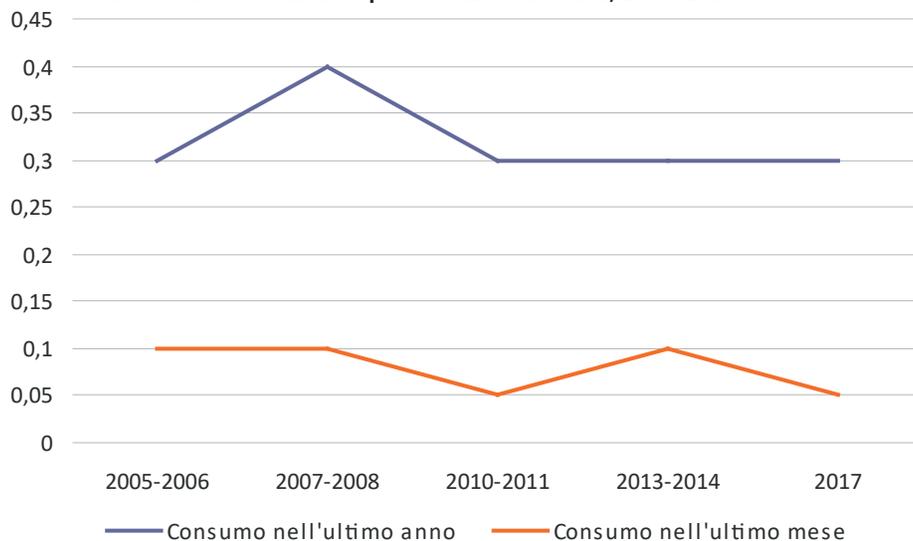
Il consumo degli allucinogeni almeno una volta nel corso della vita è avvenuto con prevalenza del 3,2%; nell'ultimo anno (**Figura 26**) è avvenuto nello 0,3% e nell'ultimo mese nello 0,1%.

**Figura 26****Prevalenza di consumo di allucinogeni almeno una volta nell'ultimo anno per sesso e classi di età**

Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Il trend di consumo dal 2005 ha visto prevalenze stazionarie sia per il consumo almeno una volta nell'arco nell'anno (circa 0,4%) che nell'arco del mese (circa 0,1%) (**Figura 27**).

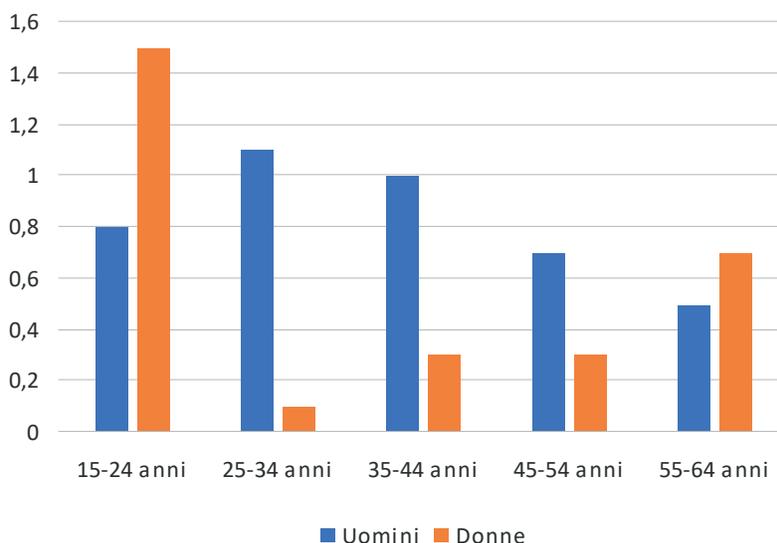
**Figura 27**  
**Trend dei consumi annuali e mensili per sostanze stimolanti, 2005-2017**



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Lo 0,7% della popolazione adulta riferisce di aver utilizzato le nuove sostanze psicoattive, compreso Spice e catinoni sintetici nell'ultimo anno (**Figura 28**).

**Figura 28**  
**Prevalenza di consumo di nuove sostanze psicoattive, almeno una volta nell'ultimo anno, per sesso e classi di età**

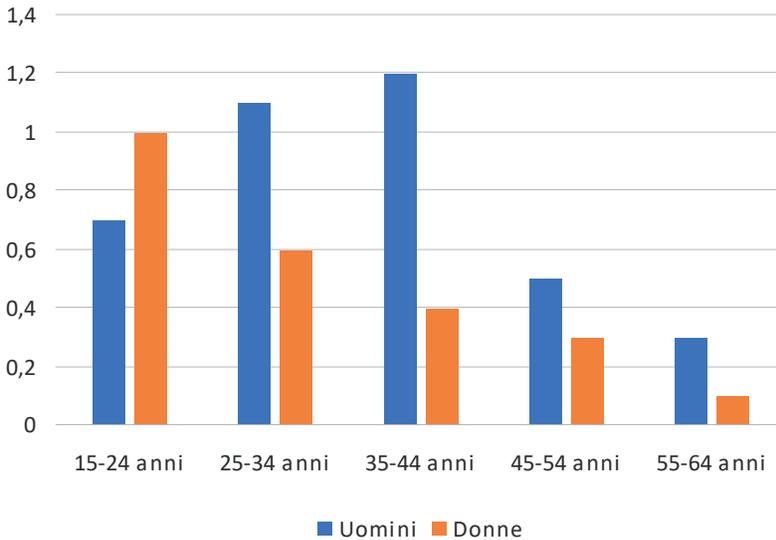


Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Le metamfetamine sono state consumate dallo 0,6% della popolazione nell'ultimo anno di rilevazione (2017, in **Figura 29**).

**Figura 29**

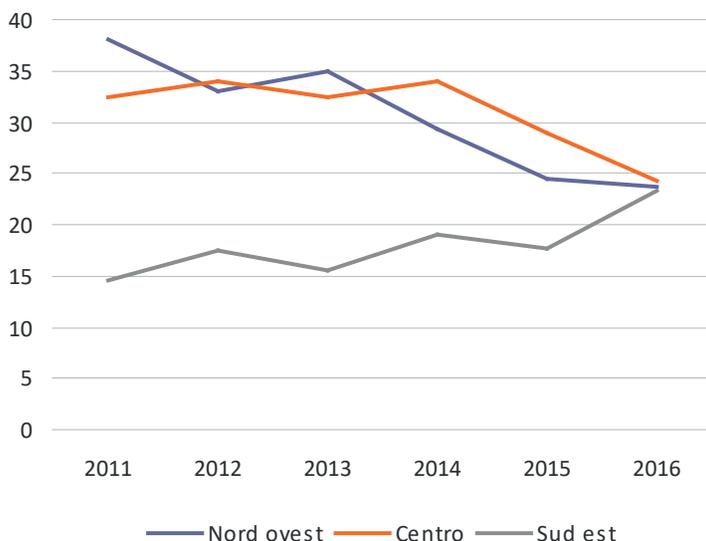
**Prevalenza di consumo di metamfetamine almeno una volta nell'ultimo anno, per sesso e classe di età**



Fonte: IPSAD-CNR 2017.

Tra gli utilizzatori di cannabis nell'anno, l'8,7% ha fatto uso anche di un'altra droga e il 2,5% ha assunto tre o più sostanze psicoattive. Tra i consumatori di altre droghe, invece, la maggioranza (58,3%) ha fatto uso di due sostanze psicoattive e il 17,4% ne ha assunte tre o più.

Passando alla regione Toscana negli ultimi 20 anni il trend dell'utenza incidente risulta essere stabile; nel 2018 sono stati segnalati alle autorità competenti, per detenzione di sostanze, 3892 soggetti di sesso maschile e 377 di sesso femminile; i minorenni totali sono stati 450 (un tasso del 79,5 per 100.000 residenti). Anche per le sostanze d'abuso primarie, dalla seconda metà degli anni '90, permangono le stesse tendenze. Costante il calo dell'eroina (da 90% a 68% circa), a fronte di un aumento della cocaina (da 6% a 17%) e dei cannabinoidi (da 2% a 14%). Gli accessi al pronto soccorso per overdose nel 2016 (ultima rilevazione disponibile) sono stati 23 per 100.000 abitanti (tasso grezzo) per la AUSL Nord-Ovest, 24 per la Centro e 23 per la Sud-Est (**Figura 30**).

**Figura 30**
**Tassi grezzi per 100.000 residenti degli accessi al pronto soccorso per overdose, per AUSL**


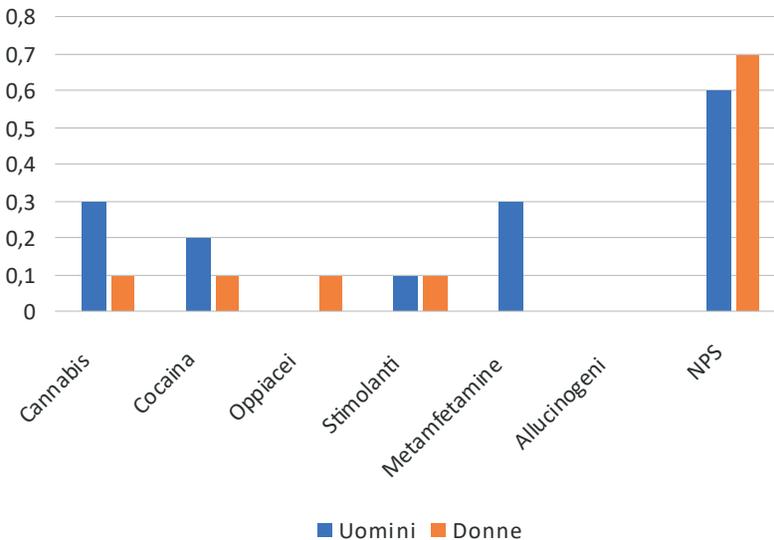
Fonte: Elaborazione ISTAT-ARS Toscana.

Per quanto riguarda l'accesso ai Ser.T, la Toscana nel 2018 ha contato 1.842 utenti in più dell'anno precedente, con un aumento del 14,6%.

### ***Il consumo di sostanze psicotrope negli anziani***

Sebbene non esistano molte fonti strutturate per questa classe d'età, in Italia a partire dal 2013 lo studio IPSAD® prende in esame anche i consumi dei soggetti fra i 65 e i 74 anni. Tra questi il 6,8% riporta di aver fatto uso di sostanze psicoattive illegali almeno una volta nella vita e lo 0,4% di averle assunte negli ultimi 12 mesi. Nello specifico, riferendosi alla cannabis, la prevalenza di consumo almeno una volta nell'ultimo anno si attesta allo 0,3% per gli uomini e allo 0,1% per le donne. Il consumo annuale è maggiore in questa categoria per le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS): qui la prevalenza annuale è dello 0,6% per gli uomini e dello 0,7% per le donne. Le altre sostanze vengono consumate molto meno, infatti per la cocaina la prevalenza di consumo almeno una volta nell'ultimo anno è dello 0,2% per gli uomini e lo 0,1% per le donne, quella degli oppiacei dello 0,0% per gli uomini e lo 0,1% donne, quella degli stimolanti dello 0,1% uomini e 0,1% donne, quella delle metamfetamine dello 0,3% per gli uomini, mentre nessuna donna le usa; nessun anziano ha usato allucinogeni nell'ultimo anno (**Figura 31**).

**Figura 31**  
**Prevalenza di consumo di droghe negli anziani nell'ultimo anno, per sesso**



Fonte: IPSAD-CNR 2018.

## 5.4 CONSEGUENZE DI SALUTE

### 5.4.1 Overdose, avvelenamenti e dipendenze

L'abuso, l'uso prolungato e la dipendenza da sostanze psicotrope provocano conseguenze sanitarie per patologie sia acute che croniche, con conseguenti accessi nei Pronto Soccorso (PS), ricoveri, trattamenti sanitari o decessi per overdose. Riguardo gli eventi acuti correlati alla droga in Toscana gli accessi ai PS nel 2018 sono stati 909 (su un totale di 1 milione e mezzo di accessi l'anno). Di questi il 10,6% ha esitato in un ricovero e il 28,5% degli accessi sono stati effettuati da donne. Oltre il 70% ha un'età compresa tra i 20 e i 49 anni. Le diagnosi più frequenti sono l'avvelenamento da sostanze psicotrope (32,7%, più frequente per le donne), l'abuso di droghe senza dipendenza (28,7%) e la psicosi innescata da droghe (18,7%), queste ultime con una prevalenza maggiore tra gli uomini. L'avvelenamento da oppiacei e narcotici si è verificato nel 19% dei casi. Il tasso di accessi ai PS è passato da 30 a 21,5 accessi ogni 100mila abitanti dal 2011 al 2018, e i ricoveri attribuibili a sostanze psicotrope nel 2018 sono stati 1.569 (erano stati 1.656 nel 2017). Il 34% dei ricoveri riguarda donne e l'età media è circa 40 anni. Nell'insieme, i ricoveri effettuati per queste cause nel periodo 2011-2018 concentrano nell'abuso di droghe senza dipendenza (45,5% dei ricoveri) e

nella dipendenza da droghe (40%) la maggior parte delle diagnosi di dimissione. Il tasso di ricovero per cause correlate alla droga (standardizzato per età) diminuisce dal 2011 al 2018, da 75,4 a 68,6 ricoveri ogni 100mila abitanti (in linea col dato nazionale) [6].

Nel 2017 in Italia si sono verificati 294 decessi da overdose, il 10% in più rispetto all'anno precedente (86% dei casi sono uomini). La sostanza più frequentemente responsabile dell'overdose è l'eroina (50% dei casi), seguita da cocaina (18%) e metadone (4,4%). La fascia d'età più colpita è quella tra i 25 e i 40 anni. Oltre l'80% dei coinvolti erano italiani, l'85% è deceduto da solo e il 67% al momento della morte si trovava in un luogo chiuso [7]. In Toscana, nello stesso anno, si sono verificati 43 decessi, il 14,6% delle overdose in Italia. L'andamento toscano è simile a quello nazionale, sia come sostanze coinvolte che per la distribuzione per età e genere. Il tasso di mortalità da overdose (standardizzato per età) per l'ultimo triennio disponibile (2013-2015) è pari a 0,3 decessi ogni 100mila abitanti, con un andamento stabile nel tempo.

#### 5.4.2 Malattie infettive

L'Europa si è impegnata a rispettare l'agenda globale 2030<sup>25</sup> per lo sviluppo sostenibile, che nel suo quadro politico globale prevede anche la lotta contro l'epatite virale. Nell'Unione europea, l'attenzione dedicata a questo aspetto è particolarmente importante per i consumatori di droga per via parenterale, che oltre ad essere i più colpiti da questa malattia sono quelli esposti a un maggiore rischio di trasmissione. L'impatto dell'epatite virale sulla salute da qui al 2030 dipenderà pertanto dall'aumento delle misure di prevenzione e dall'accesso di questo gruppo agli esami diagnostici e al trattamento per l'epatite B e C. Strategie contro l'epatite sono già state adottate in 17 paesi dell'UE e in Norvegia, e un numero crescente di paesi permette di accedere senza restrizioni a farmaci antivirali ad azione diretta meglio tollerati e più efficaci.

- **Epatiti virali:** Nel quadro di epatite virale si identificano tutti quei processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari, a diversa distribuzione geografica in rapporto alle condizioni socio-economiche della popolazione. I tipi virali più frequentemente coinvolti sono detti virus epatitici maggiori: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV. In Italia nel 2018 il 21% dell'utenza in trattamento presso i SerD è stata testata per HBV e il 20% per HCV: la positività è stata rilevata rispettivamente per lo 0,4% e l'8,5% dell'utenza trattata [8]. La proporzione di utenti positivi ai marker per HBV varia tra lo 0% rilevato in Marche, Molise e Calabria e l'1,3% dell'Emilia Romagna; la proporzione di utenti positivi per HCV è compresa tra 0% e 33,3% rilevati rispettivamente nelle regioni Molise ed Emilia Romagna.

25 <https://sdgs.un.org/goals>

- **HIV ed AIDS:** in Italia oltre 37.000 soggetti in trattamento presso i SerD, pari al 29,5% del totale, sono stati testati per HIV nel 2018 [8]: di questi ne sono risultati positivi 1.585, corrispondenti a poco più dell'1% di tutti i soggetti in cura (con un range di valori compresi tra lo 0% della PA di Trento e il 3,5% della regione Lombardia). Nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono state notificate 94 nuove diagnosi di HIV e 78 casi di AIDS fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva. Si conferma il trend in diminuzione osservato negli anni precedenti. Il 27% dei nuovi casi ha avuto la diagnosi di AIDS entro 6 mesi dal primo test HIV positivo, suggerendo che quasi un terzo di queste persone arriva ad uno stadio di AIDS conclamata ignorando la propria sieropositività.
- **Malattie sessualmente trasmissibili:** Tra il 2012 e il 2017 i dati rivelano una lieve ripresa della diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva; in particolare, è evidente un aumento delle segnalazioni di infezione da *Chlamydia trachomatis*, gonorrea e sifilide latente [9].

## 5.5 CONCLUSIONI

Dalla raccolta dati si evince che il problema delle sostanze stupefacenti è ancora molto presente in ogni area (regionale, nazionale e d europeo); importante evidenziare un cambio di abitudini, soprattutto giovanili, nell'uso e consumo di droghe (come, peraltro, accade con altre sostanze d'abuso o evocanti dipendenza come l'alcool e il fumo di sigaretta). Le prevalenze di uso delle droghe tradizionali, infatti, sono in diminuzione; questo accade più per il sesso maschile che femminile, dove si assiste invece ad un aumento delle prevalenze d'uso sia di sostanze tradizionali come l'eroina, sia di nuove sostanze psicoattive. La repentina e veloce ascesa della diffusione di questo mercato è facilitata dalle offerte online: l'acquisto via web consente infatti un notevole risparmio economico e di tempo e un minor rischio dal punto di vista legale, e l'approvvigionamento anche da altri Paesi europei. Nel contesto globale l'Europa è un mercato importante per le droghe, alimentato sia dalla produzione interna sia dall'importazione illecita da altre regioni (America meridionale, Asia occidentale e Africa settentrionale); pertanto è essenziale che le organizzazioni di contrasto alla vendita e uso di sostanze stupefacenti continuino a lavorare per combatterne la diffusione.

## Bibliografia

1. <https://www.torrimedica.it/piante-medicinali/coca/>
2. NIDA. 2020, June 15. Introduction. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/health-consequences-drug-misuse/introduction>
3. Atakan Z. (2012). Cannabis, a complex plant: Different compounds and different effects on individuals. DOI: [10.1177/2045125312457586](https://doi.org/10.1177/2045125312457586)
4. <http://www.newsweek.com/2010/03/03/fake-pot-panic.html>
5. <https://www.torrimedica.it/schede-farmaci/ketamina/>
6. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Welfare e Salute in Toscana 2019.
7. [www.geoverdose.it](http://www.geoverdose.it)
8. [https://www.camera.it/\\_dati/leg18/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/030/002/00000012.pdf](https://www.camera.it/_dati/leg18/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/030/002/00000012.pdf)
9. [http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2596/rap\\_2019-dati-2018.pdf](http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2596/rap_2019-dati-2018.pdf)



## **CAPITOLO 6**

### **IL GIOCO D'AZZARDO**



---

## 6. IL GIOCO D'AZZARDO

### 6.1 INTRODUZIONE

Un gioco, per essere definito d'azzardo [1], deve presentare contemporaneamente tre condizioni: il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore; una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata; il risultato si basa essenzialmente sull'imprevedibilità e sul caso. Le tipologie di gioco d'azzardo sono molte, pertanto l'industria del gioco d'azzardo include un ampio gruppo di settori con diverse caratteristiche ed interessi. Tra queste si possono includere le lotterie, le scommesse sportive, i casinò, i giochi da bar, *slot machine*, videopoker, bingo e molti altri; le regole e i limiti di legalità sono molto diversi da paese a paese, anche all'interno della Comunità europea e questo è un fattore che complica la raccolta dei dati relativi alla dimensione economica europea e mondiale. Quest'ultima, come per molti altri comportamenti, potrebbe essere invece un utile indicatore dell'andamento del fenomeno. In Italia l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli di Stato (AAMS) nel Libro Blu 2019 ha raccolto dati relativi alla cifra complessiva giocata dagli italiani nel 2018: ben 106,8 miliardi di euro (cifra che, a rifletterci, fa rabbrivire), ossia più 5% rispetto ai 101 miliardi di euro del 2017. L'aumento diventa molto più rilevante, in riferimento agli anni 2016 (quando il volume di denaro giocato era 96,1 miliardi) e 2015 (quando la cifra si attestava sugli 88,2 miliardi di euro). Nell'ambito del gioco, cresce inesorabilmente quello on line, che, tra il 2016 e il 2018 è passato da 21,3 a 31,4 miliardi di euro di cifra giocata, con un aumento, in soli due anni, addirittura del 47%. Ciò significa che, nel mondo del gioco legale, ormai il 29,4% proviene da giochi online. I volumi di gioco stimati per la Toscana, sempre nel 2018, ammontano a più di cinque miliardi di euro (nel 2014 erano 4,4 miliardi), una vincita di circa 4,8 miliardi di euro e una spesa di oltre 1 miliardo. La maggiore facilità di accesso ai giochi a pagamento e la bassa consapevolezza del rischio che questo comportamento, più spesso confuso con un passatempo, possa svilupparsi in un disturbo compulsivo, hanno contribuito alla forte espansione del gioco d'azzardo negli ultimi 20 anni, anche grazie al ruolo dei nuovi social media [2]. Nel mondo, la prevalenza di giocatori patologici e problematici coinvolge dallo 0,5% al 7,6% della popolazione adulta. Secondo la letteratura, esistono segmenti di popolazione più vulnerabili, come nel caso degli adolescenti, in particolare nella fascia di età compresa tra i 15 e i 25 anni dove i comportamenti problematici legati al gioco sono più frequenti rispetto alla popolazione generale, con prevalenza stimata del 5-6% contro l'1-2% [3]. Tuttavia, la diffusione del gioco d'azzardo tra gli adolescenti, in Toscana come nel resto d'Italia, sembra sperimentare un andamento

in controtendenza rispetto alla popolazione generale: secondo le stime di ARS su dati dell'indagine EDIT nel 2018 circa 4 studenti su 10 riferiscono di aver giocato. Dal 2008 la stima EDIT è in costante diminuzione, i giocatori tra gli adolescenti passano dal 52% al 42%. Le differenze di genere sono significative, la proporzione di studenti maschi che gioca è quasi doppia rispetto alle ragazze, rispettivamente 53,4% e 29,5%.

Secondo i più recenti dati IPSAD-CNR, in Italia nel corso del 2017 circa 17 milioni di italiani (il 43%), hanno giocato almeno una volta (quasi 15 punti percentuali in più rispetto al 2013-2014), il 51,1% degli uomini e il 34,4% delle donne. Inoltre, sempre secondo il CNR, oltre l'8% di chi riferisce di aver giocato, riporta un rischio moderato o severo di disturbo da gioco d'azzardo. Il dato nazionale ESPAD 2017 sui giocatori a rischio (pur stimato con un test diverso e più specifico), si attesta sul 13,5%. Il disturbo del gioco d'azzardo (DGA) rappresenta una vera e propria dipendenza, oramai ampiamente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica, associata a un'alta comorbidità psichiatrica, una cattiva salute fisica, alti tassi di suicidio e costi individuali e sociali. Tra le più importanti azioni di contrasto intraprese in questi ultimi anni a livello nazionale e regionale è opportuno segnalare il Piano di contrasto al gioco d'azzardo, che in Toscana (d.g.r.t. 755/2017) si compone di 38 azioni, di cui 22 locali e le restanti regionali, suddivise in 4 aree d'intervento: informazione e prevenzione, epidemiologia, ricerca, valutazione dei percorsi di cura, monitoraggio e valutazione delle azioni di piano, formazione, coordinamento e integrazione delle azioni progettuali. Nel loro insieme queste attività progettuali dovranno intervenire in modo decisivo in tutti gli ambiti di questo esteso e complesso fenomeno e le sue conseguenze sociali e sanitarie.

### **6.1.1 Tipologie di giocatori e profili problematici**

Le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre. La prima è quella del "Giocatore sociale", per il quale giocare denaro costituisce un passatempo gratificante o un'occasione di socializzazione, distrazione e di piacere. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo. La seconda è quella del "Giocatore eccessivo/problematico": sebbene costituisca una minoranza, questo tipo di giocatore prova un misto di ansia e eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile giocare d'azzardo, e sente il bisogno di fare puntate sempre più alte per vincere o recuperare il denaro speso; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato. L'ultima e più grave tipologia di giocatore è quella del "Giocatore patologico": per quest'ultimo il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che lo induce ad avere un bisogno incontrollabile di giocare e il

desiderio irriducibile di recuperare il denaro speso, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato. Nel GAP (gioco d'azzardo patologico) non si considerano le conseguenze negative legate a tale attività, ma l'attività scaturisce da un comportamento lecito e socialmente incentivato. La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche della dipendenza: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (*craving*), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno quando non c'è la possibilità di giocare (astinenza). Infine anche la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza) fa parte, a tutti gli effetti, della definizione di dipendenza.

Il gioco d'azzardo problematico (GAP) è stato riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a partire dal 1980, ed è stato inserito nell'ICD 10<sup>26</sup>. È stato anche classificato nel DSM IV<sup>27</sup> tra i “disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove” insieme alla piromania e alla cleptomania. Con il nuovo DSM-V il GAP è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei “Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da dipendenze”, assimilandolo all'abuso di alcol e sostanze, e denominato “Disturbo da Gioco d'Azzardo”.

## 6.2 IL GIOCO D'AZZARDO IN EUROPA, ITALIA E TOSCANA

### 6.2.1 Le fonti

Le indagini raccolte nel report fanno riferimento a studi internazionali, nazionali e regionali.

- Per gli studi internazionali sugli adolescenti ESPAD<sup>28</sup> Europa è una valida risorsa statistica: il target principale dello studio ESPAD sono gli studenti di età 15-16 anni e lo scopo principale è quello di raccogliere dati comparabili a livello europeo sui consumi di sostanze legali e non, sull'uso del PC (Internet, videogiochi ecc.) e la pratica del gioco d'azzardo. Dal 1995 ad oggi sono state effettuate sei indagini coinvolgendo 48 paesi europei. Per l'Italia, la ricerca viene realizzata dal CNR di Pisa che, oltre a raccogliere i dati per il rapporto europeo ogni 4 anni, effettua anche la medesima rilevazione nazionale con cadenza annuale (ESPAD Italia). Tra gli studenti europei si indaga la prevalenza di coloro che hanno giocato almeno una volta nell'ultimo anno (con registrazione del trend dell'ultimo decennio), la frequenza settimanale di gioco, e le differenze tra sessi in questi campi. Per gli adulti risulta più complicato avere una fonte di

26 Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati.

27 Manuale Statistico Diagnostico, APA, 1994

28 European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

dati affidabile europea ed è preferibile studiare il fenomeno del gioco d'azzardo rispetto alla spesa economica e al gettito che il gioco d'azzardo fornisce come PIL (prodotto interno lordo) per ogni paese, che rende una visione rapida e chiara di quanto questo fenomeno contribuisca all'economia.

- Tra gli studi italiani nell'età adolescenziale un'indagine di riferimento è, come precedentemente suggerito, ESPAD Italia, una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e non, e del gioco d'azzardo, da parte degli studenti e delle studentesse di età compresa fra i 15 e i 19 anni frequentanti le scuole medie superiori italiane. Lo studio fu realizzato per la prima volta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR attraverso la Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari nel 1995, e dal 1999 si ripete con cadenza annuale su un campione rappresentativo delle scuole superiori presenti su tutto il territorio nazionale. Il questionario ESPAD si apre con una serie di quesiti volti a inquadrare la condizione socioculturale degli intervistati e in seguito indaga sui consumi di sostanze legali quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite, oltre al gioco d'azzardo. Nello specifico al campione viene chiesto se ha giocato d'azzardo negli ultimi 12 mesi o nella vita, il tipo di gioco preferito ed i profili di gioco (a rischio e problematici); per quest'ultimo in questo capitolo ESPAD usa il test *sogs - ra*, un test psicométrico che valuta il profilo di gioco [4]. Nell'ambito degli studi sulla popolazione italiana adulta l'IPSAD<sup>29</sup>, realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR su base biennale, è uno studio di prevalenza sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive, legali e illegali, nella popolazione in generale italiana. Lo studio segue fedelmente le linee guida fornite dall'Emcdda<sup>30</sup> di Lisbona e permette di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici proposti dal consiglio d'Europa. Il primo studio è stato condotto dal CNR- Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari nel 2001, ripetuto poi nel 2003, nel 2005 ed in seguito con cadenza biennale. Il campione è estratto dalla popolazione nazionale (attraverso le liste anagrafiche), compresa tra 15-64 anni di età e dal 2005 ha una numerosità tale (circa 85.000 soggetti) da permettere delle stime di prevalenza a livello regionale. Il questionario IPSAD si apre con una serie di quesiti volti a inquadrare la condizione socioculturale degli intervistati e in seguito indaga sui consumi di sostanze legali quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite, oltre al gioco d'azzardo. Per quest'ultimo gli intervistati riferiscono la loro esperienza riguardo la frequenza di gioco (valutazione

29 Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs.

30 European Monitoring Centre for Drug and Drug abuse.

della prevalenza di coloro che hanno giocato nella vita e negli ultimi 12 mesi, frequenza settimanale).

- Per quanto riguarda gli studi regionali, il più rilevante a livello adolescenziale è lo studio EDIT (“Epidemiologia dei determinanti dell’infortunistica stradale in Toscana”), uno studio multicentrico ideato e realizzato da ARS, che a partire dal 2005 e con cadenza triennale esplora gli stili di vita, i comportamenti a rischio e i comportamenti alla guida di un campione rappresentativo di studenti iscritti alle scuole secondarie di II° della Toscana (di età compresa tra i 14 e i 19 anni). Con il DPCM del 3 marzo 2017 è entrato a far parte del sistema di “Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie”. Nello specifico il progetto indaga il consumo di alcol, tabacco e sostanze illegali, il bullismo, comportamenti sessuali e gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, qualità del sonno, uso del tempo libero etc.), i comportamenti alla guida dei mezzi, l’infortunistica stradale e il gioco d’azzardo. Anche con EDIT vengono indagate le prevalenze di gioco nella vita *una tantum* o nell’ultimo anno; agli intervistati viene somministrato anche il “Lie/Bet Q” [5], un test di screening che identifica la quota di ragazzi potenzialmente a rischio di sviluppare un problema con il gioco. Per le successive fasce di età sono utili invece le rilevazioni che la Regione Toscana compie sugli accessi ai SERD, i servizi di aiuto per le dipendenze, controllando i pazienti che vi si recano e che vengono diagnosticati con un disturbo da gioco patologico (GAP). Molto presto un nuovo strumento, il GAPS<sup>31</sup>, dovrebbe fornire ulteriori informazioni sul gioco d’azzardo nella popolazione adulta della Toscana.

---

31 Gambling Adult Population Survey.

Tabella 1  
 Fonti dei dati

| STRUMENTI DI INDAGINE SUL GIOCO D'AZZARDO |                                     |                   |                                    |                       |                     |                                        |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITALIANI                                  |                                     |                   |                                    |                       |                     |                                        |                                                                                                                      |
| INDAGINE                                  | ANNI DI RILEVAZIONE                 | ETA' DEL CAMPIONE | PERIODO DI RILEVAZIONE             | DATI NAZIONALI        | DETTAGLIO REGIONALE | DETTAGLIO AZIENDALE E/O ZONA DISTRETTO |                                                                                                                      |
|                                           |                                     |                   |                                    |                       |                     | ARGOMENTI                              |                                                                                                                      |
| <b>EDIT</b>                               | Dal 2005                            | 14-18 anni        | Sistemica triennale                | No                    | Si                  | Entrambi                               | Ludopatia: frequenza, preferenza per tipo di gioco, spesa media, lie/bet Q                                           |
| <b>HBSC</b>                               | Dal 2003/2004, sistemica dal 2005/6 | 11, 13, 15 anni   | Sistemica quadriennale             | Si                    | Si                  | No                                     | Ludopatia: frequenza, spesa media, rischio dipendenza                                                                |
| <b>ESPAD</b>                              | Dal 1995                            | 15-16 anni        | Sistemica annuale                  | Si                    | No                  | No                                     | Ludopatia: frequenza, preferenza per tipo di gioco, spesa media, disponibilità luogo, SOGS-RA                        |
| <b>GAPS</b>                               | Dal 2019                            | 15-64 anni        | /                                  | No                    | Si                  | /                                      | Ludopatia: frequenza, preferenza per tipo di gioco, spesa media, disponibilità luogo, smettere di giocare, lie/bet Q |
| <b>IPSAD</b>                              | Dal 2001                            | 15-64 anni        | Sistemica, biennale e quadriennale | Si                    | Si                  | No                                     | Ludopatia: frequenza, preferenza per tipo di gioco, spesa media, disponibilità luogo, smettere di giocare, lie/bet Q |
| EUROPEI                                   |                                     |                   |                                    |                       |                     |                                        |                                                                                                                      |
| <b>ESPAD EUROPA</b>                       | Dal 1995                            | 15-16 anni        | Sistemica annuale                  | 35 Paesi e regioni EU | /                   | /                                      | Ludopatia: frequenza                                                                                                 |

### 6.2.3 Il gioco d'azzardo nell'adolescenza

I dati europei (ESPAD, in **Tabella 2**) rivelano, per l'ultima raccolta dati disponibile (2015), che più di un quinto degli studenti (23%) usa Internet per giocare regolarmente (almeno 4 volte nell'ultima settimana), ma il gambling vero e proprio è una delle attività meno comuni su Internet (prevalenza media ESPAD del 3%), con i Paesi maggiormente dediti al gioco come la Bulgaria (8%), Albania, Cipro e Macedonia (7% ognuno). I ragazzi giocano più delle ragazze (in media 6% vs. 1%).

**Tabella 2**  
**Prevalenza di gioco (4 giorni o più nell'ultima settimana), per sesso**

|               | Giochi online |         | Gambling |         |
|---------------|---------------|---------|----------|---------|
|               | Ragazzi       | Ragazze | Ragazzi  | Ragazze |
| Albania       | 28            | 11      | 11       | 3       |
| Austria       | 37            | 5       | 2        | 0       |
| Belgio        |               |         |          |         |
| Bulgaria      | 41            | 10      | 13       | 4       |
| Croazia       | 39            | 6       | 11       | 2       |
| Cipro         | 42            | 9       | 12       | 3       |
| Rep. Ceca     | 44            | 7       | 4        | 1       |
| Danimarca     | 64            | 28      | 9        | 1       |
| Estonia       | 55            | 6       | 6        | 1       |
| Faroe         | 50            | 3       | 2        | 0       |
| Finlandia     | 51            | 5       | 3        | 0       |
| Macedonia     | 26            | 6       | 11       | 3       |
| Francia       | 41            | 6       | 1        | 0       |
| Grecia        | 33            | 3       | 5        | 1       |
| Ungheria      | 35            | 8       | 5        | 1       |
| Islanda       | 41            | 4       | 2        | 0       |
| Irlanda       | 32            | 3       | 5        | 0       |
| Italia        | 33            | 10      | 5        | 1       |
| Liechtenstein | 41            | 2       | 1        | 0       |
| Lituania      | 46            | 13      | 9        | 1       |
| Malta         | 41            | 8       | 2        | 0       |
| Moldavia      | 28            | 4       | 3        | 1       |
| Monaco        | 23            | 18      | 3        | 2       |
| Montenegro    | 31            | 6       | 8        | 2       |
| Paesi Bassi   | 48            | 6       | 7        | 2       |
| Norvegia      | 52            | 5       | 4        | 1       |
| Polonia       | 39            | 6       | 5        | 1       |
| Portogallo    | 39            | 5       | 5        | 0       |
| Romania       | 36            | 7       | 6        | 2       |
| Slovacchia    | 31            | 9       | 5        | 2       |
| Slovenia      | 33            | 4       | 5        | 1       |
| Svezia        | 58            | 7       | 7        | 2       |
| Ucraina       | 30            | 5       | 3        | 1       |
| Lettonia      | 2             | 0       | 2        | 1       |
| Spagna        |               |         |          |         |
| Media         | 39            | 7       | 6        | 1       |

Fonte: ESPAD Europa 2015.

In media il 14% degli studenti europei ha riportato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, ed il 7% lo fa frequentemente (ovvero 2-4 volte al mese o più spesso). Circa uno studente su 5 a Cipro, in Finlandia, Montenegro e Slovenia ha riportato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (**Tabella 3**); i ragazzi greci hanno giocato frequentemente nell'ultimo anno con una prevalenza del 27%. In tutti i paesi c'è una grossa differenza di genere: nell'anno precedente hanno giocato almeno una volta il 23% dei ragazzi contro solo il 5% delle ragazze, e giocato con frequenza il 12% dei ragazzi contro il 2% delle ragazze.

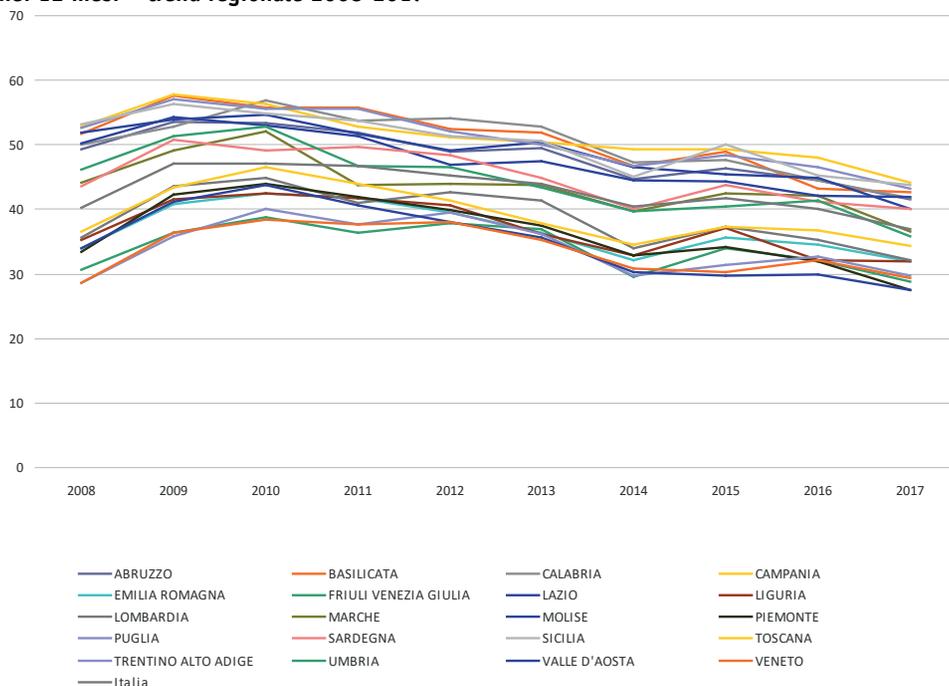
Dai risultati di ESPAD Italia 2017 si evince che il 44,2% degli studenti italiani ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita (nel 2009 era il 51,6%) e che il 36,9% lo ha fatto almeno una volta nel corso dell'ultimo anno (nel 2009 era ugualmente più alto, uguale al 47,1%). Le prevalenze regionali, in quest'ultimo caso, appaiono tutte in calo dal 2008, dopo un rialzo avvenuto nel 2009-2010 (**Figura 1**), ad eccezione di Trentino Alto Adige e Veneto, che fanno invece registrare un aumento rispettivamente di 1,1 e di 0,8 punti percentuali.

Sono passate infatti dal 28,6% (entrambe) del 2008 al 29,4% e 29,7% nel 2017. Le regioni del Nord, in particolare Piemonte, Veneto e Friuli Venezia Giulia, tendono a registrare prevalenze inferiori. Nelle regioni del Sud, in particolare Campania, Puglia e Sicilia, le prevalenze di studenti che hanno giocato d'azzardo nel corso dell'ultimo anno risultano costantemente più alte e sopra il 40%, sia nel 2008 che nel 2017 (**Tabella 4**).

**Tabella 3**  
**Prevalenza negli ultimi 12 mesi di giocare d'azzardo, per sesso**

|               | Almeno una volta |         | Frequentemente |         |   |
|---------------|------------------|---------|----------------|---------|---|
|               | Ragazzi          | Ragazze | Ragazzi        | Ragazze |   |
| Albania       | 15               |         | 2              | 10      | 1 |
| Austria       | 11               |         | 2              | 5       | 0 |
| Belgio        |                  |         |                |         |   |
| Bulgaria      | 30               |         | 7              | 19      | 3 |
| Croazia       | 33               |         | 4              | 20      | 2 |
| Cipro         | 39               |         | 8              | 26      | 3 |
| Rep. Ceca     | 15               |         | 3              | 7       | 1 |
| Danimarca     | 29               |         | 4              | 16      | 0 |
| Estonia       | 20               |         | 4              | 10      | 2 |
| Faroe         | 20               |         | 2              | 8       | 0 |
| Finlandia     | 34               |         | 7              | 14      | 1 |
| Macedonia     | 23               |         | 5              | 14      | 2 |
| Francia       | 27               |         | 8              | 15      | 2 |
| Grecia        | 49               |         | 12             | 27      | 3 |
| Ungheria      | 26               |         | 6              | 17      | 3 |
| Islanda       | 12               |         | 2              | 4       | 1 |
| Irlanda       | 26               |         | 6              | 9       | 1 |
| Italia        | 24               |         | 5              | 15      | 2 |
| Liechtenstein | 17               |         | 2              | 9       | 1 |
| Lituania      | 20               |         | 3              | 11      | 1 |
| Malta         | 12               |         | 3              | 5       | 1 |
| Moldavia      | 9                |         | 2              | 4       | 1 |
| Monaco        | 23               |         | 6              | 12      | 2 |
| Montenegro    | 38               |         | 8              | 26      | 3 |
| Paesi Bassi   | 23               |         | 5              | 9       | 1 |
| Norvegia      | 11               |         | 3              | 6       | 1 |
| Polonia       | 17               |         | 4              | 9       | 3 |
| Portogallo    | 14               |         | 4              | 8       | 1 |
| Romania       | 22               |         | 5              | 12      | 2 |
| Slovacchia    | 24               |         | 5              | 12      | 2 |
| Slovenia      | 32               |         | 11             | 20      | 4 |
| Svezia        | 22               |         | 5              | 14      | 2 |
| Ucraina       | 12               |         | 3              | 6       | 1 |
| Lettonia      | 23               |         | 9              | 12      | 4 |
| Spagna        | 29               |         | 9              | 14      | 2 |
| Media         | 23               |         | 5              | 12      | 2 |

**Figura 1**  
**Prevalenza degli studenti fra i 15 ed i 19 anni che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi – trend regionale 2008-2017**



Fonte: ESPAD Italia 2017.

**Tabella 4**  
**Prevalenza degli studenti fra i 15 ed i 19 anni che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi - dettaglio regionale (2008-2017)**

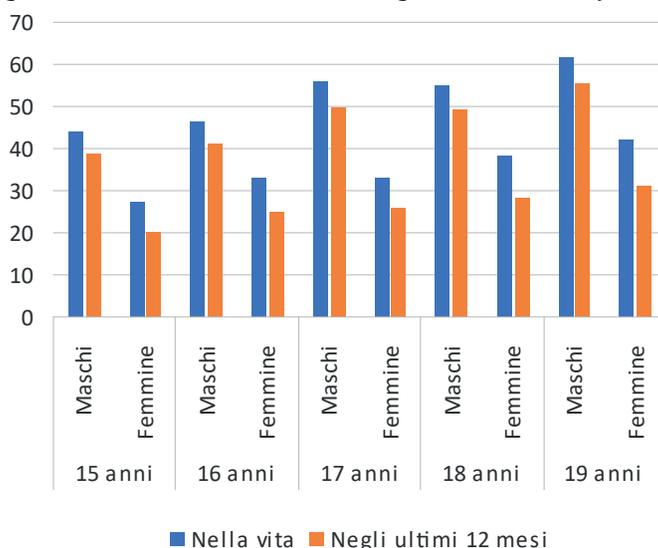
|                       | 2008        | 2009        | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         |
|-----------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ABRUZZO               | 49,3        | 53,5        | 53,30        | 51,90        | 48,90        | 49,50        | 44,70        | 46,40        | 44,50        | 41,50        |
| BASILICATA            | 51,8        | 57,6        | 55,70        | 55,80        | 52,50        | 51,90        | 46,80        | 49,00        | 43,20        | 42,70        |
| CALABRIA              | 50          | 52,9        | 56,90        | 53,70        | 54,20        | 52,90        | 47,30        | 47,60        | 44,60        | 41,80        |
| CAMPANIA              | 52,8        | 57,8        | 56,30        | 52,90        | 51,20        | 50,40        | 49,30        | 49,40        | 48,00        | 44,10        |
| EMILIA ROMAGNA        | 33,9        | 40,8        | 42,50        | 41,70        | 39,50        | 36,40        | 32,20        | 35,70        | 34,60        | 31,90        |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 30,6        | 36,3        | 38,70        | 36,30        | 37,80        | 36,90        | 29,50        | 33,90        | 32,20        | 28,90        |
| LAZIO                 | 51,9        | 53,9        | 54,60        | 51,70        | 49,10        | 50,40        | 46,60        | 45,40        | 44,90        | 40,10        |
| LIGURIA               | 35,2        | 41,6        | 42,40        | 41,70        | 40,60        | 36,20        | 32,90        | 37,10        | 32,10        | 32,00        |
| LOMBARDIA             | 35,7        | 43,5        | 44,80        | 41,00        | 42,70        | 41,30        | 33,90        | 37,40        | 35,20        | 32,20        |
| MARCHE                | 44,1        | 49,2        | 52,00        | 43,80        | 43,90        | 43,70        | 39,80        | 42,50        | 42,20        | 36,60        |
| MOLISE                | 50,2        | 54,3        | 53,00        | 51,40        | 47,00        | 47,50        | 44,60        | 44,40        | 42,20        | 42,00        |
| PIEMONTE              | 33,4        | 42,3        | 44,00        | 42,00        | 39,90        | 37,50        | 32,80        | 34,20        | 32,00        | 27,50        |
| PUGLIA                | 52,7        | 57          | 55,60        | 55,60        | 52,00        | 50,10        | 46,70        | 48,30        | 46,50        | 43,20        |
| SARDEGNA              | 43,5        | 50,8        | 49,20        | 49,70        | 48,30        | 44,80        | 40,00        | 43,70        | 41,10        | 40,00        |
| SICILIA               | 53,2        | 56,4        | 54,90        | 53,70        | 51,40        | 50,60        | 45,00        | 50,00        | 45,20        | 43,70        |
| TOSCANA               | 36,6        | 43,4        | 46,60        | 44,00        | 41,40        | 37,90        | 34,50        | 37,30        | 36,80        | 34,40        |
| TRENTINO ALTO ADIGE   | 28,6        | 35,8        | 40,10        | 37,60        | 39,50        | 36,20        | 29,80        | 31,40        | 32,60        | 29,70        |
| UMBRIA                | 46,1        | 51,3        | 52,90        | 46,70        | 46,60        | 43,40        | 39,70        | 40,50        | 41,40        | 35,80        |
| VALLE D'AOSTA         | 34          | 41,1        | 43,70        | 40,70        | 38,00        | 35,60        | 30,30        | 29,80        | 29,90        | 27,50        |
| VENETO                | 28,6        | 36,3        | 38,50        | 37,70        | 38,10        | 35,30        | 30,80        | 30,20        | 32,20        | 29,40        |
| <b>Italia</b>         | <b>40,3</b> | <b>47,1</b> | <b>47,10</b> | <b>46,80</b> | <b>45,30</b> | <b>44,00</b> | <b>40,50</b> | <b>41,70</b> | <b>40,10</b> | <b>36,90</b> |

Fonte: ESPAD Italia 2017.

Nel 2017 si conferma che sono gli studenti di genere maschile a essere maggiormente attratti dal gioco d'azzardo. Per i ragazzi l'aver giocato almeno una volta nella vita è avvenuto nel 53,1% dei casi, mentre per ragazze è avvenuto nel 35%. Anche la percentuale di chi ha giocato almeno una volta nell'ultimo anno è superiore nei ragazzi: 47,3%, contro il 26,3% delle ragazze. Le prevalenze di gioco tuttavia aumentano per entrambi i generi all'aumentare dell'età (**Figura 2**).

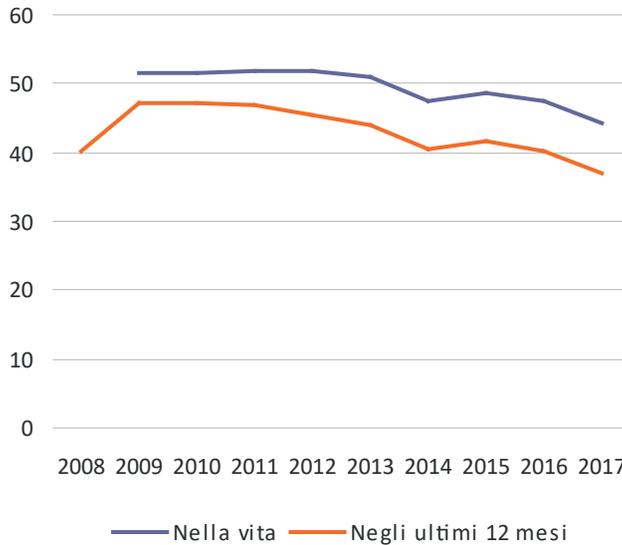
**Figura 2**

**Prevalenze di gioco almeno una volta nella vita e negli ultimi 12 mesi, per sesso e età**



Fonte: ESPAD Italia 2017.

Il 40,2% dei minorenni riferisce di aver giocato almeno una volta nella vita (nonostante la legge lo proibisca) e la percentuale di studenti minorenni che lo ha fatto nell'ultimo anno è del 33,6%.

**Figura 3****Trend gioco d'azzardo almeno una volta nella vita e negli ultimi dodici mesi 2008-2017**

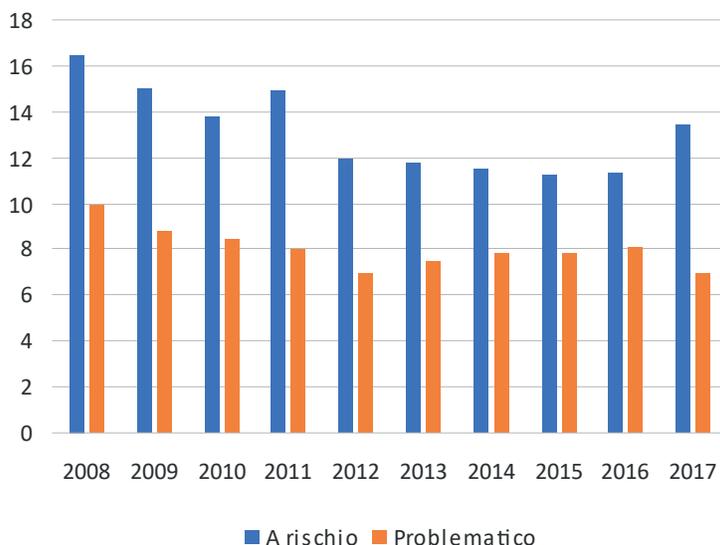
Fonte: ESPAD Italia 2017.

Dalla **Figura 3** si nota che il trend dal 2008, sia per il gioco nella vita che negli ultimi 12 mesi è in calo.

Le tipologie di gioco più utilizzate dai giovani sono il Gratta e Vinci (giocato dal 58,9% dei ragazzi e dal 75,5% delle ragazze), le scommesse sportive (giocate dal 66,9% dei ragazzi) e i giochi con le carte (28,6% delle ragazze).

Per il 13,5% dei giocatori adolescenti italiani il comportamento al gioco è definibile “a rischio”, mentre per il 7,1% risulta “problematico”. Rispetto al 2008, la percentuale dei giocatori con un comportamento di gioco definibile “a rischio” nel 2017 è passata da 16,5% a 13,5%, con una diminuzione di tre punti percentuali. Anche per i giocatori cosiddetti “problematici” si passa dal 10% nel 2008 al 7,1% nel 2017 (**Figura 4**).

Un elemento degno di nota consiste nell'aumento della percentuale dei giocatori a rischio dal 2016 al 2017, nonostante quella dei giocatori problematici tenda a diminuire.

**Figura 4**
**Giocatori adolescenti a rischio e problematici, trend 2008-2017**


Fonte: ESPAD Italia 2017.

Utilizzando il test psicometrico SOGS-RA e valutando la percentuale di coloro che hanno ottenuto un punteggio collegato ad un profilo di gioco “problematico”, osserviamo che esistono differenze tra regioni. La percentuale media Italiana nel 2017 è del 7,1%, in calo dal 2008 (dove si attestava al 10%), con massimo in Calabria (dove i giovani che hanno un profilo problematico al gioco sono il 10%) ed un minimo in Trentino (4,4%); la Toscana si colloca al di sotto della media nazionale con il 6,4% (**Tabella 5**).

Tabella 5

Percentuale degli studenti (15-19 anni) con profilo di gioco "problematico" in base al test SOGS-RA, tra coloro che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi - dettaglio regionale (2008-2017)

|                              | 2008        | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015       | 2016       | 2017       |
|------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>ABRUZZO</b>               | 11,5        | 8,6        | 9,6        | 7,6        | 7,3        | 7,4        | 8,0        | 9,0        | 6,9        | 8,1        |
| <b>BASILICATA</b>            | 12,8        | 10,5       | 10,1       | 10,3       | 9,0        | 9,8        | 8,0        | 7,9        | 8,3        | 9,4        |
| <b>CALABRIA</b>              | 14,7        | 11,1       | 9,9        | 8,2        | 8,9        | 8,3        | 10,6       | 8,8        | 8,9        | 10,5       |
| <b>CAMPANIA</b>              | 12,0        | 10,4       | 9,9        | 10,0       | 9,3        | 10,0       | 9,2        | 11,8       | 12,8       | 9,2        |
| <b>EMILIA ROMAGNA</b>        | 9,5         | 8,6        | 8,4        | 7,7        | 6,4        | 6,1        | 6,4        | 6,6        | 5,4        | 5,3        |
| <b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b> | 8,4         | 7,3        | 7,3        | 6,5        | 4,3        | 6,4        | 6,9        | 5,3        | 6,7        | 5,4        |
| <b>LAZIO</b>                 | 10,1        | 8,5        | 9,2        | 8,2        | 7,4        | 8,4        | 7,5        | 7,4        | 7,5        | 6,9        |
| <b>LIGURIA</b>               | 10,8        | 7,6        | 8,9        | 5,9        | 6,7        | 5,9        | 7,2        | 6,2        | 7,7        | 6,0        |
| <b>LOMBARDIA</b>             | 9,8         | 8,3        | 7,9        | 7,6        | 5,7        | 6,1        | 6,0        | 5,6        | 5,7        | 5,0        |
| <b>MARCHE</b>                | 9,1         | 6,9        | 8,5        | 7,0        | 7,3        | 7,0        | 6,8        | 8,4        | 6,9        | 6,2        |
| <b>MOLISE</b>                | 13,2        | 9,0        | 9,6        | 10,1       | 8,3        | 8,8        | 8,4        | 9,2        | 8,0        | 8,7        |
| <b>PIEMONTE</b>              | 8,8         | 7,2        | 8,5        | 5,8        | 5,6        | 5,9        | 6,7        | 5,7        | 5,7        | 4,6        |
| <b>PUGLIA</b>                | 11,7        | 9,8        | 10,3       | 9,7        | 9,1        | 10,3       | 7,9        | 8,7        | 9,5        | 9,6        |
| <b>SARDEGNA</b>              | 10,4        | 10,0       | 9,0        | 7,4        | 8,7        | 8,4        | 8,7        | 8,8        | 8,7        | 7,4        |
| <b>SICILIA</b>               | 9,9         | 10,1       | 9,3        | 7,7        | 8,1        | 8,7        | 8,8        | 6,8        | 5,6        | 8,9        |
| <b>TOSCANA</b>               | 9,0         | 8,4        | 8,2        | 7,2        | 6,4        | 6,2        | 7,0        | 7,9        | 6,8        | 6,4        |
| <b>TRENTINO ALTO ADIGE</b>   | 8,1         | 8,3        | 7,6        | 6,7        | 5,0        | 5,6        | 5,8        | 5,4        | 5,9        | 4,4        |
| <b>UMBRIA</b>                | 8,3         | 7,1        | 9,4        | 7,6        | 7,3        | 7,2        | 7,4        | 8,6        | 6,7        | 5,9        |
| <b>VALLE D'AOSTA</b>         | 10,8        | 7,3        | 8,7        | 5,6        | 5,4        | 5,8        | 6,1        | 7,1        | 7,6        | 4,6        |
| <b>Italia</b>                | <b>10,0</b> | <b>8,7</b> | <b>8,5</b> | <b>7,9</b> | <b>7,0</b> | <b>7,5</b> | <b>7,8</b> | <b>7,9</b> | <b>8,3</b> | <b>7,1</b> |

Fonte: ESPAD Italia 2017.

Con lo stesso test psicometrico (SOGS-RA) si misurano i profili di gioco "a rischio"; in questo caso le percentuali medie nazionali di chi si colloca in questa categoria sono del 13,5% (in calo anche queste rispetto al 2008, dove erano del 16,5%). La regione con maggiore prevalenza è l'Abruzzo con il 15,7%, quella con la minore prevalenza è il Friuli Venezia Giulia (11,5%). La Toscana, con il 14,2%, ha una media lievemente più alta di quella nazionale (**Tabella 6**).

Sia per il profilo problematico che per il profilo a rischio si osserva una tendenza generale alla diminuzione dal 2008.

**Tabella 6**
**Percentuale degli studenti (15-19 anni) con profilo di gioco "a rischio" in base al test SOGS-RA, tra coloro che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi - dettaglio regionale (2008-2017)**

|                              | 2008        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        | 2013        | 2014        | 2015        | 2016        | 2017        |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>ABRUZZO</b>               | 17,8        | 16,3        | 15,1        | 15,3        | 12,3        | 12,9        | 12,4        | 12,9        | 13,1        | 15,7        |
| <b>BASILICATA</b>            | 17,7        | 18,8        | 17,7        | 17,4        | 13,8        | 15,2        | 12,3        | 13,0        | 12,3        | 13,2        |
| <b>CALABRIA</b>              | 17,1        | 19,4        | 16,0        | 15,7        | 13,2        | 12,7        | 10,1        | 12,4        | 11,9        | 13,1        |
| <b>CAMPANIA</b>              | 18,5        | 17,6        | 14,9        | 16,4        | 13,4        | 13,8        | 13,4        | 12,9        | 11,8        | 14,6        |
| <b>EMILIA ROMAGNA</b>        | 16,0        | 14,2        | 13,9        | 13,2        | 11,3        | 10,6        | 10,0        | 10,5        | 9,8         | 13,2        |
| <b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b> | 14,1        | 13,9        | 13,9        | 13,4        | 11,4        | 9,3         | 11,0        | 9,4         | 9,1         | 11,5        |
| <b>LAZIO</b>                 | 17,1        | 15,3        | 13,2        | 15,6        | 13,8        | 11,4        | 11,7        | 9,8         | 12,6        | 14,0        |
| <b>LIGURIA</b>               | 16,4        | 12,5        | 12,5        | 14,2        | 10,0        | 10,3        | 8,9         | 9,1         | 10,1        | 13,2        |
| <b>LOMBARDIA</b>             | 16,4        | 13,7        | 13,0        | 12,2        | 9,7         | 10,1        | 9,3         | 9,3         | 8,5         | 13,6        |
| <b>MARCHE</b>                | 16,3        | 15,5        | 15,4        | 15,3        | 10,7        | 10,5        | 11,2        | 10,4        | 11,3        | 13,6        |
| <b>MOLISE</b>                | 17,9        | 17,2        | 14,9        | 15,0        | 13,2        | 13,1        | 12,7        | 13,0        | 12,3        | 13,9        |
| <b>PIEMONTE</b>              | 15,7        | 13,7        | 13,4        | 12,5        | 10,5        | 11,0        | 9,1         | 9,4         | 12,0        | 12,5        |
| <b>PUGLIA</b>                | 16,9        | 17,4        | 18,0        | 18,4        | 13,6        | 14,2        | 11,4        | 13,6        | 13,6        | 13,7        |
| <b>SARDEGNA</b>              | 17,4        | 14,9        | 14,6        | 16,6        | 13,2        | 12,3        | 11,2        | 11,7        | 12,0        | 13,6        |
| <b>SICILIA</b>               | 16,8        | 16,6        | 15,3        | 16,5        | 14,3        | 12,7        | 12,2        | 11,5        | 12,4        | 13,1        |
| <b>TOSCANA</b>               | 16,3        | 14,7        | 13,6        | 14,9        | 11,3        | 10,7        | 10,9        | 10,6        | 11,8        | 14,2        |
| <b>TRENTINO ALTO ADIGE</b>   | 15,8        | 13,5        | 12,1        | 11,9        | 9,8         | 9,6         | 10,0        | 10,9        | 8,8         | 11,7        |
| <b>UMBRIA</b>                | 16,3        | 16,3        | 14,6        | 14,8        | 12,0        | 10,7        | 11,4        | 9,7         | 10,2        | 14,3        |
| <b>VALLE D'AOSTA</b>         | 15,3        | 13,2        | 13,1        | 12,0        | 10,5        | 10,6        | 8,8         | 9,4         | 10,7        | 12,5        |
| <b>Italia</b>                | <b>16,5</b> | <b>15,0</b> | <b>13,7</b> | <b>14,7</b> | <b>11,8</b> | <b>11,6</b> | <b>11,3</b> | <b>11,1</b> | <b>11,3</b> | <b>13,5</b> |

Fonte: ESPAD Italia 2017.

Rispetto alla spesa sostenuta per giocare, differenziando i giocatori per profilo di gioco emerge che l'83,9% dei giocatori non a rischio ha giocato meno di 10 euro negli ultimi 30 giorni. Questa quota scende sintomaticamente al 65,9% e al 42,3%, rispettivamente, quando si considerano i giocatori con profilo a rischio e i giocatori con profilo problematico. Il 13,5% dei giovani studenti giocatori con profilo di gioco problematico ha speso al gioco d'azzardo più di 90 euro nei 30 giorni precedenti all'intervista (contro il 2,5% dei giocatori a rischio e l'1,1% dei non a rischio).

Il 39% degli studenti 15-19 ritiene che si possa diventare ricchi giocando se bravi (37,9% dei ragazzi e il 40,1% delle ragazze).

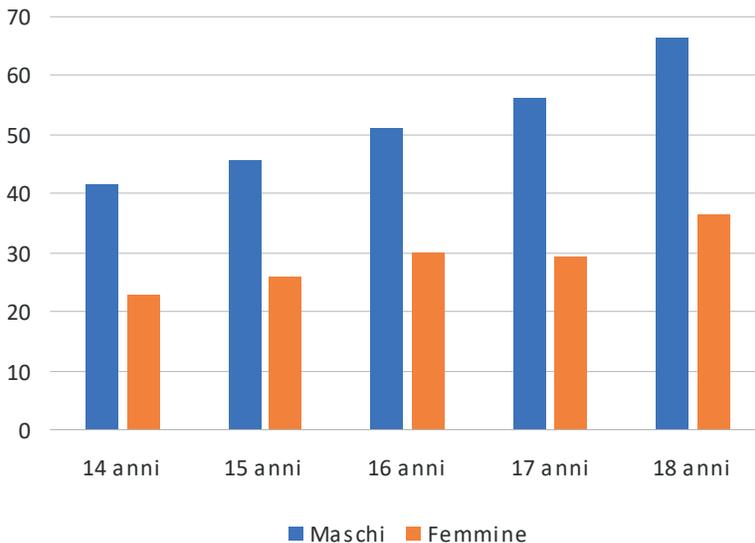
Per quanto riguarda invece la Toscana, secondo quanto stimato dall'indagine EDIT nel 2018 i ragazzi che hanno giocato una tantum aumenta progressivamente con l'età, con differenze di genere che si ampliano progressivamente (**Figura 5**).

Nell'ultimo anno di rilevazione i giocatori sono il 40%, e circa il 70% di questi sono minorenni (dato quasi doppio rispetto alla percentuale nazionale). Dal 2008 la prevalenza di gioco nell'ultimo anno risulta in continua diminuzione, passando dal 52% al 42% del 2018.

La percentuale di studenti maschi che gioca è quasi doppia rispetto a quella delle coetanee (53,4% vs 29,5%), e questo dato è somigliante a quello nazionale. Inoltre il coinvolgimento per età dei ragazzi aumenta con l'aumentare degli anni (dato anche questo osservato precedentemente), mentre le ragazze registrano variazioni meno consistenti. Nelle tre AUSL gli andamenti risultano sovrapponibili a quelli regionali.

**Figura 5**

**Percentuale di coloro che hanno giocato una tantum per età e genere**

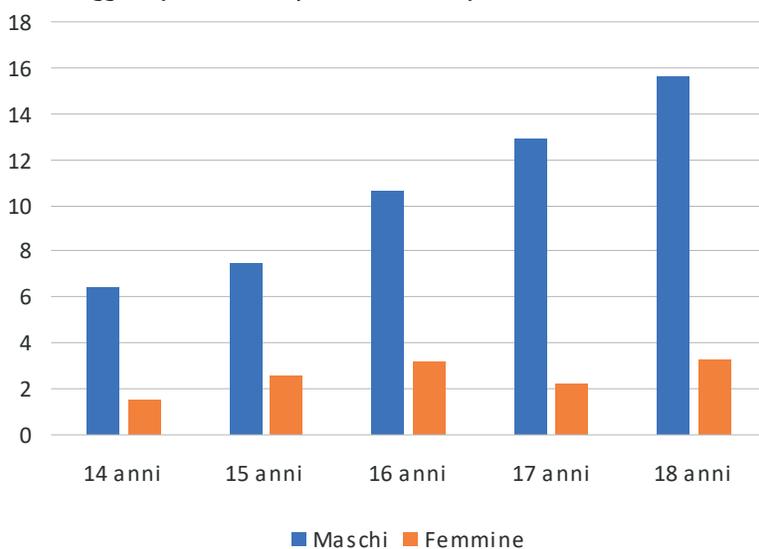


Fonte: EDIT 2018.

Per quanto riguarda i giochi praticati il Gratta e Vinci resta al primo posto tra i più frequenti (66,1%), soprattutto tra le femmine (82,7%), seguito dalle scommesse sportive (54,1%), in questo caso preferite dai maschi col 71%. Sempre tra i giochi più diffusi troviamo anche il biliardo (o altro gioco di abilità) e i giochi con le carte, rispettivamente con il 49% ed il 48%.

Per stimare il rischio di sviluppare una patologia correlata al gioco d'azzardo, nel questionario è stato inserito il Lie/Bet Q (**Figura 6**). Dalle analisi è emerso che circa il 7% degli adolescenti toscani rientrano in questa categoria. Il dato è stabile rispetto alla precedente rilevazione e il trend in diminuzione dal 2008. Tra i ragazzi, la positività al test risulta 4 volte più alta rispetto alle coetanee (maschi: 10,7%; femmine: 2,6%), con una forbice che aumenta in funzione dell'età.

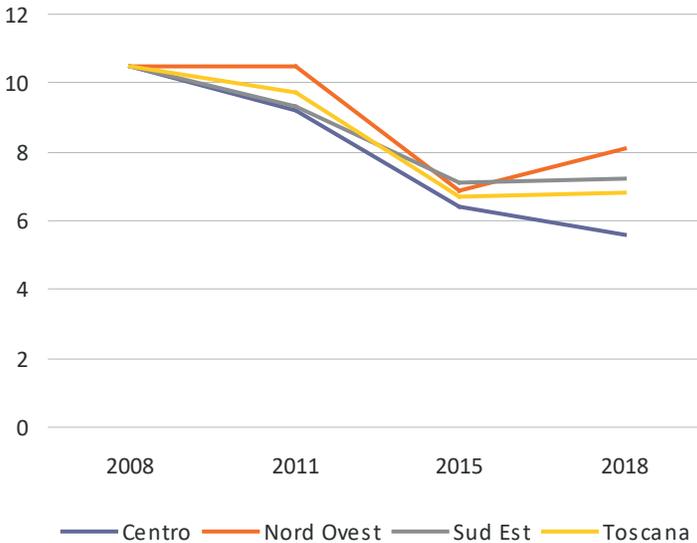
**Figura 6**  
**Percentuale dei soggetti positivi al lie/betQ su totale, per sesso ed età**



Fonte: EDIT 2018.

Confrontando gli andamenti delle tre AUSL, benché il quadro risulti sostanzialmente omogeneo, si osserva una più alta presenza di ragazzi a rischio nella AUSL Nord-Ovest, in particolar modo nel 2018 (Figura 7).

**Figura 7**  
Trend percentuale dei soggetti positivi al Lie/bet Q per AUSL

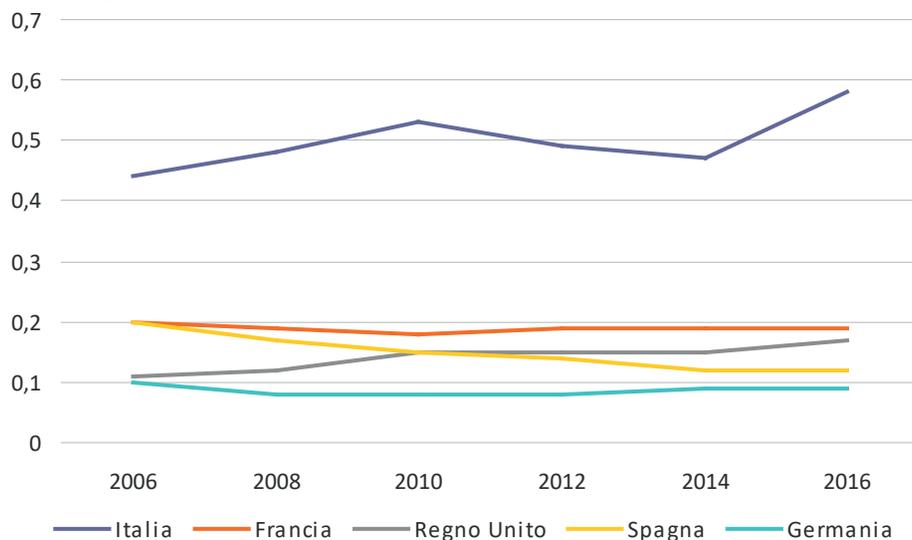


Fonte: EDIT 2018.

### 6.2.3 Il gioco d'azzardo nell'età adulta

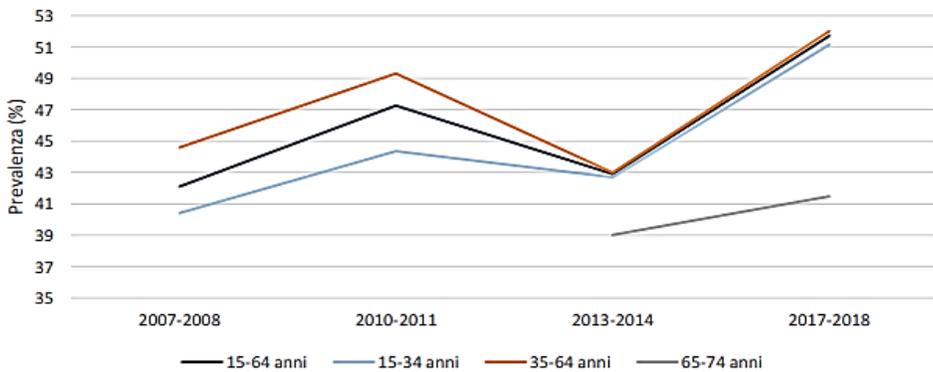
Sebbene non esista un sistema di rilevazione dei dati sul gioco d'azzardo per tutta la popolazione europea, è possibile avere alcune visioni d'insieme valutando le entrate dei vari Paesi. Secondo i dati OCSE (in Figura 8), le entrate lordi del gioco d'azzardo (GGR) dei paesi europei tendono ad essere più alte in Italia e Francia, seguite da Regno Unito, Spagna e Germania. L'entrata lorda italiana rappresenta in media circa lo 0,5 per cento del prodotto interno lordo (PIL) dal 2006 al 2016, ma si nota come negli ultimi anni le entrate dal gioco d'azzardo si siano moltiplicate nel nostro Paese. Si stima che la GGR online complessiva in Europa abbia raggiunto circa 24,7 miliardi di euro nel 2020 ed è principalmente generata da scommesse sportive, casinò online e lotterie online. Il poker rappresenta solo il 6% del mercato del gioco d'azzardo online in Europa.

**Figura 8**  
**Gettito dal gioco d'azzardo come percentuale di PIL, per Paese**



Fonte: OCSE, rielaborazione dati 2006-2016.

Dalla rilevazione IPSAD 2017-2018 emerge che il 42,8% della popolazione italiana tra i 15 e i 64 anni (circa 17 milioni di persone) ha giocato d'azzardo almeno una volta nell'ultimo anno, percentuale in forte aumento (quasi 15 punti percentuali) rispetto alla rilevazione IPSAD 2013-2014. La prevalenza raggiunge il 45% nel campione degli adulti tra i 15 e i 34 anni mentre risulta inferiore (32,8%) nella popolazione di età compresa tra i 65 e i 74 anni (**Figura 9**).

**Figura 9****Stime di prevalenza del gioco d'azzardo nel corso della vita per classi di età**

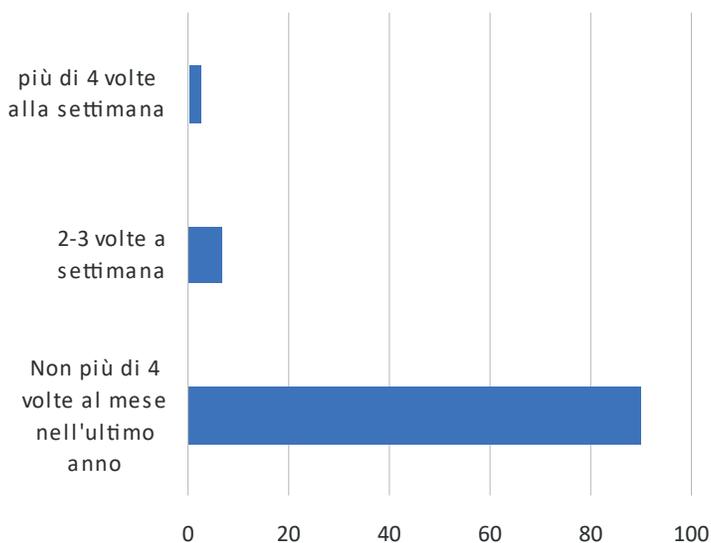
Fonte: IPSAD 2017-18.

La prevalenza di chi ha giocato una volta nella vita è uguale al 51,7% della popolazione generale (15-64 anni), con range che va dal 51,1% dei 15-34 anni al 41,5% dei 65-74enni. Il trend delle prevalenze, tuttavia, è in crescita in tutte e tre le popolazioni.

Gli uomini sembrano avere una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: nella fascia d'età 15-64 anni il 51,1% degli uomini ha giocato denaro nell'ultimo anno, mentre solo il 34,4% delle donne lo ha fatto. La percentuale sale soprattutto a causa delle fasce di età giovanili: tra i 15-34enni la prevalenza di giocatori è del 53,6% tra gli uomini e del 36,0% tra le donne. Degno di nota risulta anche l'avvicinamento tra prevalenze maschili e femminili.

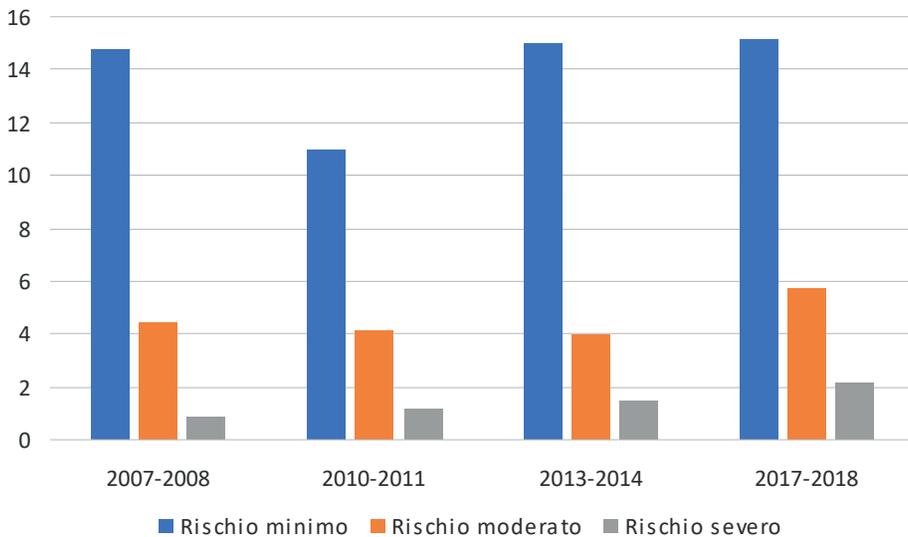
Tra i giocatori 15-64enni il 90% ha giocato non più di 4 volte al mese nell'ultimo anno, mentre il 6,5% lo ha fatto per 2 a 3 volte a settimana e il 2,3% per oltre 4 volte a settimana (**Figura 10**).

**Figura 10**  
**Frequenza di gioco d'azzardo, generale**



Fonte: IPSAD 2017.

I giochi più utilizzati sono i gratta e vinci (nel 2017 ci hanno giocato il 68,1% degli uomini e l'82,8% delle donne), segue il superenalotto (45,3% degli uomini e 38,2% delle donne), le scommesse sportive, giocate in gran parte solo dagli uomini (40,7%), mentre le donne prediligono il lotto (33,5%).

**Figura 11****Distribuzione percentuale dei profili di rischio tra gli adulti, trend 2007-2018**

Fonte: IPSAD 2017.

Valutando il profilo di rischio (**Figura 11**) si evince che il 15,2% dei giocatori ha un comportamento definibile “a rischio minimo”, mentre il 5,9% risulta “a rischio moderato” e il 2,4% “a rischio severo” di gioco problematico.

I dati forniti da Regione Toscana stimano che siano affetti da problemi legati al gioco d'azzardo patologico tra lo 0,5 e lo 0,76 per cento della popolazione regionale; in merito invece all'utenza in trattamento per Disturbo da gioco d'azzardo (DGA), presso i Servizi per le dipendenze (Ser.D) mostrano un andamento in lieve aumento nel tempo. Dal 2013 al 2018 gli utenti in carico per DGA sono passati da 1.165 a 1.602, pari a 5,9 utenti ogni 10mila abitanti. I 518 nuovi utenti nel 2018 sono circa un terzo dell'utenza totale, proporzione stabile nel tempo. Il rapporto tra uomini e donne è di circa 4:1, anch'esso senza importanti variazioni temporali. L'età media delle persone trattate è di 48 anni, la fascia d'età più rappresentata tra gli uomini è quella tra i 40 e i 59 anni, mentre tra le donne quella tra i 45 e i 64 anni.

#### 6.2.4 Il gioco d'azzardo nella popolazione anziana

Secondo i dati del CNR, IPSAD 2017-2018, nel corso del 2017 hanno giocato 17 milioni di italiani; tra questi sono circa 2 milioni i giocatori di età compresa tra i 65 e i 74 anni, quasi il doppio rispetto al 2013/2014. Le donne sono la quota maggiore (50,4%), mentre gli uomini sono il 49,6%. L'83% sono pensionati.

Si rileva, nella fascia 65-74 anni, una prevalenza percentuale di gioco nell'ultimo anno pari al 39,1% per il genere maschile e al 27,1% per quello femminile. Di questi giocatori il 22,2% è un cosiddetto "giocatore sociale", il 3,4% a basso rischio, l'1,7% a rischio moderato e il 2% un giocatore problematico.

Il 40% degli over 65 gioca per il solo gusto di giocare, più raramente per recuperare il denaro speso (8,6%). I giocatori problematici frequentano soprattutto luoghi come le sale scommesse (il 13,9% rispetto agli altri giocatori, che vanno in questi posti solo nel 2,5% dei casi) e le sale bingo (27,4% contro il 2,1% degli altri giocatori). I giochi maggiormente praticati sono lotterie istantanee e il lotto; il 30,1% dichiara di giocare al lotto e lotterie.

Gli individui che vivono nell'area meridionale-insulare della nostra nazione, che hanno un titolo di studio medio basso e non hanno un'occupazione hanno un rischio doppio di sviluppare un comportamento problematico di gioco. Inoltre, chi assume superalcolici per più di 4 volte a settimana ha circa 9 volte più possibilità di sviluppare un comportamento problematico; anche un reddito inferiore a 15.000 euro espone ad un rischio quasi doppio di sviluppare atteggiamenti patologici al gioco.

### **6.3 CONCLUSIONI**

Il gioco d'azzardo costituisce ancora un pericolo per le finanze individuali e per l'ordine sociale; sebbene sia molto difficile stimare l'impatto economico europeo del fenomeno, anche a causa delle differenti legislazioni, è possibile stimare per alcuni Paesi un forte aumento di questo mercato nei prossimi anni. Da quello che si evince dagli studi presentati in questo report l'Italia si colloca tra i Paesi europei dove la porzione di PIL attribuibile al gioco d'azzardo è tra le più alte, indice sintomatico del problema. Scomponendo le classi di età si nota, tuttavia, che l'abitudine all'azzardo è più comune nella popolazione adulta rispetto a quella giovane-adolescenziale; si assiste pertanto ad un aumento di "popolarità" del gioco dalla prima adolescenza fino all'età adulta, così come i risultati testimoniano un aumento di popolarità negli ultimi anni, e un incremento corrispettivo dei profili di gioco patologici.

La possibilità di giocare su siti online di scommesse, la presenza di normative diverse a livello europeo, la diffusione capillare delle ricevitorie, la disponibilità di varie tipologie di giochi fanno sì che sia difficile poter contenere il fenomeno con un solo provvedimento, ma occorre la collaborazione di forze politiche non solo nazionali.

## Bibliografia

1. Ladouceur, Robert & Sylvain, Caroline & Boutin, Claude. (2000). Le jeu pathologique. *Revue québécoise de psychologie*. 21.
2. Sjöblom, Max & Hassan, Lobna & Macey, Joseph & Törhönen, Maria & Hamari, Juho. (2018). Liking the Game: How Can Spectating Motivations Influence Social Media Usage at Live Esports Events?. 160-167. DOI:10.1145/3217804.3217908.
3. Goudriaan AE, Slutske WS, Krull JL, Sher KJ. Longitudinal patterns of gambling activities and associated risk factors in college students. *Addiction*. 2009;104(7):1219-1232. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02573.x
4. Wiebe, J.M.D., Cox, B.J. & Mehmel, B.G. The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): Further Psychometric Findings from a Community Sample. *J Gambl Stud* **16**, 275–288 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1009489132628>
5. Johnson EE, Hamer RM, Nora RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep*. 1998;83(3 Pt 2):1219-1224. doi:10.2466/pr0.1998.83.3f.1219