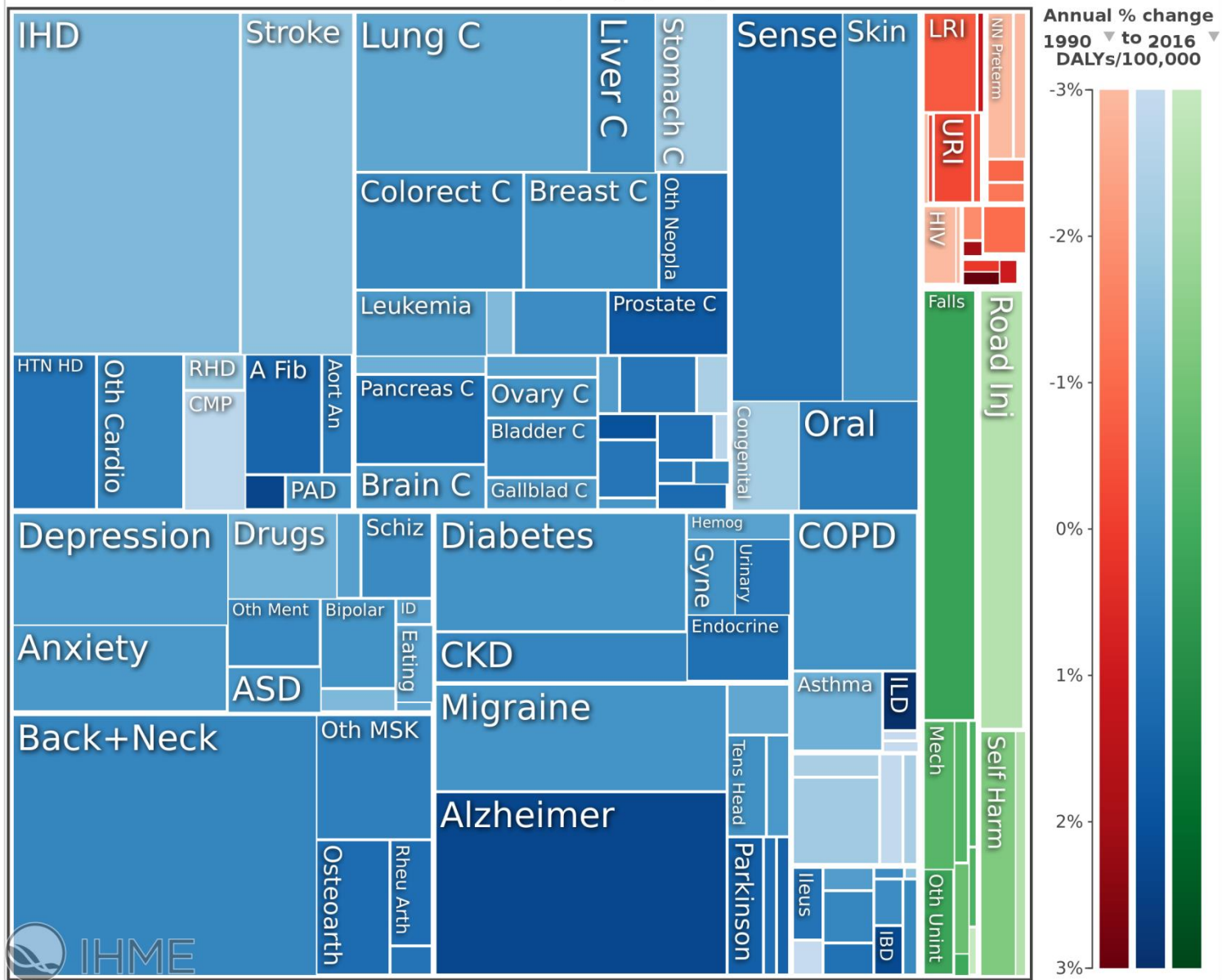


Livia Giordano - Cristiano Piccinelli
CPO Piemonte



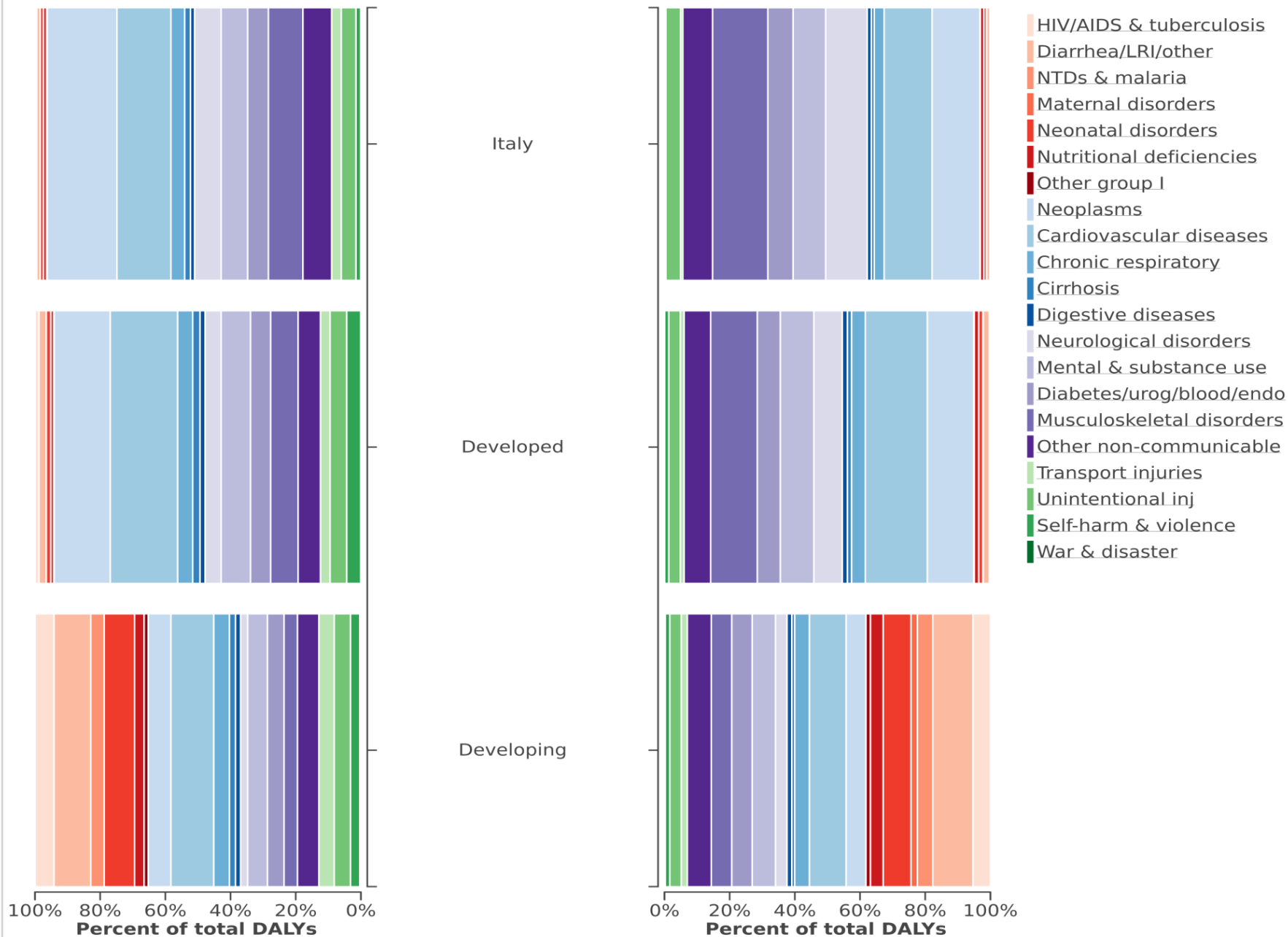
Italy
Both sexes, All ages, 2016, DALYs



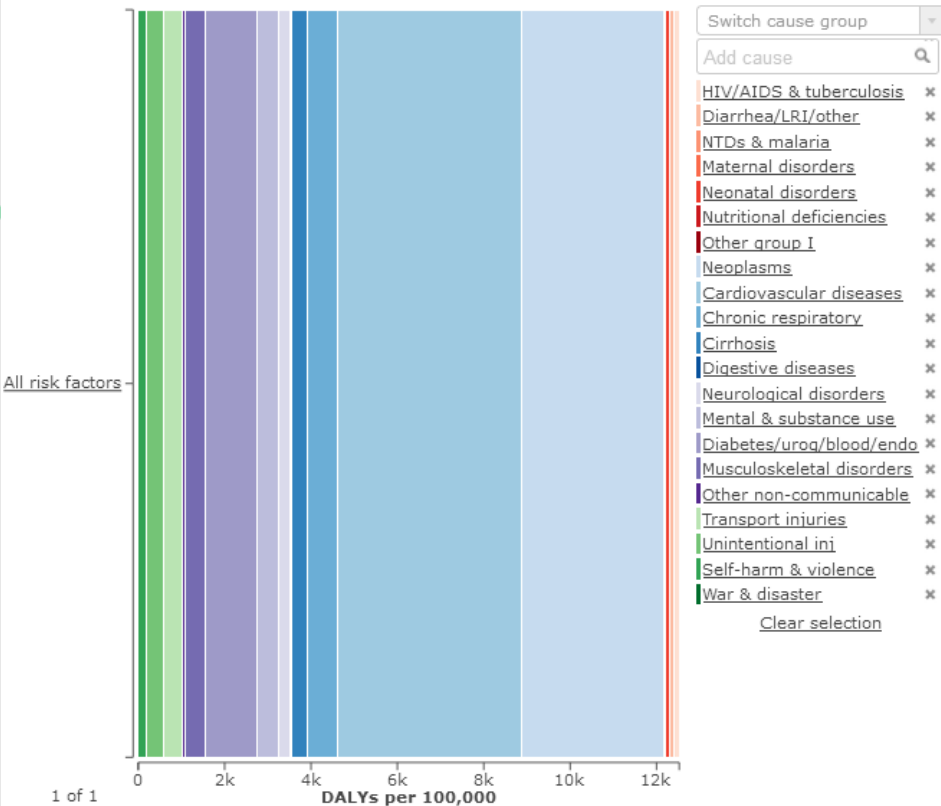
From: GBD 2017

Males, All ages, 2013

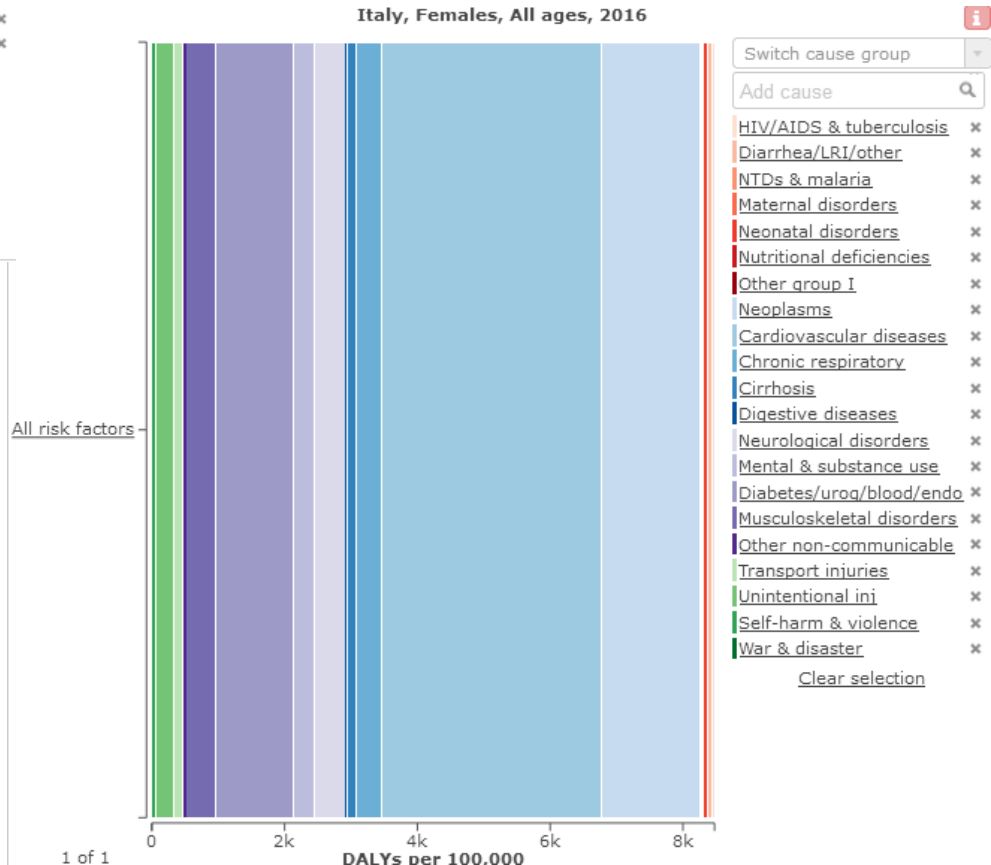
Females, All ages, 2013



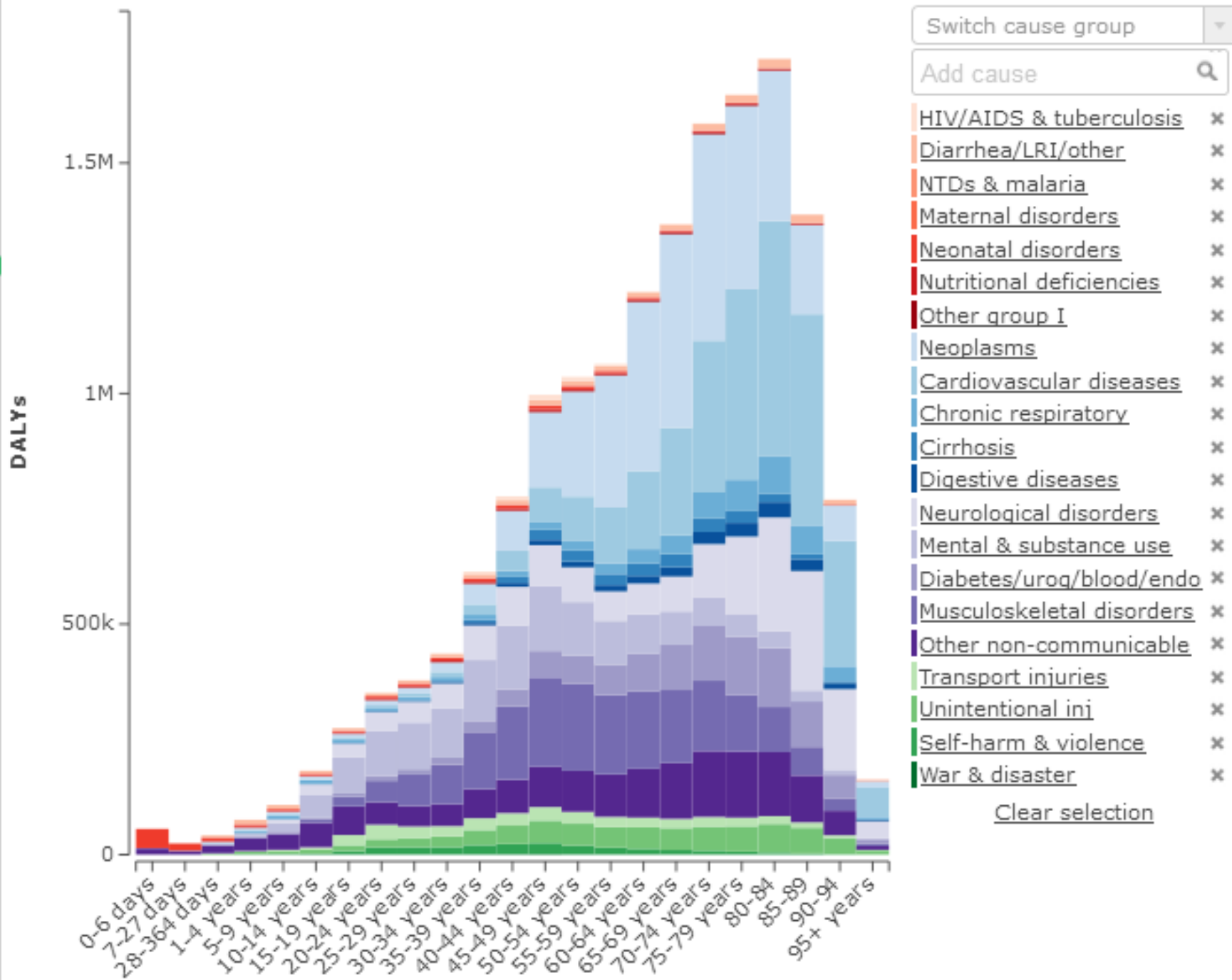
Italy, Males, All ages, 2016



Italy, Females, All ages, 2016



Italy, Both sexes, 2016

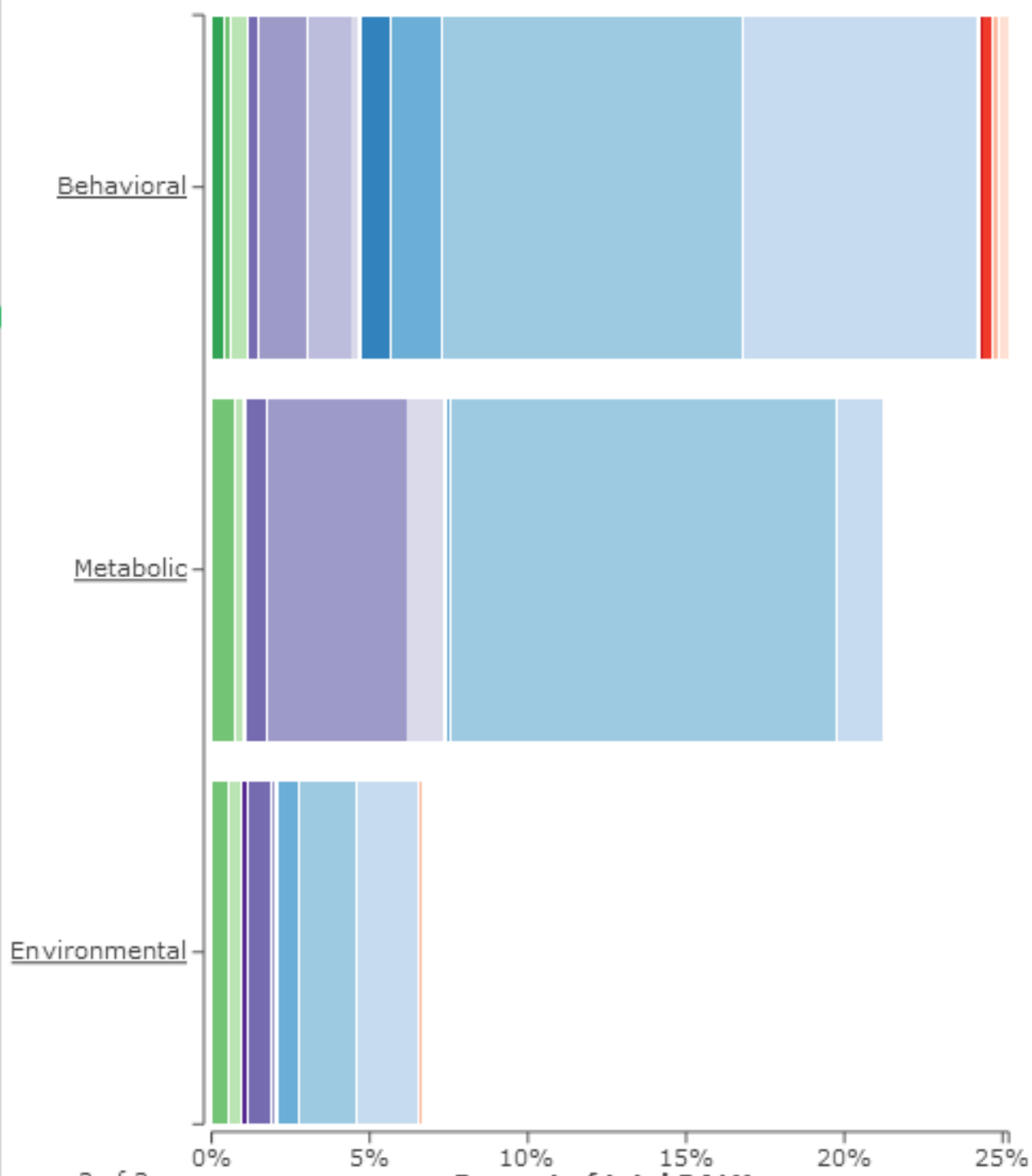


Switch cause group

Add cause

- HIV/AIDS & tuberculosis
- Diarrhea/LRI/other
- NTDs & malaria
- Maternal disorders
- Neonatal disorders
- Nutritional deficiencies
- Other group I
- Neoplasms
- Cardiovascular diseases
- Chronic respiratory
- Cirrhosis
- Digestive diseases
- Neurological disorders
- Mental & substance use
- Diabetes/uroq/blood/endo
- Musculoskeletal disorders
- Other non-communicable
- Transport injuries
- Unintentional inj
- Self-harm & violence
- War & disaster

Clear selection



Back

Italy, Both sexes, All ages, 2016

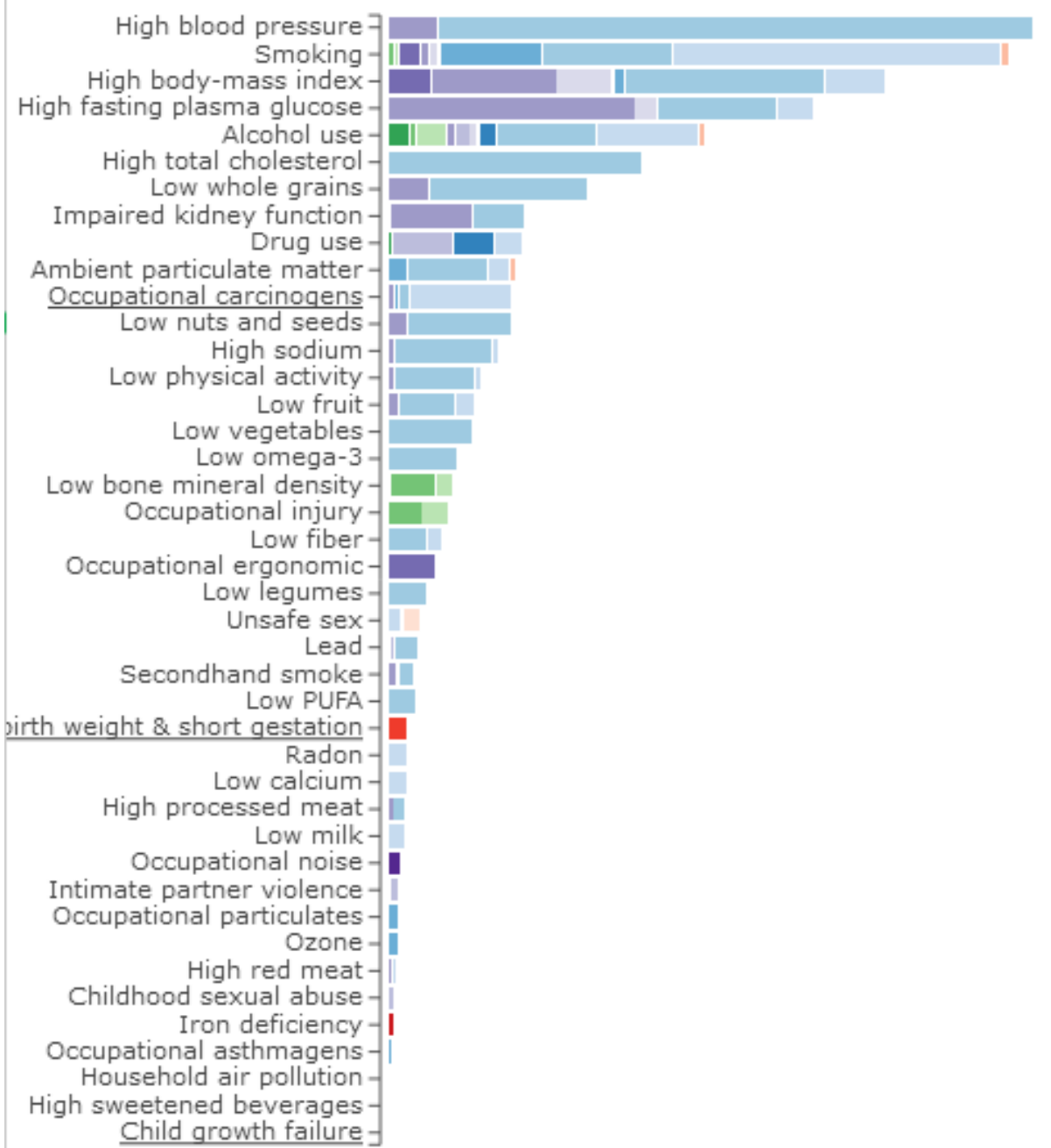


Switch cause group

Add cause

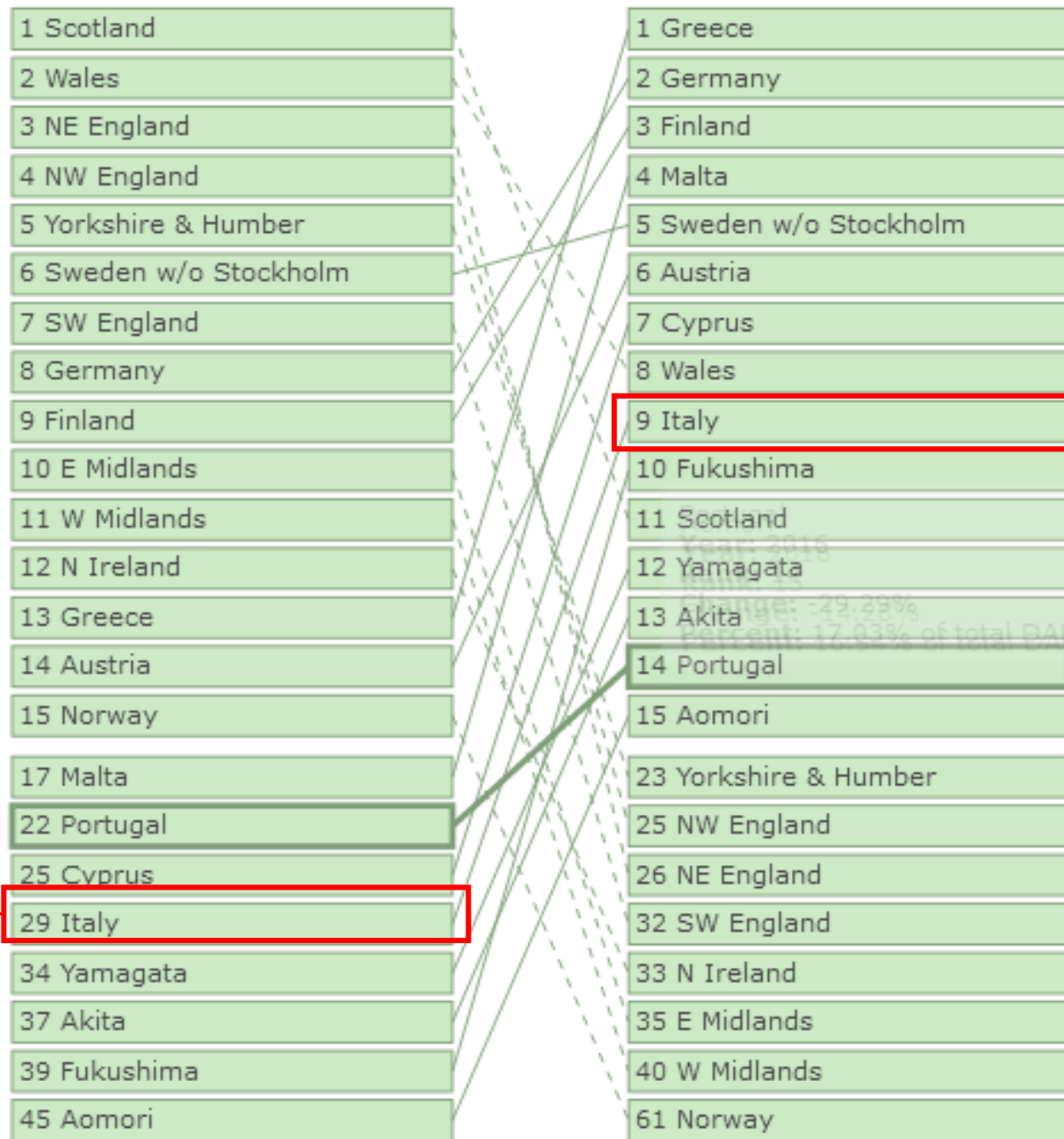
- [HIV/AIDS & tuberculosis](#) x
- [Diarrhea/LRI/other](#) x
- [NTDs & malaria](#) x
- [Maternal disorders](#) x
- [Neonatal disorders](#) x
- [Nutritional deficiencies](#) x
- [Other group I](#) x
- [Neoplasms](#) x
- [Cardiovascular diseases](#) x
- [Chronic respiratory](#) x
- [Cirrhosis](#) x
- [Digestive diseases](#) x
- [Neurological disorders](#) x
- [Mental & substance use](#) x
- [Diabetes/uroq/blood/endo](#) x
- [Musculoskeletal disorders](#) x
- [Other non-communicable](#) x
- [Transport injuries](#) x
- [Unintentional inj](#) x
- [Self-harm & violence](#) x
- [War & disaster](#) x

[Clear selection](#)



Cardiovascular diseases

Both sexes, All ages, Percent of total DALYs
1990 rank 2016 rank



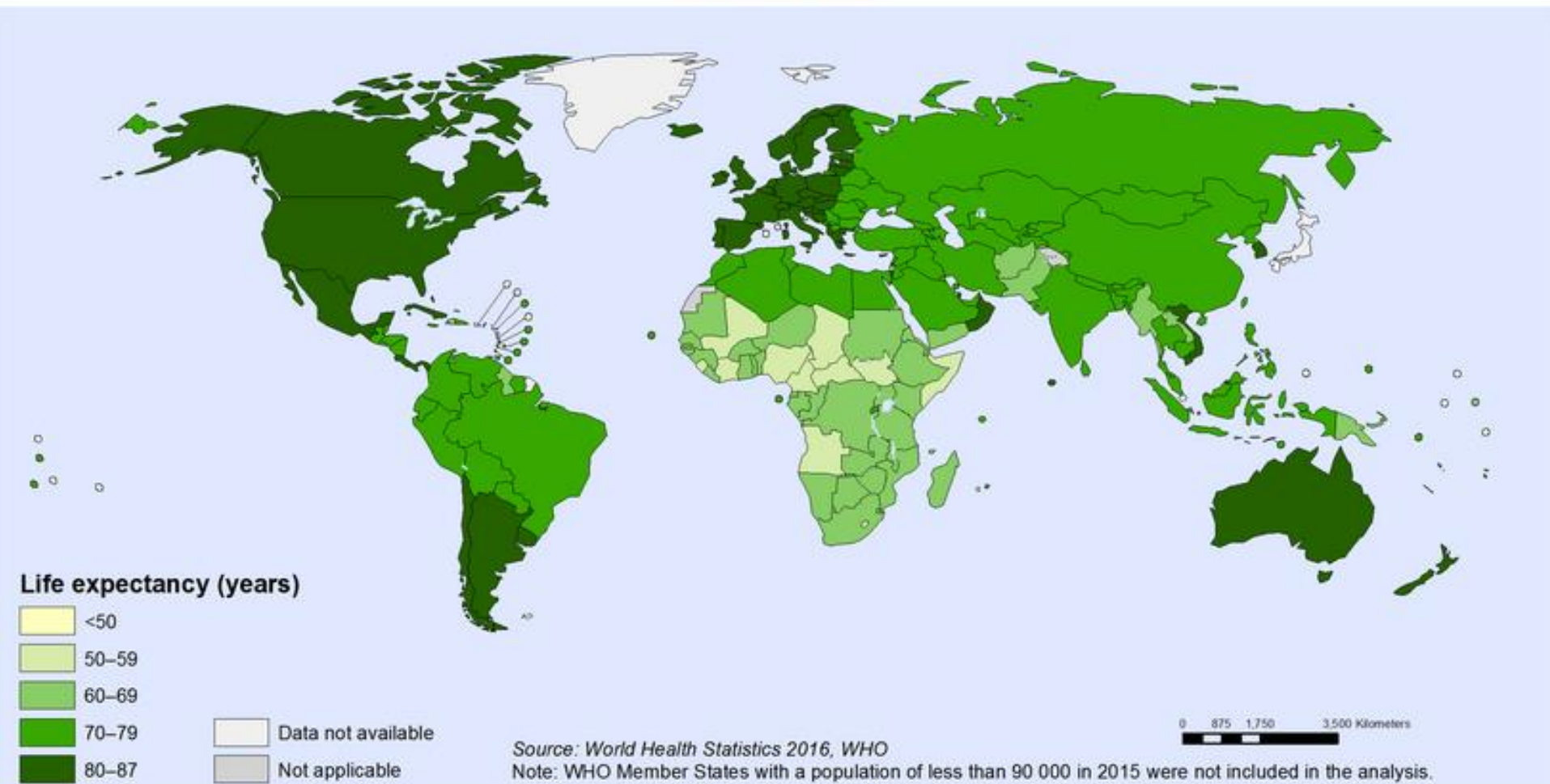
- Southeast Asia, East Asia, and Oceania
- Central Europe, Eastern Europe, and Central Asia
- High-income
- Latin America and Caribbean
- North Africa and Middle East
- South Asia
- Sub-Saharan Africa

Year: 2016
 Change: -29.38%
 Percent: 17.93% of total DALYs (15.53% = 18.64%)

L'aspettativa di vita



Life expectancy at birth Female, 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

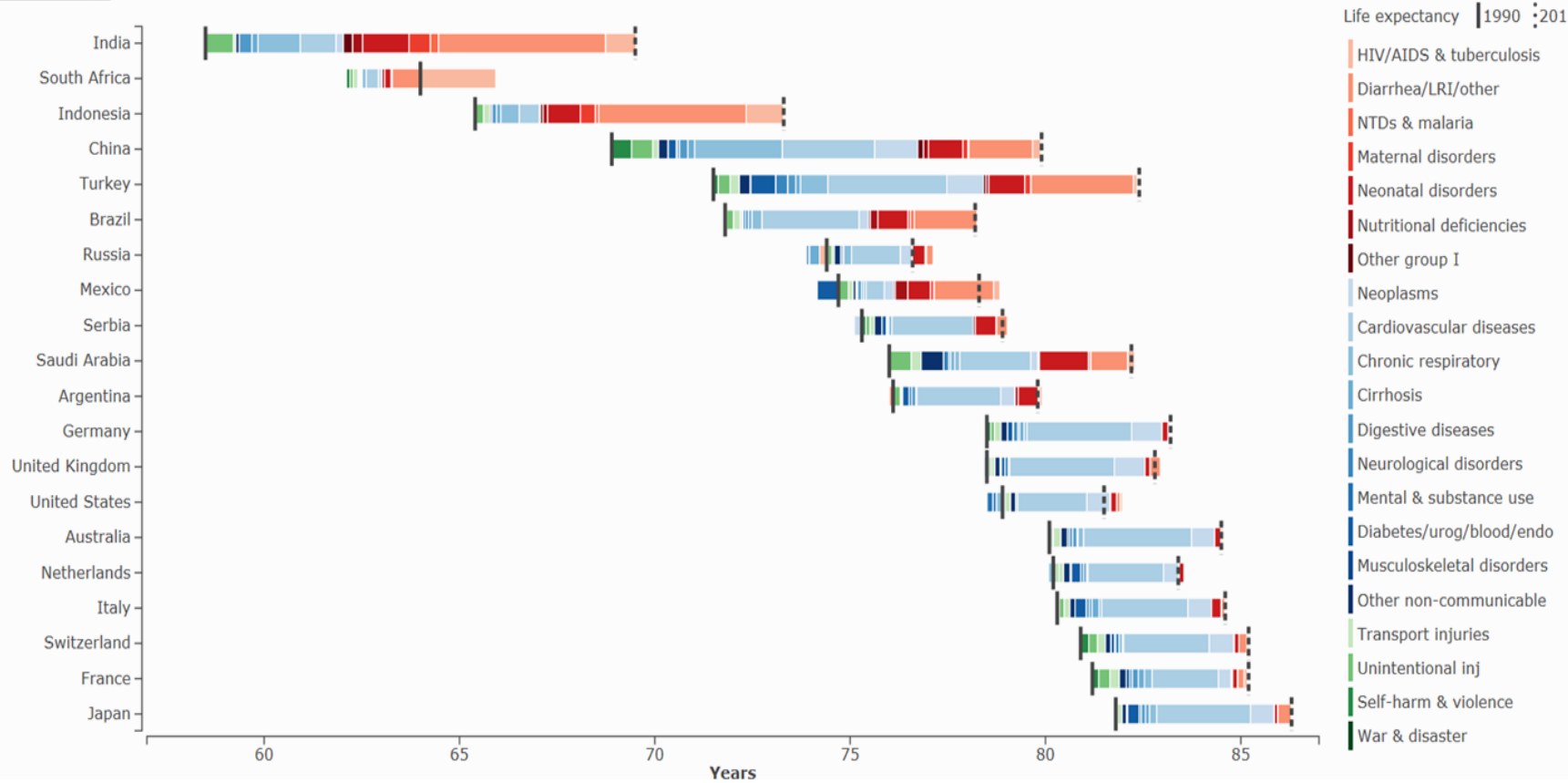


© WHO 2016. All rights reserved

Life expectancy decompo... ▾ Male **Female** Both 1990 2015 Sort Start life expectancy ▾

Add/Remove locations... x ▾

Change in country life expectancy at birth: Females from 1990 - 2015 by broad cause group



L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza aumenta in modo evidente con l'età.

Questa relazione è legata in parte al fatto che con l'avanzare dell'età si accumulano nel nostro organismo i fattori cancerogeni e dall'altra alla diminuzione delle capacità di difesa e dei meccanismi di riparazione del nostro organismo.

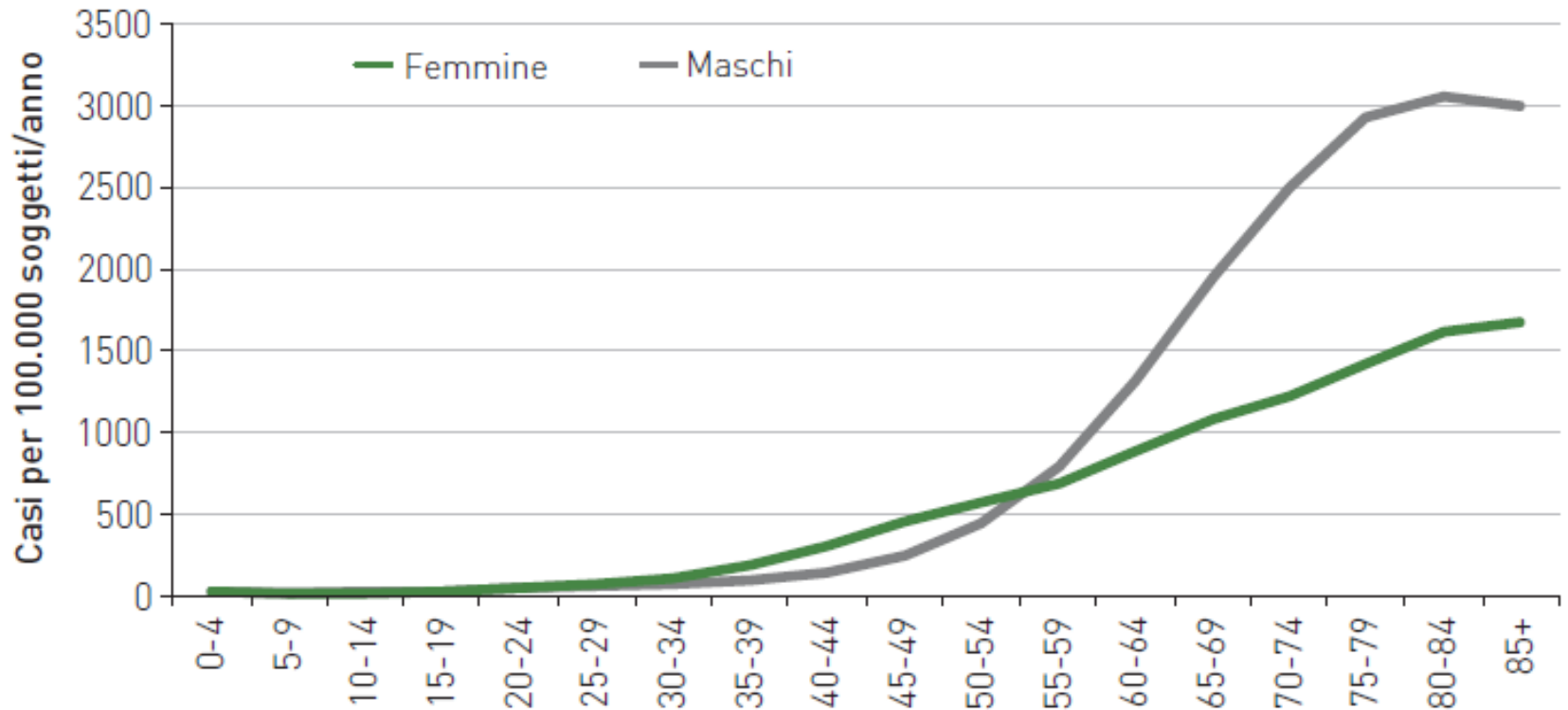


FIGURA 2. AIRTUM 2008-2012. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi carcinomi della cute.

In considerazione dell'aumentare dell'aspettativa di vita e dell'allungamento della vita media con incidenza costante, il numero complessivo delle nuove diagnosi tumorali tenderà ad aumentare nel tempo.

L'invecchiamento della popolazione fa sentire i suoi effetti anche sugli andamenti nel tempo delle neoplasie.

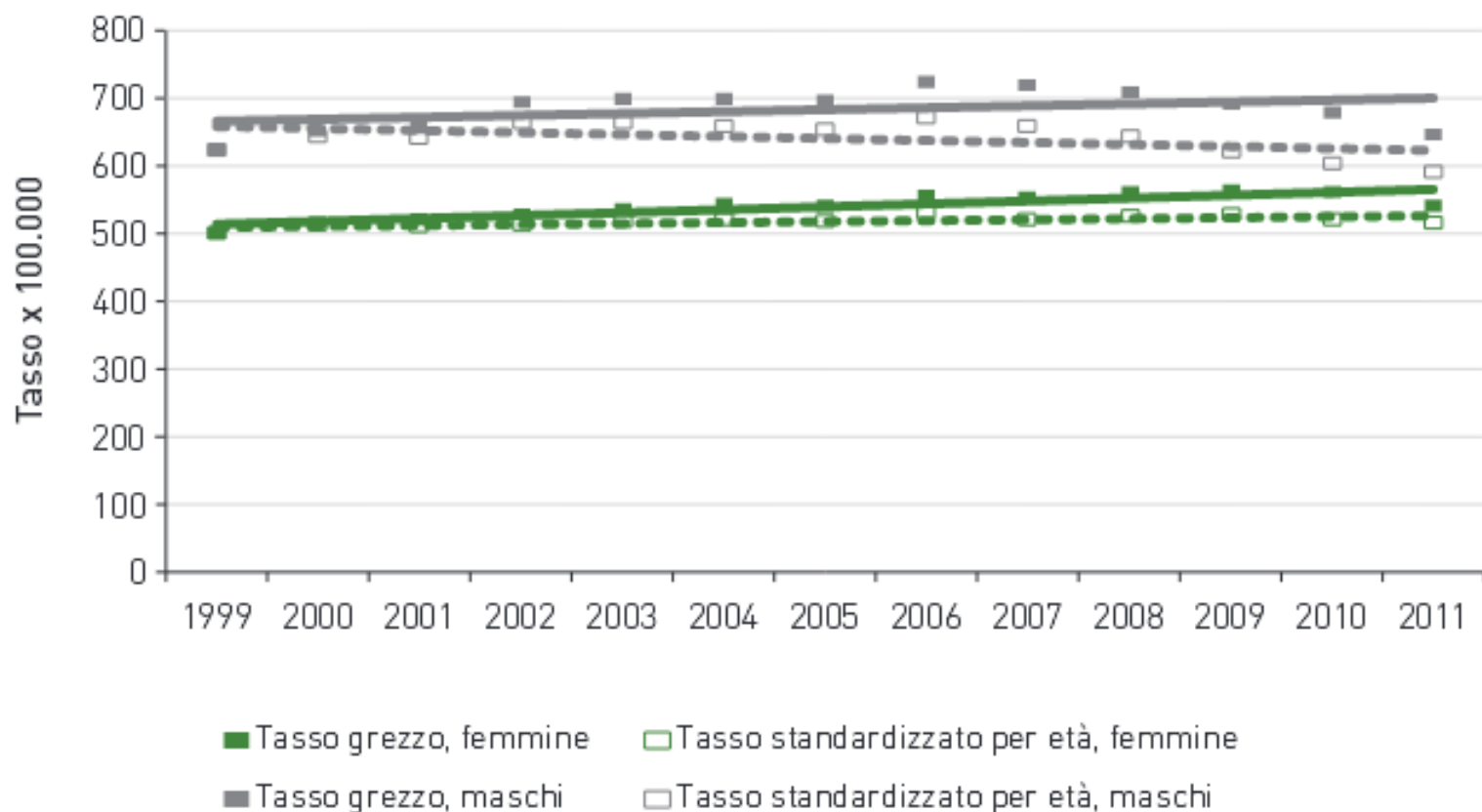


FIGURA 3. AIRTUM 1999-2011. Trend di incidenza per tutti i tumori (esclusi carcinomi della cute), tassi grezzi e standardizzati (popolazione AIRTUM 1999), maschi e femmine.

Ne consegue un aumentato rischio di sviluppare un tumore, in una popolazione complessa, affetta da comorbidità.

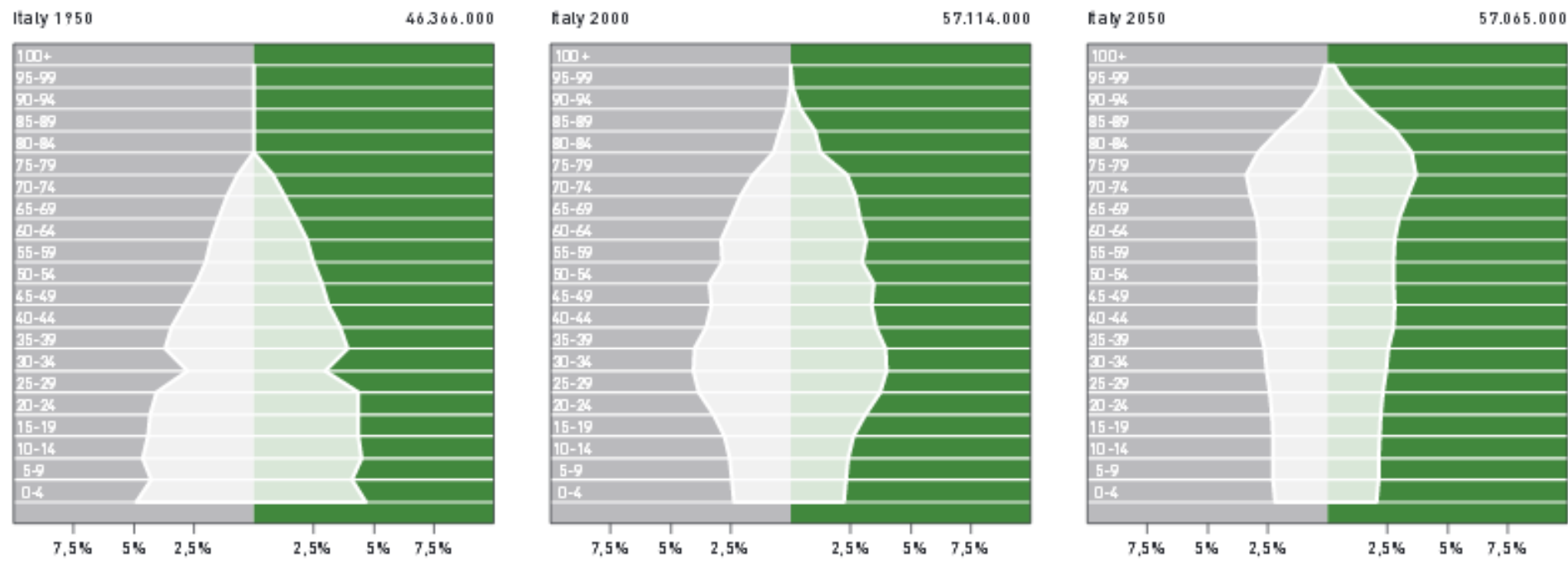
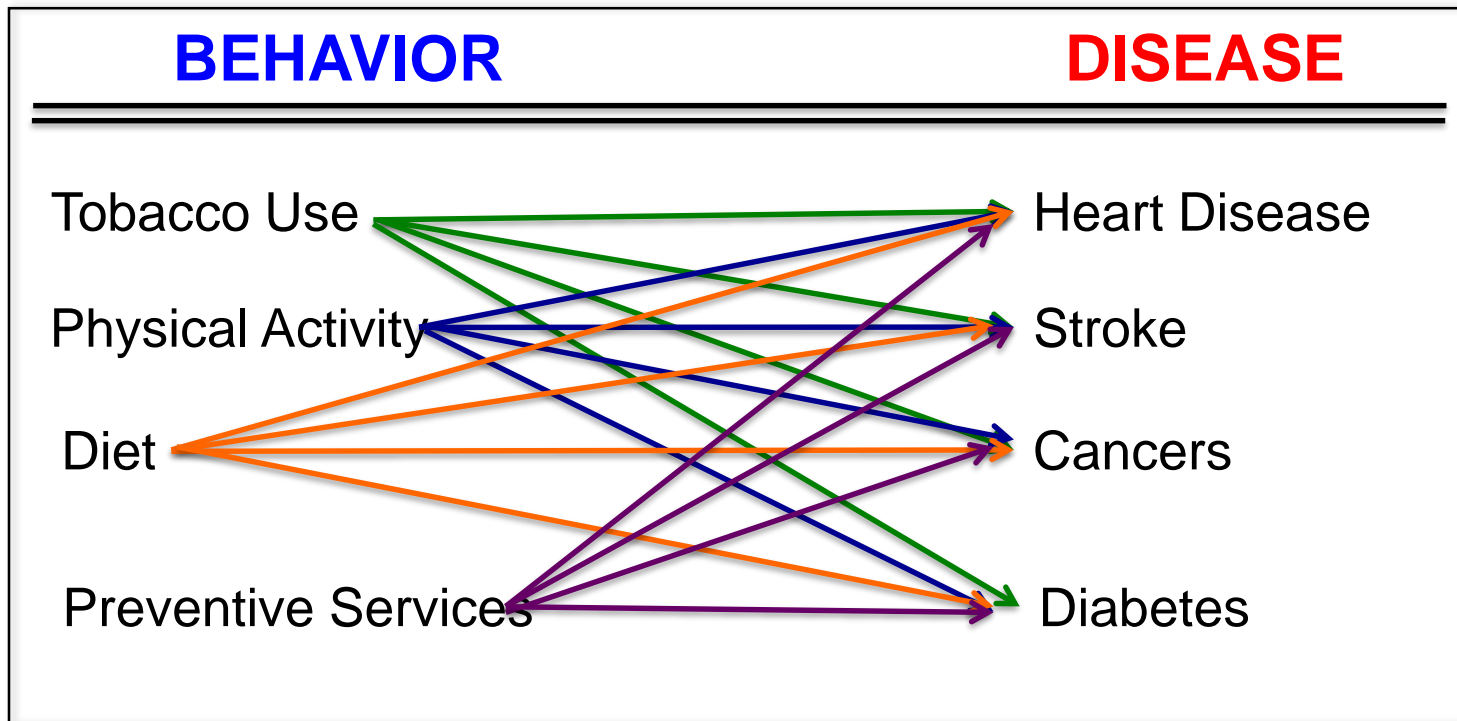


FIGURA 4. Struttura per età della popolazione italiana (<http://populationpyramid.net/it>).

Behavioral Determinants

- Virtually ALL of the top 10 leading causes of death in adults are moderately to **STRONGLY** influenced by lifestyle patterns and behavioral factors



World
Cancer
Research Fund



American
Institute for
Cancer Research



**Food, Nutrition,
Physical Activity,
and the Prevention
of Cancer:**
a Global Perspective

PHYSICAL ACTIVITY, AND THE RISK OF CANCER

In the judgement of the Panel, physical activity¹ modifies the risk of the following cancers. Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	Colon ²	
Probable	Breast (postmenopause) Endometrium	
Limited — suggestive	Lung Pancreas Breast (premenopause)	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

- 1 Physical activity of all types: occupational, household, transport, and recreational.
- 2 Much of the evidence reviewed grouped colon cancer and rectal cancer together as 'colorectal' cancer. *The Panel judges that the evidence is stronger for colon than for rectum.*

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCERS OF THE COLON AND THE RECTUM

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancers of the colon and the rectum. Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	<p>Physical activity^{1 2}</p>	<p>Red meat^{3 4}</p> <p>Processed meat^{4 5}</p> <p>Alcoholic drinks (men)⁶</p> <p>Body fatness</p> <p>Abdominal fatness</p> <p>Adult attained height⁷</p>
Probable	<p>Foods containing dietary fibre⁸</p> <p>Garlic⁹</p> <p>Milk^{10 11}</p> <p>Calcium¹²</p>	<p>Alcoholic drinks (women)⁶</p>
Limited — suggestive	<p>Non-starchy vegetables⁹</p> <p>Fruits⁹</p> <p>Foods containing folate⁸</p> <p>Foods containing selenium⁸</p> <p>Fish</p> <p>Foods containing vitamin D^{8 13}</p> <p>Selenium¹⁴</p>	<p>Foods containing iron^{4 8}</p> <p>Cheese¹⁰</p> <p>Foods containing animal fats⁸</p> <p>Foods containing sugars¹⁵</p>
Limited — no conclusion	<p>Cereals (grains) and their products; potatoes; poultry; shellfish and other seafood; other dairy products; total fat; fatty acid composition; cholesterol; sugar (sucrose); coffee; tea; caffeine; total carbohydrate; starch; vitamin A; retinol; vitamin C; vitamin E; multivitamins; non-dairy sources of calcium; methionine; beta-carotene; alpha-carotene; lycopene; meal frequency; energy intake</p>	
Substantial effect on risk unlikely	<p>None identified</p>	

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCER OF THE BREAST (PREMENOPAUSE)

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancer of the breast (premenopause). Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	Lactation	Alcoholic drinks
Probable	Body fatness	Adult attained height ¹ Greater birth weight
Limited — suggestive	Physical activity ²	
Limited — no conclusion	Cereals (grains) and their products; dietary fibre; potatoes; vegetables; fruits; pulses (legumes); soya and soya products; meat; poultry; fish; eggs; milk and dairy products; fats and oils; total fat; vegetable fat; fatty acid composition, <i>trans</i> -fatty acids; cholesterol; sugar (sucrose); other sugars; sugary foods and drinks; coffee; tea; carbohydrate; starch; glycaemic index; protein; vitamin A; riboflavin; vitamin B6; folate; vitamin B12; vitamin C; vitamin D; vitamin E; calcium; iron; selenium; carotenoids; isoflavones; dichlorodiphenyldichloroethylene; dichlorodiphenyltrichloroethane; dieldrin; hexachlorobenzene; hexachlorocyclohexane; <i>trans</i> -nonachlor; polychlorinated biphenyls; dietary patterns; culturally defined diets; adult weight gain; energy intake; being breastfed	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCER OF THE BREAST (POSTMENOPAUSE)

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancer of the breast (postmenopause). Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	Lactation	Alcoholic drinks Body fatness Adult attained height ¹
Probable	Physical activity ²	Abdominal fatness Adult weight gain
Limited — suggestive		Total fat
Limited — no conclusion	Cereals (grains) and their products; dietary fibre; potatoes; vegetables and fruits; pulses (legumes); soya and soya products; meat; poultry; fish; eggs; milk and dairy products; fats and oils; vegetable fat; fatty acid composition; cholesterol; sugar (sucrose); sugary foods and drinks; coffee; tea; carbohydrate; starch; glycaemic index; protein; vitamin A; riboflavin; vitamin B6; folate; vitamin B12; vitamin C; vitamin D; vitamin E; calcium; iron; selenium; carotenoids; isoflavones; dichlorodiphenyldichloroethylene; dichlorodiphenyltrichloroethane; dieldrin; hexachlorobenzene; hexachlorocyclohexane; <i>trans</i> -nonachlor; polychlorinated biphenyls; dietary patterns; culturally defined diets; birth weight; birth length; energy intake; being breastfed	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY, AND CANCER OF THE CERVIX

In the judgement of the Panel, the factors listed below modify the risk of cancer of the cervix. Judgements are graded according to the strength of the evidence.

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing		
Probable		
Limited — suggestive	Carrots ¹	
Limited — no conclusion	Non-starchy vegetables; fruits; milk; retinol; vitamin E; alcoholism ² ; body fatness; adult attained height.	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

- Judgements on vegetables and fruits do not include those preserved by salting and/or pickling.
- Although data suggest that alcoholism is related to increased risk, the Panel concludes that this is likely to be due to factors other than alcohol intake itself.

For an explanation of all the terms used in the matrix, please see chapter 3.5.1, the text of this section, and the glossary.



The Panel concludes:

There is limited evidence suggesting that carrots protect against cervical cancer. The evidence is too limited to conclude that any aspect of food, nutrition, and physical activity directly modifies the risk of this cancer.

7.13.3 Other established causes

(Also see chapter 2.4 and 7.1.3.1.)

Life events. Early sexual experience and a relatively high number of sexual partners increase the risk and severity of HPV infection, and may be seen as indirect causes of cervical cancer.^{220 222}

Tobacco use. Smoking tobacco makes a woman twice as likely to develop cervical cancer.¹⁰ Tobacco by-products have been found in the cervical mucus of women who smoke. The effect of smoking is independent of that of viral infection.^{10 273}

Infectious agents. HPV infection (see box 7.13.1) is a necessary but not sufficient cause of cervical cancer.^{273 274}

Medication. Dethylstilboestrol (a synthetic oestrogen, now withdrawn) used by women during pregnancy is a cause of vaginal and cervical clear-cell adenocarcinoma in their daughters.²⁷⁵

WCRF 2007

- Mantenersi snelli per tutta la vita
 - Praticare quotidianamente esercizio fisico
 - Evitare bevande zuccherate
 - Limitare le bevande alcoliche
 - Limitare i cibi ad alta densità calorica
- 
- A graphic consisting of five black downward-pointing triangles arranged in a small inverted triangle shape: three in the top row, two in the middle row, and one in the bottom row.
- Basare l'alimentazione quotidiana prevalentemente su un'ampia varietà di cereali non raffinati, legumi, verdure e frutta
 - Limitare le carni rosse
 - Limitare sale e cibi conservati sotto sale
 - Evitare le carni conservate
- 
- A graphic consisting of five black upward-pointing triangles arranged in a small triangle shape: one in the top row, two in the middle row, and three in the bottom row.
- Ricavare i nutrienti dai cibi, non da integratori
 - Allattare i figli
- ***Le stesse raccomandazioni valgono anche, in assenza di specifiche controindicazioni, per le persone che hanno avuto un tumore***

Is concordance with World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research guidelines for cancer prevention related to subsequent risk of cancer? Results from the EPIC study¹⁻⁴

158

ROMAGUERA ET AL

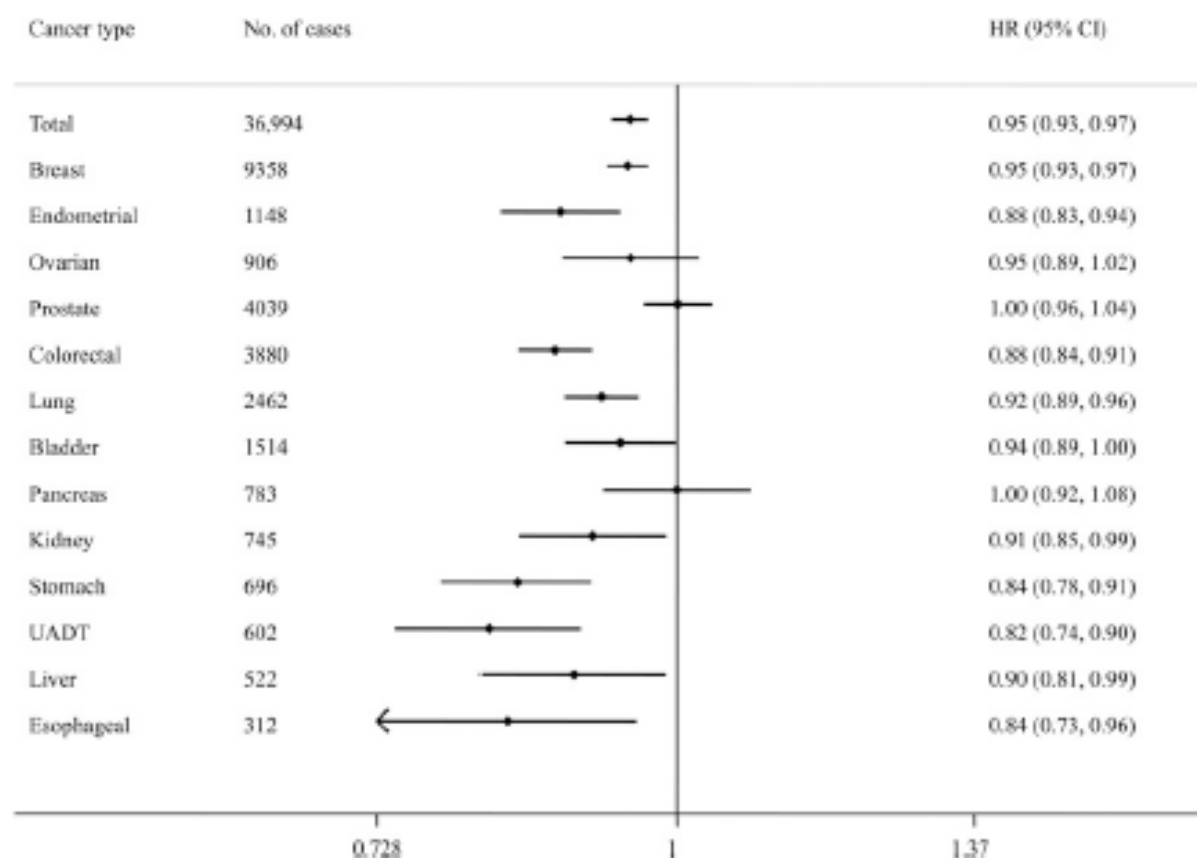


FIGURE 1. HRs (95% CIs) for total cancer and specific cancer types associated with a 1-point increment in WCRF/AICR score (range: 0–6 in men, 0–7 in women). Cox regression models were stratified by center, age (1-y increments), and sex and adjusted for energy intake (kcal), level of education (none, primary school, technical/professional school, secondary school, university degree, unknown/missing), duration of smoking in former smokers (>20 y ago, 11–20 y ago, ≤10 y ago, unknown/missing), number of cigarettes per day among smokers (1–15 cigarettes, 16–25 cigarettes, >25 cigarettes, pipe or cigar, unknown/missing), and presence of chronic diseases at baseline (no, yes, missing). Models for women were further adjusted for ever use of contraceptive pills (no, yes, missing), ever use of hormone replacement therapy (no, yes, missing), age at first menarche (<12 y, ≥12 to ≤15 y, >15 y, missing), age at first pregnancy (<21 y, ≥21 to ≤30 y, >30 y, nulliparous), and menopausal status (premenopausal, postmenopausal, perimenopausal, and surgical postmenopausal). UADT, upper aerodigestive tract; WCRF/AICR, World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research.

Pre-diagnostic concordance with the WCRF/AICR guidelines and survival in European colorectal cancer patients: a cohort study

Romaguera et al. *BMC Medicine* (2015) 13:107

Table 2 Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals (95% CIs) for CRC-related and overall mortality among CRC survivors according to categories of the WCRF/AICR score

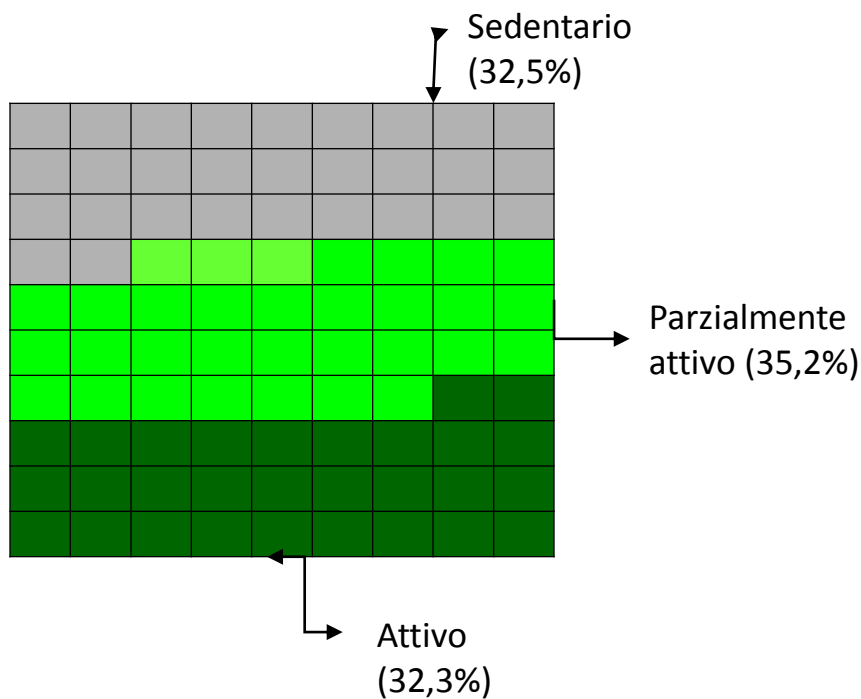
	WCRF/AICR score categories				P trend
	Category 1	Category 2	Category 3	Category 4	
Score range (men)/(women)	(0–2)/(0–3)	(2.25–2.75)/(3.25–3.75)	(3–3.75)/(4–4.75)	(4–6)/(5–7)	
All					
CRC-related mortality					
No. of deaths (%)	206 (29.1)	260 (27.0)	283 (25.3)	123 (24.5)	
Age- and country-adjusted ^a					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.92 (0.76–1.11)	0.77 (0.64–0.93)	0.72 (0.57–0.91)	0.001
Multivariate adjusted ^b					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.87 (0.72–1.06)	0.74 (0.61–0.90)	0.70 (0.56–0.89)	<0.0001
Overall mortality					
No. of deaths (%)	255 (36.1)	330 (34.2)	359 (32.1)	169 (33.6)	
Age- and country-adjusted ^a					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.94 (0.79–1.10)	0.79 (0.67–0.93)	0.79 (0.65–0.97)	0.002
Multivariate adjusted ^b					
HR (95% CI)	1.00 (reference)	0.89 (0.75–1.06)	0.77 (0.66–0.92)	0.79 (0.65–0.98)	0.004

...da santi, navigatori, poeti a...



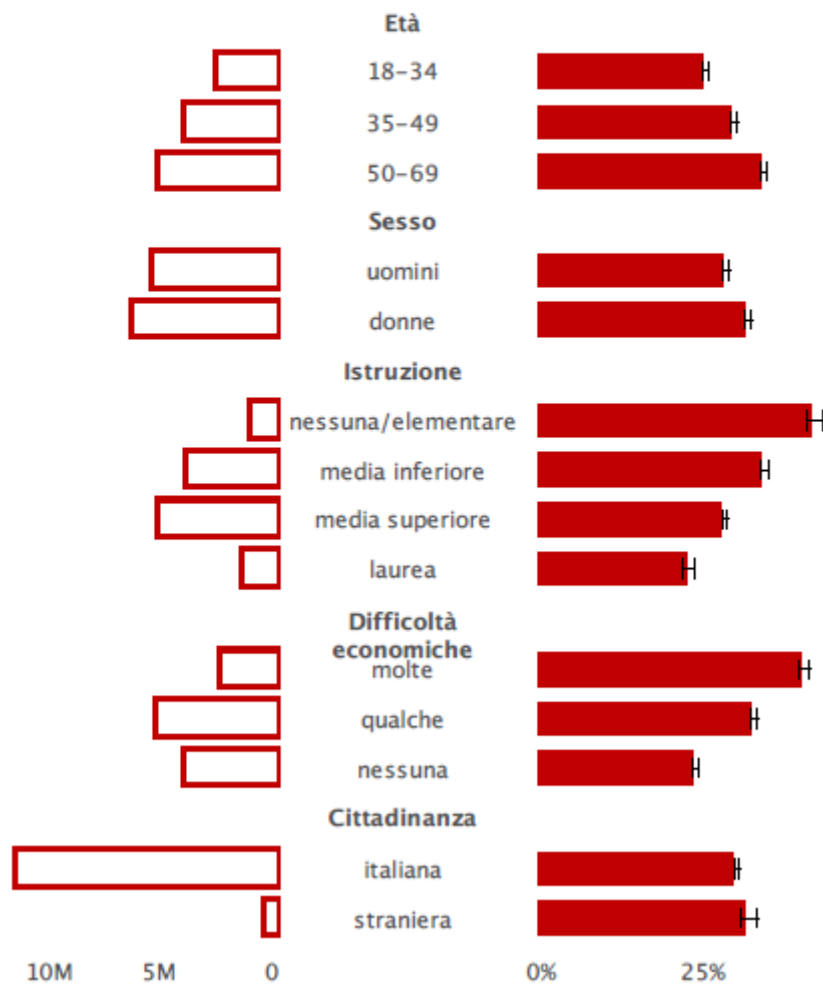
La sorveglianza Passi – Attività fisica 2013-2016

Attività fisica



Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

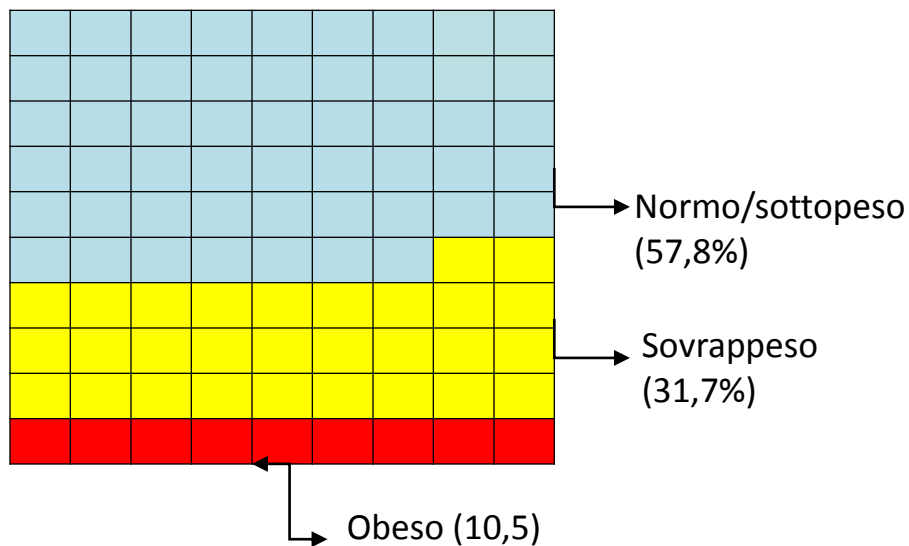
Popolazione di riferimento: 40840290
Totale: 32.5% (IC95%: 32.1-32.8%)



La sorveglianza Passi – Situazione nutrizionale 2013-2016

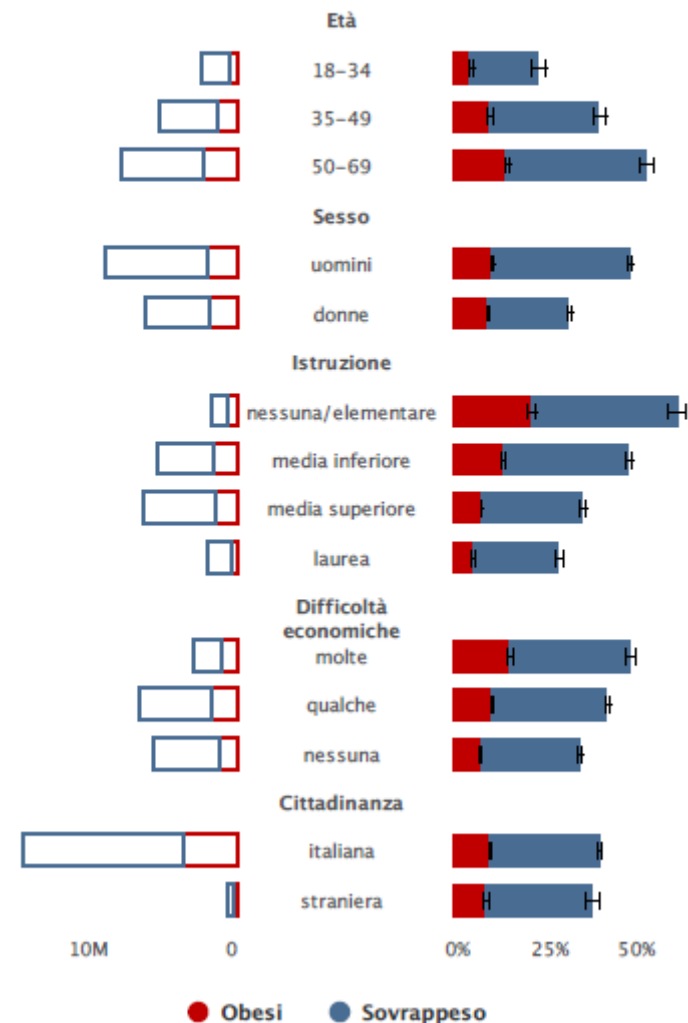
Situazione nutrizionale

(n=151.185)



Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

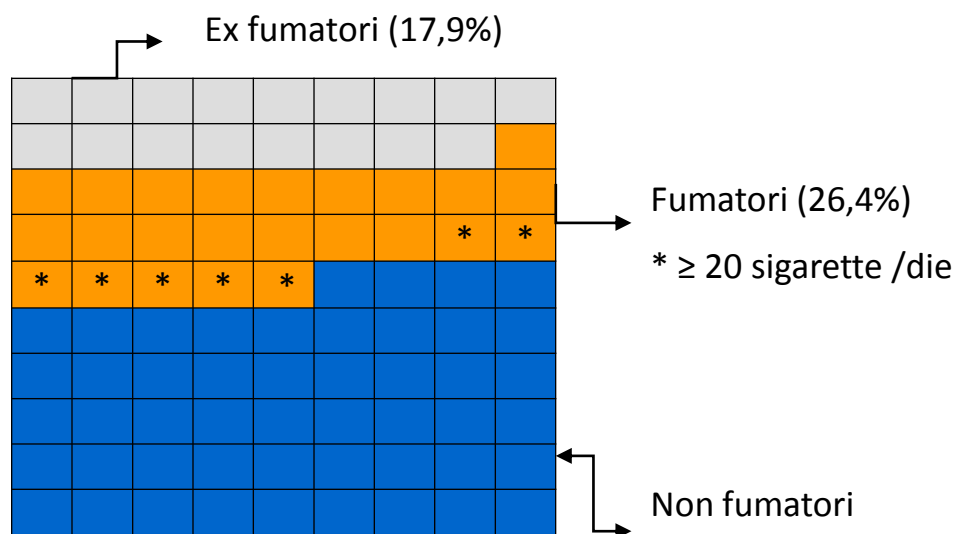
Popolazione di riferimento: 40840290
Totale: 42.2% (IC95%: 41.9-42.5%)



La sorveglianza Passi – Fumatori 2013-2016

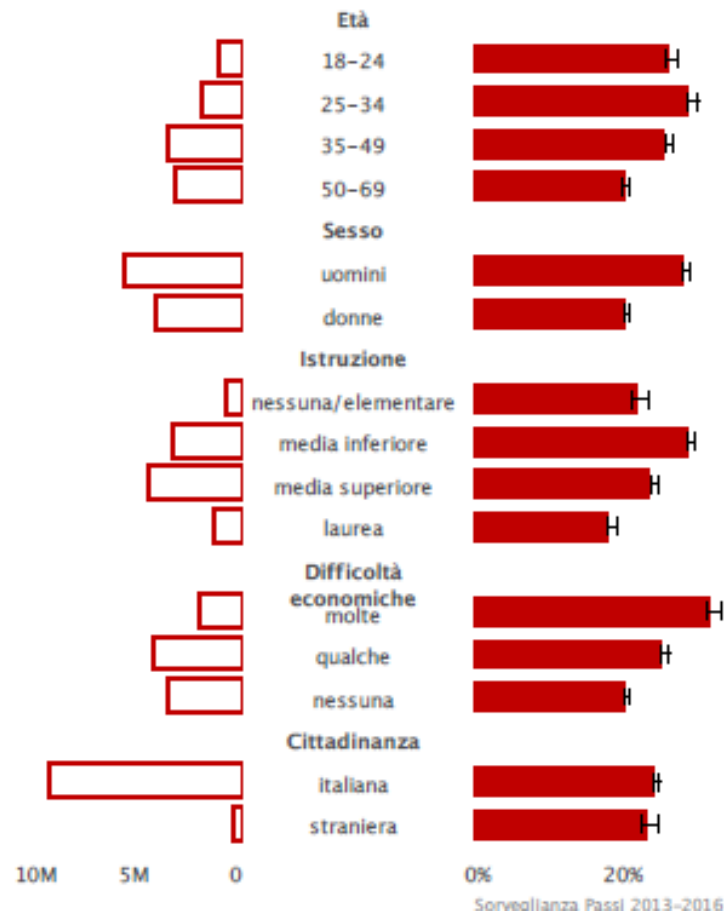
Abitudine al fumo di sigaretta

(n= 151.587)



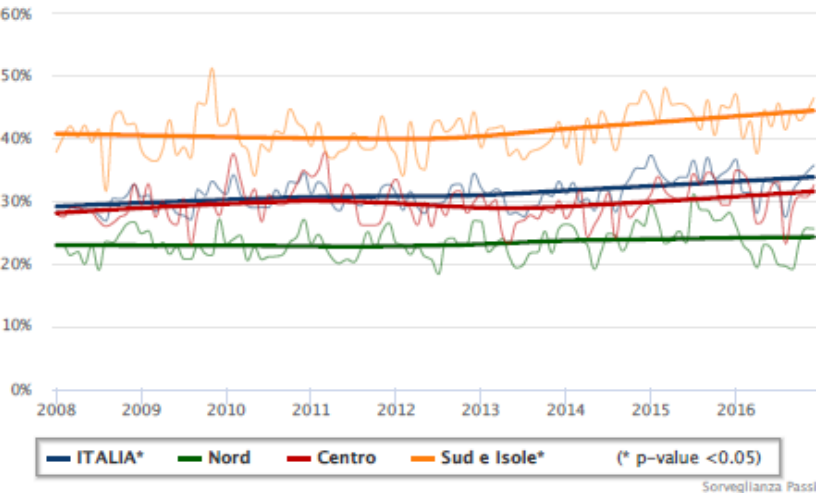
Fumatori per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

Popolazione di riferimento: 40840290
Totale: 26,4% (IC95%: 26,1-26,7%)



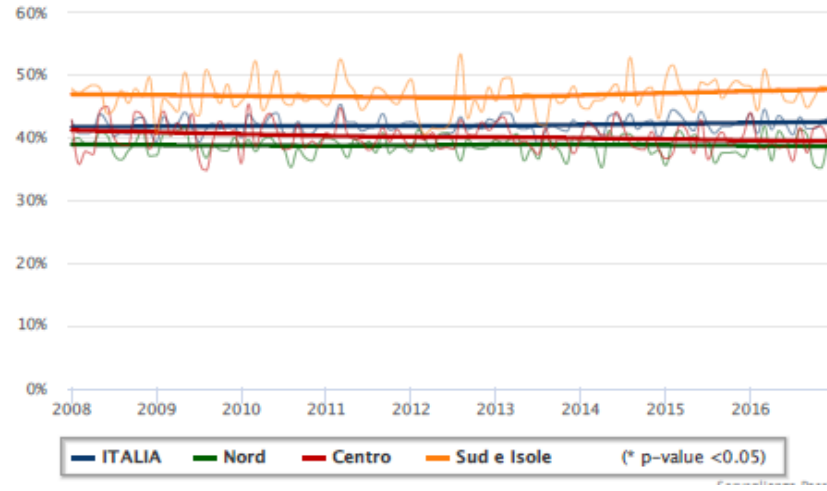
sedentarietà

Serie storica Sedentari per area geografica
Passi 2008-2016

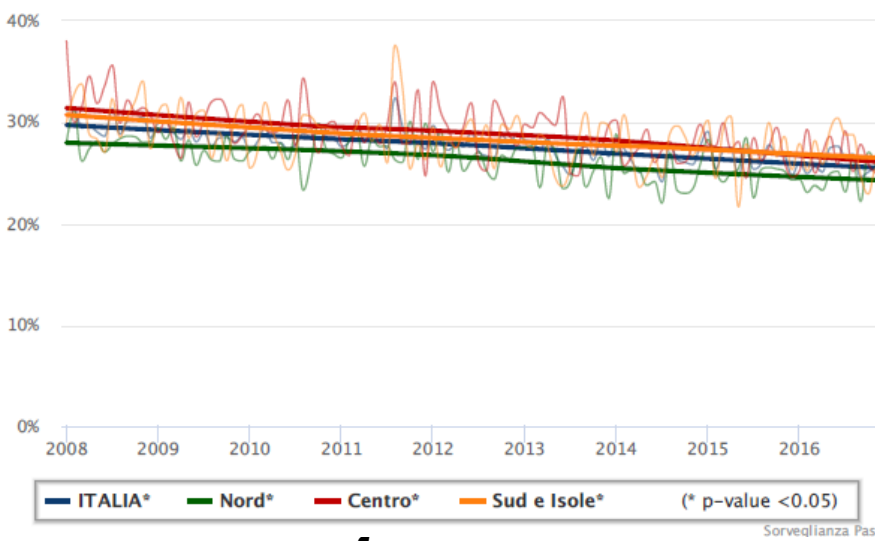


eccesso ponderale

Serie storica Eccesso ponderale per area geografica
Passi 2008-2016



Serie storica Fumatore per area geografica
Passi 2008-2016



fumo

Indicatori PASSI 2013-2016 – Attività fisica

	Attivo	Parzialmente attivo	Sedentario	Consiglio fare attività fisica
Abruzzo	34.4	29.9	35.8	24.2
Basilicata	17.4	11.6	71.0	14.5
Calabria	29.2	25.0	45.9	26.0
Campania	25.8	26.5	47.7	28.9
Emilia Romagna	36.6	41.8	21.6	34.5
Friuli Venezia Giulia	37.1	43.0	19.9	29.8
Lazio	29.9	37.1	33.0	33.7
Liguria	35.9	35.0	29.2	25.7
Lombardia	35.5	42.6	21.9	30.6
Marche	30.6	44.9	24.5	30.3
Molise	32.9	42.7	24.4	43.4
Piemonte	31.3	35.4	33.4	27.2
Provincia di Bolzano	52.4	37.8	9.8	23.4
Provincia di Trento	38.8	44.5	16.7	29.9
Puglia	32.4	25.8	41.9	20.8
Sardegna	41.3	32.9	25.8	38.4
Sicilia	30.0	28.3	41.7	29.6
Toscana	32.6	38.6	28.8	32.1
Umbria	36.8	41.5	21.7	35.2
Valle d'Aosta	37.1	38.2	24.7	29.2
Veneto	33.4	44.6	22.0	35.3
Italia	32.3	35.2	32.5	30.2

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

Attività fisica – commento

Gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi di fisicamente attivi, parzialmente attivi e sedentari.

Le persone classificate come fisicamente attive sono gli intervistati che dichiarano di praticare attività fisica in linea con quanto raccomandato, ovvero: **30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, oppure svolgono un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico.**

Le persone definite parzialmente attive non svolgono un lavoro pesante ma praticano attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati. Le persone classificate come sedentarie non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante.

La sedentarietà è associata a:

Età / genere femminile/uno status socioeconomico più svantaggiato

Il gradiente geografico è molto chiaro e a sfavore del Sud Italia in cui la quota di sedentari è più elevata (eccezion fatta per Molise e Sardegna).

Attività fisica – commento

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: 1 adulto su 2 fra i parzialmente attivi e 1 su 5 fra i sedentari percepiscono come sufficiente il proprio impegno nel praticare attività fisica.

Troppo **bassa** (e senza alcun segno di incremento nel tempo, anzi in riduzione al Nord) appare **l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell scarsa attività fisica**, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche: su 10 intervistati solo 3 riferiscono di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica; fra le persone in eccesso ponderale questa quota non raggiunge il 40%, fra le persone con patologie croniche non raggiunge il 50%.

Indicatori PASSI 2013-2016 – Sovrappeso e obesità

	Sovrappeso	Obesi	Consiglio perdere peso a persone in eccesso ponderale
Abruzzo	34.0	10.9	39.5
Basilicata	34.9	9.4	29.1
Calabria	34.0	11.2	44.1
Campania	37.4	13.6	50.7
Emilia Romagna	31.0	11.8	53.3
Friuli Venezia Giulia	31.2	10.5	49.4
Lazio	31.4	9.5	53.7
Liguria	27.0	8.4	49.0
Lombardia	27.9	8.2	52.1
Marche	34.0	8.3	47.2
Molise	34.4	13.4	63.1
Piemonte	28.4	8.0	48.9
Provincia di Bolzano	26.0	7.6	40.9
Provincia di Trento	28.0	7.9	49.6
Puglia	33.2	12.4	39.3
Sardegna	27.5	10.1	59.0
Sicilia	34.8	13.3	47.8
Toscana	28.5	8.2	49.5
Umbria	32.1	10.2	49.9
Valle d'Aosta	26.8	9.6	46.6
Veneto	30.3	9.9	51.1
Italia	31.7	10.5	49.2

peggiore del valore nazionale

simile al valore nazionale

migliore del valore nazionale

Eccesso ponderale – commento

❑ L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con molte difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione.

❑ Il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso o obese dal Nord al Sud Italia.

❑ Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso meno della metà ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (1 su 10) che ritiene il proprio peso non troppo alto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema rispetto agli uomini e l'essere coscienti del proprio eccesso ponderale favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti.

❑ Bassa e in riduzione nel tempo sembra essere l'attenzione degli operatori sanitari al problema: appena la metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Inoltre l'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno alle persone in sovrappeso. Questo aspetto è molto importante perché il consiglio di mettersi a dieta quando arriva da parte di un medico incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è tre volte maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (38% vs 12%).

Ancora meno frequente è il consiglio medico di praticare attività fisica per le persone in eccesso ponderale.

Indicatori PASSI 2013-2016 – Abitudine al fumo

	Fumatori	Ex-Fumatori	Chiesto se fuma	Consiglio smettere
Abruzzo	29.7	14.7	29.7	44.6
Basilicata	19.2	6.1	16.1	43.7
Calabria	24.7	12.3	29.1	44.8
Campania	28.3	13.9	40.7	60.1
Emilia Romagna	28.3	22.4	42.1	49.1
Friuli Venezia Giulia	26.0	22.1	45.5	43.7
Lazio	29.1	16.0	41.6	49.7
Liguria	25.5	20.1	33.9	45.3
Lombardia	24.3	21.5	40.4	45.5
Marche	24.1	20.1	32.5	50.1
Molise	27.0	19.1	39.0	49.2
Piemonte	24.2	18.2	36.4	50.5
Provincia di Bolzano	23.9	23.8	37.4	33.7
Provincia di Trento	25.5	23.1	46.9	45.6
Puglia	25.4	13.5	26.2	47.3
Sardegna	27.0	27.0	47.4	62.3
Sicilia	28.5	13.8	37.7	56.8
Toscana	26.0	19.7	37.8	52.5
Umbria	30.3	20.2	42.4	47.4
Valle d'Aosta	25.2	18.5	44.0	56.1
Veneto	22.7	21.4	42.3	50.2
Italia	26.4	17.0	38.1	51.1

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

Fumatore: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Chiesto se fuma e Consiglio smettere: vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi (per chiesto se fuma e consiglio smettere).

I dati sul fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori – commento

In Italia, la maggioranza degli adulti non fuma (circa il 56%) o ha smesso di fumare (circa 18%), ma **un italiano su 4** è fumatore attivo (circa 26%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

La variabilità regionale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro–Sud, come Umbria, Abruzzo, Lazio e Campania.

Dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente in tutto il territorio italiano. Questa riduzione interessa in particolar modo le classi sociali più agiate (senza difficoltà economiche) e meno le persone economicamente più svantaggiate, fra le quali è più alta la quota di fumatori.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali.

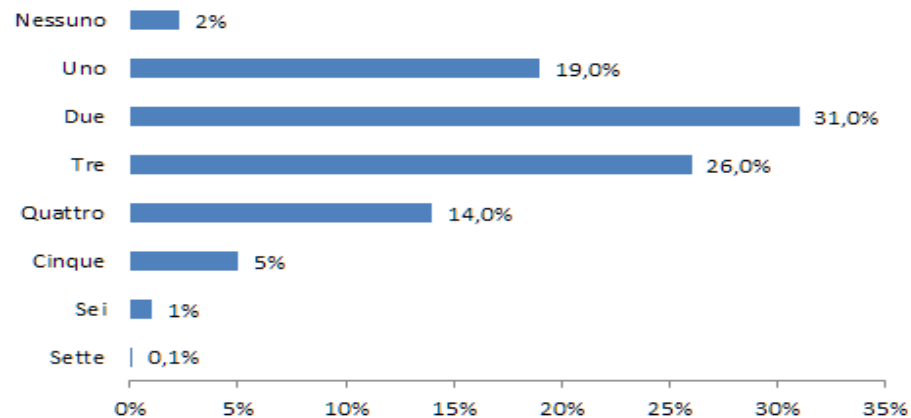
Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: solo la metà dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni - Pool di Asl 2010-2013

	%
Iperensione arteriosa	20%
Ipercolesterolemia	24%
Sedentarietà	31%
Fumo	28%
Eccesso ponderale (IMC>25)	42%
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	90%
Diabete	4%

Prevalenza dei profili di rischio multifattoriale

Distribuzione percentuale - Passi 2010-2013



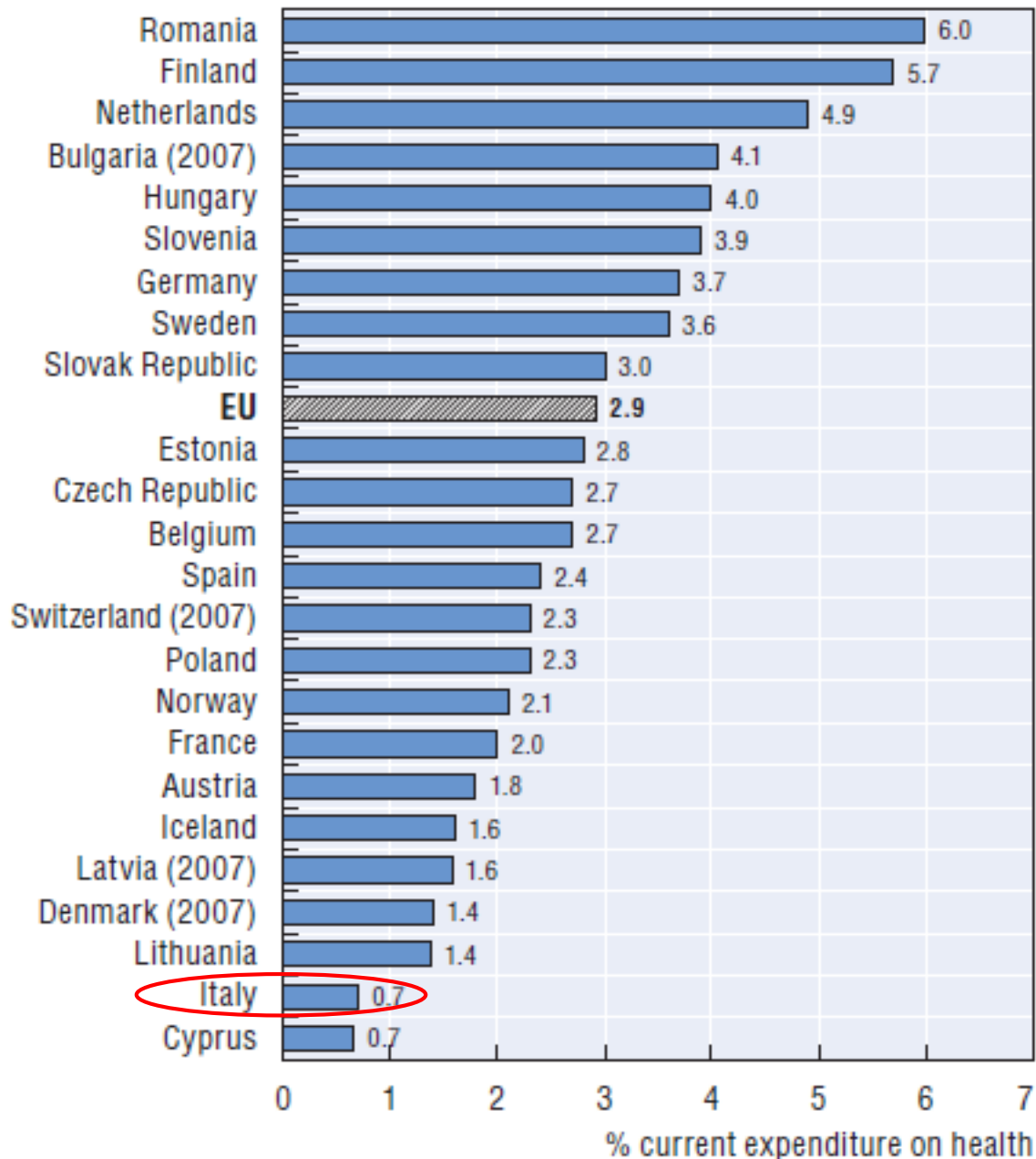
Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).

Health at a Glance: Europe 2010

Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), nonostante le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) pesino per il 60-80% sul carico di malattia complessivo, **i Paesi membri spendono solo il 3% (e l'Italia anche meno) del loro budget sanitario per le attività di prevenzione e di salute pubblica per agire sui fattori di rischio, ampiamente modificabili, delle MCNT.**

Azioni e interventi, settoriali e intersettoriali, coordinati e continuativi, possono contribuire a migliorare gli stili di vita dei cittadini e sono stati fortemente raccomandati dalla comunità scientifica, in quanto in grado di tradursi in un netto guadagno in termini di salute, riducendo il numero di anni di vita trascorsi con una disabilità.

4.3.3. Expenditure on organised public health and prevention programmes, 2008



Il potenziale impatto del partenariato transatlantico sul commercio e gli investimenti (TTIP) sulla salute pubblica

Roberto De Vogli,¹⁻³ Noemi Renzetti¹

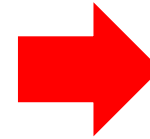
ep anno 40 (2) marzo-aprile 2016



	ACCESSO AI FARMACI E ALL'ASSISTENZA SANITARIA	CONSUMO DI TABACCO E ALCOL	MALATTIE CORRELATE ALLA DIETA E AGRICOLTURA
PROPRIETÀ INTELLETTUALE (IP) E ASPETTI COMMERCIALI DEI DIRITTI DI PROPRIETÀ INTELLETTUALE (TRIPS)	<p>↑ Prezzi dei farmaci da prescrizione</p> <p>↓ Accesso ai farmaci da prescrizione</p>		
COMMERCIO DI SERVIZI (TIS)	<p>↑ Privatizzazione del servizio sanitario</p> <p>↓ Accesso al servizio sanitario</p>		
RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE TRA INVESTITORI E SINGOLI STATI (ISDS)		<p>↓ Restrizioni alla pubblicità di prodotti del tabacco</p> <p>↓ Restrizioni alla pubblicità di alcol</p> <p>↑ Prevalenza di fumatori di tabacco</p> <p>↑ Consumo di alcol</p>	<p>↓ Regolamentazioni sul sistema di etichettatura di prodotti alimentari</p> <p>↑ Consumo di prodotti ultraprocessati</p> <p>↑ Prevalenza di obesità, diabete e malattie croniche legate all'alimentazione</p>

Interventi

**Educazione
sanitaria**



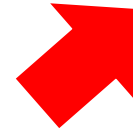
**Efficacia modesta
Basso costo
Alta fattibilità**

**Identificazione di
fattori di rischio
cancer-related**

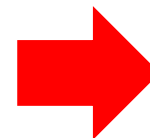


**Efficacia alta
Alto costo
Bassa fattibilità**

**Identificazione di
fattori di rischio
NON cancer-related**



**Screening
specifici per
altre MNT**



**Efficacia?
Costo?
Fattibilità?**



screening

Criticità

❑ Legati all'operatore:

Training
Competenze
Soddisfazione

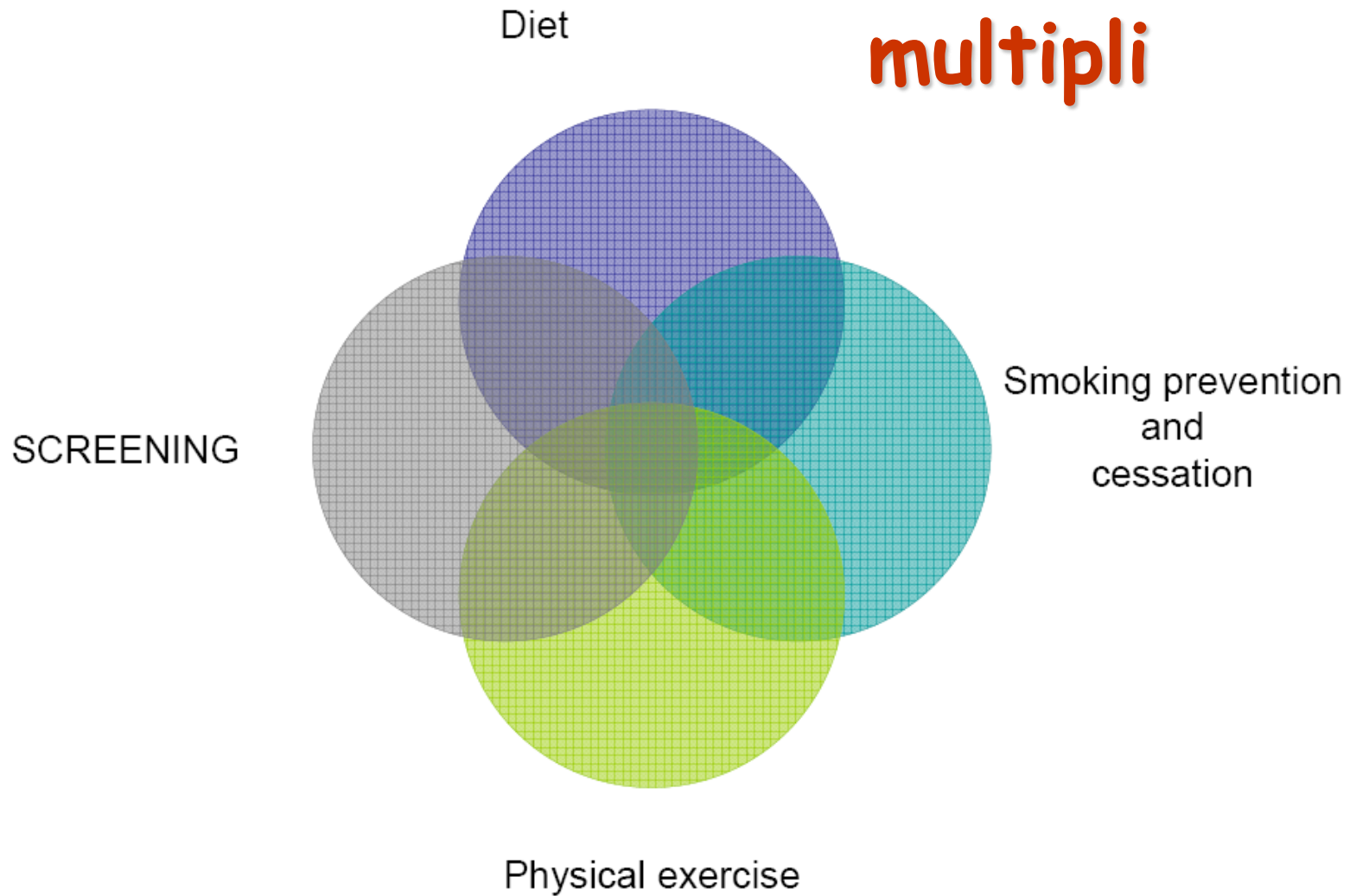
❑ Legati all'organizzazione

Tempi
Impatto sugli esiti di screening
Valutazione

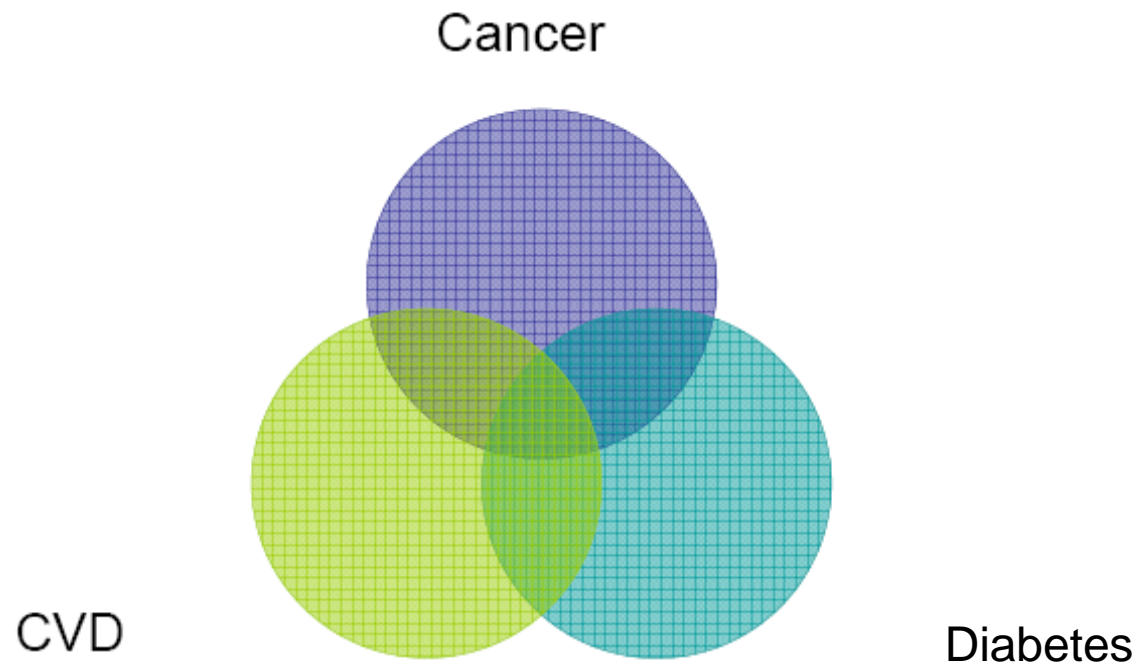
❑ Legati al rapporto con altri operatori del SSN

Training
Overlapping
Coerenza dei messaggi

Interventi multipli



Esiti multipli

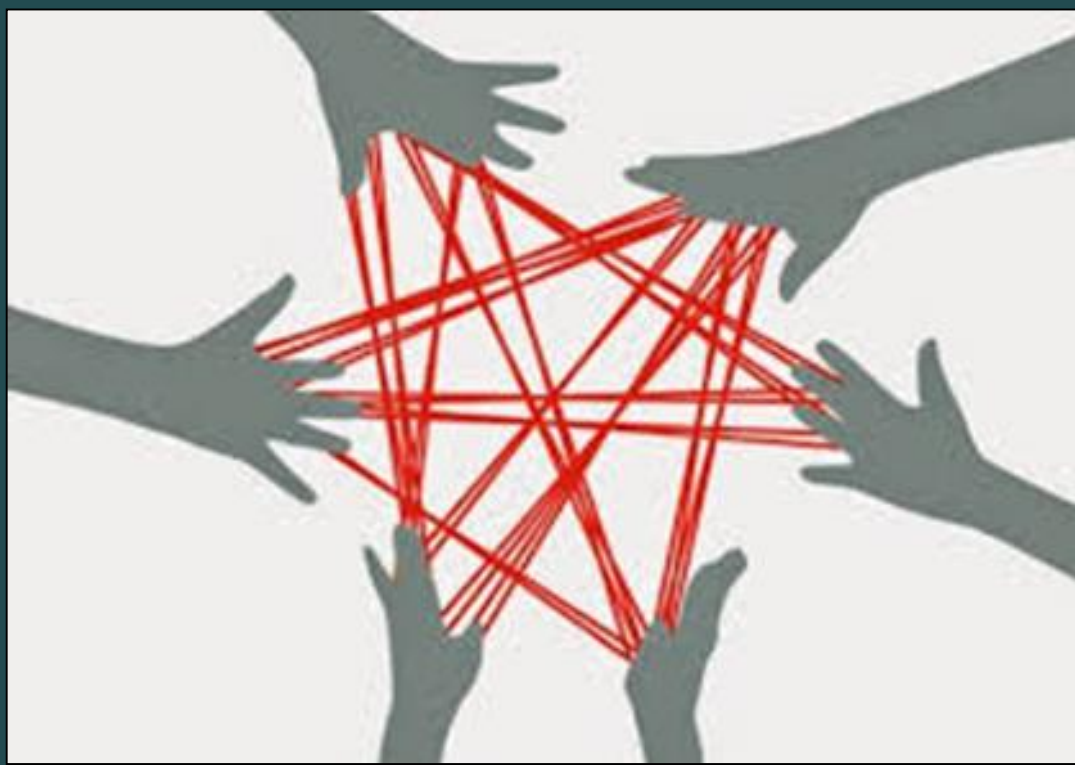


D
i
a
b
a
t
t
o
r
i
g
o
n
i

Medici di medicina generale

Cardiologi

Dipartimenti di
prevenzione



Dietologi

Medicina dello sport

Politiche sociali

Raccomandazioni del WCRF Policy Report per i governi

Obiettivo: Promuovere alimentazione sana e attività fisica attraverso leggi, politiche fiscali e prezzi

- Riesaminare leggi e regolamenti per assicurarsi che siano coerenti con obiettivi di sanità pubblica
- Assicurarsi che gli ambienti di vita e di lavoro siano progettati e mantenuti per facilitare attività fisica e comportamenti salutari
- Incoraggiare il consumo di cibi ricchi di nutrienti ma a bassa densità calorica, e scoraggiare bevande zuccherate, fast food e cibi "trattati"
- Pretendere che le scuole forniscano cibi di alto valore nutrizionale e includano la nutrizione nel curriculum scolastico
- Pretendere che i servizi di ristorazione nelle istituzioni governative e pubbliche offrano cibi di alto valore nutrizionale
- Promuovere percorsi podistici e ciclabili nelle città
- Limitare nei supermercati e nelle trasmissioni televisive rivolte ai bambini la pubblicità di bevande zuccherate e cibi raffinati e trattati

Interventi efficaci

Health education and health promotion interventions	Regulation and fiscal measures	Primary-care based interventions
Mass media campaigns	Fiscal measures altering the prices of fruit and vegetables and foods high in fat	Physician counselling of individuals at risk
School-based interventions	Government regulation or industry self-regulation of food advertising to children	Intensive physician and dietician counselling of individuals at risk
Worksite interventions	Compulsory food labelling	

Valutazione costo-efficacia

		Intervento	Efficacia	Costo per capita
Interventi comunitari		Fiscal measures	+10 price -> -2% consumption	0.03-0.13 \$
		Advertising regulation	-0.13-0.34 BMI	0.14-0.55 \$
		Food labelling	+10 gr/g frutta/verdura -0.42% e. intake	0.33-1.1 \$
Interventi individuali		Physician counselling	-0.83 BMI -1,6% e. intake	4.5-9.5 \$
		Intensive physician & dietician counselling	-2.32 BMI -10% e. intake	9.0-20.0 \$

Valutazioni di efficacia

Gli interventi di prevenzione hanno **un'efficacia variabile e, a volte, sono dannosi**

GLI INTERVENTI PER LA PROMOZIONE DI UN'ALIMENTAZIONE CORRETTA IN ITALIA

INTERVENTIONS FOR HEALTHY DIET PROMOTION IN ITALY

Fabrizio Faggiano,¹ Roberta Molinar,¹ Alessandro Coppo¹

¹ Dipartimento di medicina traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara

PROVE DI EFFICACIA CITATE COME RIFERIMENTO		PROGRAMMI*		
		2013-14 (n. 23)	2013-14+ (n. 48)	TUTTI (n. 87)
Specifiche e pertinenti	n.	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
Generali e pertinenti	n.	2	4	7
	%	8,7	8,3	8,0
Solo rassegna di interventi	n.	1	2	0
	%	4,3	4,2	0,0
Documenti programmatici o senza riferimenti	n.	0	1	3
	%	0,0	2,1	3,4
Non pertinenti	n.	0	1	2
	%	0,0	2,1	2,3
Totale citazioni	n.	3	8	12
	%	13,0	16,7	13,8

* 2013-14: programmi certamente condotti nel biennio 2013-14; 2013-14+: programmi con una data di inizio precedente al 2015, ma con data di termine missing; Tutti: tutti i programmi selezionati nella base dati.

- **Dati:** ProSa (DORS Piemonte e ISS)
- **Setting:** popolazione generale e scolastica
- **Anni:** 2013-14
- **Tipo di interventi:** tutti quelli che contenevano obiettivi di miglioramento dell'alimentazione

epo SPECIALE

Epidemiol Prev 2015; 39(5-6):367-372

Il potenziale impatto del partenariato transatlantico sul commercio e gli investimenti (TTIP) sulla salute pubblica

Roberto De Vogli,¹⁻³ Noemi Renzetti¹

ep anno 40 (2) marzo-aprile 2016



	ACCESSO AI FARMACI E ALL'ASSISTENZA SANITARIA	CONSUMO DI TABACCO E ALCOL	MALATTIE CORRELATE ALLA DIETA E AGRICOLTURA
PROPRIETÀ INTELLETTUALE (IP) E ASPETTI COMMERCIALI DEI DIRITTI DI PROPRIETÀ INTELLETTUALE (TRIPS)	<p>↑ Prezzi dei farmaci da prescrizione</p> <p>↓ Accesso ai farmaci da prescrizione</p>		
COMMERCIO DI SERVIZI (TIS)	<p>↑ Privatizzazione del servizio sanitario</p> <p>↓ Accesso al servizio sanitario</p>		
RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE TRA INVESTITORI E SINGOLI STATI (ISDS)		<p>↓ Restrizioni alla pubblicità di prodotti del tabacco</p> <p>↓ Restrizioni alla pubblicità di alcol</p> <p>↑ Prevalenza di fumatori di tabacco</p> <p>↑ Consumo di alcol</p>	<p>↓ Regolamentazioni sul sistema di etichettatura di prodotti alimentari</p> <p>↑ Consumo di prodotti ultraprocessati</p> <p>↑ Prevalenza di obesità, diabete e malattie croniche legate all'alimentazione</p>