

Salute



Un bene da salvaguardare per tutti

La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni, come documentato a livello globale dai lavori della Commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità su *Macroeconomics and Health*. Essa ha conseguenze che incidono su tutte le dimensioni della vita dell'individuo nelle sue diverse fasi, modificando le condizioni, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità, le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie. Via via che l'età cresce, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende a divenire sempre più importante, fino a essere quasi esclusivo per il benessere dei molto anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e il suo impatto sulla qualità della vita delle persone può essere anche molto severo.

Migliorano le condizioni di salute fisica, peggiora lo stato psicologico, permangono le disuguaglianze

L'Italia presenta condizioni di salute in miglioramento e livelli di speranza di vita tra i più elevati a livello internazionale. Ciò rappresenta uno dei risultati più positivi dell'andamento del benessere della popolazione e un patrimonio fondamentale da salvaguardare. I miglioramenti sono visibili in particolare in alcuni indicatori di mortalità. La mortalità infantile e quella da tumori tra gli adulti fanno registrare un'ulteriore riduzione negli ultimi due anni. Nello stesso tempo, sembra attenuarsi il *trend* in crescita del tasso di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso, nonostante l'aumento dell'invecchiamento della popolazione. Al contrario, si arresta il *trend* positivo della riduzione della mortalità per incidenti da mezzi di trasporto.

Nel 2012 si riduce il benessere psicologico soprattutto per la popolazione adulta e i giovani uomini. Inoltre, sono ancora molto diffusi nella popolazione comportamenti che costituiscono rischi per la salute: la diffusione dell'eccesso di peso tra la popolazione non accenna a diminuire, così come la sedentarietà che riguarda una consistente quota di adulti; non aumenta il consumo di frutta e verdura che resta inferiore alle quantità raccomandate. La quota di fumatori e la diffusione di comportamenti a rischio nel consumo di alcol confermano un trend in diminuzione negli ultimi anni. Permangono disuguaglianze territoriali e sociali. Nel Mezzogiorno, oltre ad una vita media più breve, si vive per più anni in peggiori condizioni di salute o con limitazioni nelle attività quotidiane. Inoltre, tra le persone di bassa estrazione sociale, molti dei comportamenti a rischio sono più marcati.

La durata della vita media

Secondo le stime del 2012 diffuse da Eurostat, tra i Paesi dell'Unione europea, l'Italia è il secondo Paese nella graduatoria della speranza di vita per gli uomini (79,8 anni) a ridosso della Svezia (79,9 anni), mentre per le donne è al terzo posto (84,8 anni) dopo Spagna (85,5 anni) e Francia (85,4 anni).

**IN ITALIA LE DONNE
SONO SEMPRE PIÙ
LONGEVE RISPETTO AGLI
UOMINI MA CONTINUA A
RIDURSI IL VANTAGGIO**

Anche in Italia, come nel resto dell'Europa, le donne continuano ad essere più longeve degli uomini (84,4 anni contro 79,6 anni, stima Istat' 2012), anche se le differenze di genere continuano a diminuire, a causa dell'aumento della vita media più marcato tra gli uomini. Il vantaggio femminile, che nel 2001 era di 5,8 anni, si è ridotto a 5,1 anni nel 2010 e continua a ridursi fino ad arrivare a 4,8 anni nel 2012.

Nel Mezzogiorno la vita media è più breve, sia per gli uomini sia per le donne (rispettivamente 79 e 83,7 anni), sebbene anche in questa ripartizione geografica si sia registrato un incremento negli ultimi due anni. Nel 2012, la distanza

osservata tra la regione più longeva e quella meno longeva è pari a 2,8 anni per gli uomini e 3,1 anni per le donne. La provincia di Trento occupa la posizione più alta in graduatoria sia per gli uomini (80,8 anni) sia per le donne (85,9 anni), seguono Marche e Bolzano per gli uomini (80,6) e Marche (85,3), Veneto e Umbria (85,1) per le donne. La Campania è la regione in cui mediamente si vive meno a lungo, con 78 anni per gli uomini e 82,8 anni per le donne, segue la Sicilia (78,8 anni per gli uomini e 83,2 per le donne).

SVEZIA, ITALIA E SPAGNA SONO NELL'ORDINE I PAESI PIÙ LONGEVI PER GLI UOMINI, FRANCIA, SPAGNA E ITALIA PER LE DONNE

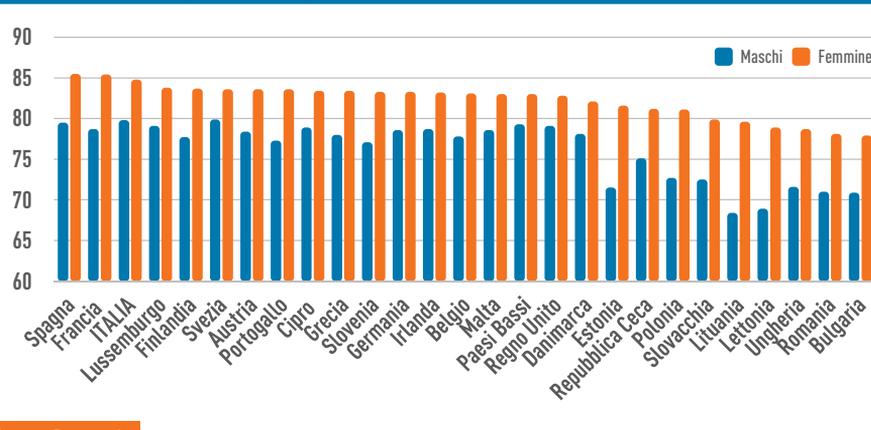


FIGURA 1. Speranza di vita alla nascita per sesso (in anni) nei Paesi Ue27. Anno 2012

Fonte: Eurostat, Demography

La speranza di vita in buona salute

Uno dei principali indicatori della condizione di salute della popolazione è la speranza di vita in buona salute alla nascita, che integra l'informazione riguardo la sopravvivenza con quella sulla salute percepita dai cittadini.² Dalle stime riferite al 2012, un nuovo nato in Italia può contare su 59,8 anni di vita in buona salute se maschio e 57,3 se femmina.

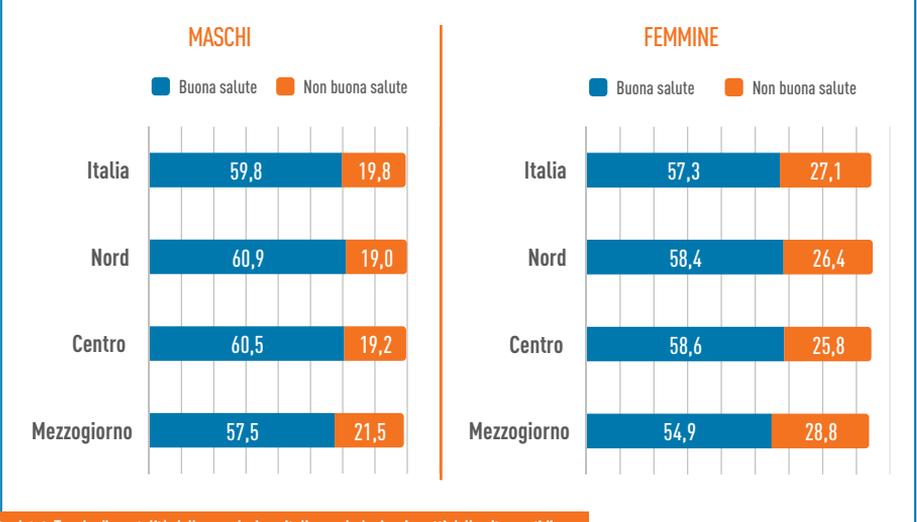
Sebbene dunque le donne siano più longeve, trascorrono più anni in peggiori condizioni di salute rispetto agli uomini. Colpite da malattie meno letali ma spesso più invalidanti, in media trascorrono circa un terzo della loro vita in condizioni di salute non buone (32,1%), contro un quarto degli uomini (24,9%).

Il Mezzogiorno, oltre ad avere una vita media più breve, è svantaggiato anche per una più bassa speranza di vita in buona salute rispetto al Centro e al Nord: nel 2012 il numero di anni in buona salute è pari a 57,5 anni per gli uomini e 54,9 per le donne, rispetto a 60,9 per gli uomini e 58,4 per le donne del Nord, e a 60,5 per gli uomini e 58,6 per le donne del Centro.

LE DONNE VIVONO PIÙ A LUNGO MA IN PEGGIORI CONDIZIONI DI SALUTE

**NEL NORD E NEL CENTRO SI VIVE PIÙ A LUNGO
E IN MIGLIORI CONDIZIONI DI SALUTE**

FIGURA 2.
Speranza di vita
alla nascita
per sesso
e ripartizione
geografica
distinta in anni
vissuti in buona
e non buona
salute.
Anno 2012.
In anni

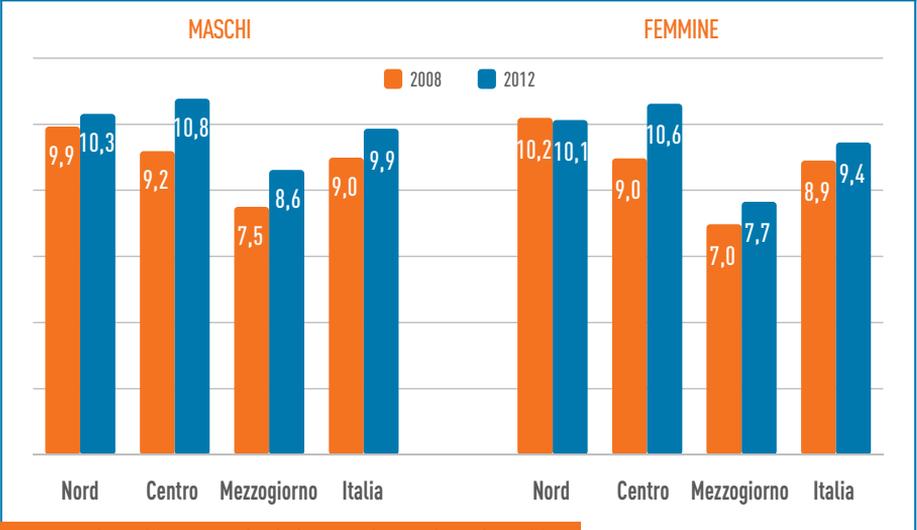


Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

Nel periodo che va dal 2009 al 2012, il numero di anni vissuti in buona salute è aumentato di 2,1 anni per uomini e 2,2 per le donne. Il miglioramento riguarda tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione delle donne del Mezzogiorno tra le quali l'incremento registrato non è statisticamente significativo.

**IL CENTRO NEL 2012 PASSA IN TESTA NELLA GRADUATORIA DELLA SPERANZA
DI VITA SENZA LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**

FIGURA 3.
Speranza di vita
senza limitazioni
nelle attività
quotidiane a 65
anni per sesso
e ripartizione
geografica.
Anni 2008
e 2012.
In anni



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

Le stesse disuguaglianze di genere e territoriali si ripropongono se si considera un altro indicatore importante per misurare la qualità della sopravvivenza, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni. A 65 anni, una donna può aspettarsi di vivere in media altri 21,8 anni, dei quali 9,4 senza limitazioni di autonomia nelle attività quotidiane, per gli uomini il numero di anni da vivere senza limitazioni è simile (9,9 anni), a fronte di un minor numero complessivo di anni ancora da vivere (18,3).

Nel Sud e nelle Isole anche la vita media senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (8,6 e 7,7 anni rispettivamente per uomini e donne) è più breve di oltre due anni rispetto a quella del Centro (10,8 e 10,6 anni), che nel 2012 ha superato il Nord nella graduatoria per ripartizione geografica, a seguito di un incremento di 1,6 anni sia per i maschi sia per le femmine rispetto al 2008.

Le condizioni di salute

È ormai ampiamente riconosciuta la multidimensionalità del concetto di salute che include la dimensione fisica e funzionale, quella mentale ed emotiva, nonché quella relazionale. La valutazione che l'individuo fa della propria salute riesce a sintetizzare le diverse dimensioni in gioco, dimostrandosi un buon predittore della sopravvivenza, come ampiamente dimostrato in letteratura. Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale per indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, l'Istat ha selezionato fin dal 2000 il questionario Sf12 che fa riferimento a due indici di salute percepita: uno relativo allo stato fisico (*Physical Component Summary*, Pcs) e l'altro allo stato psicologico (*Mental Component Summary*, Mcs).³ Gli indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs) presentano un andamento che decresce con l'età, in modo più accentuato per lo stato fisico. Nel 2012, considerando i dati provvisori,⁴ migliorano complessivamente le condizioni di salute fisica rispetto ai dati raccolti nel 2005, mentre il benessere psichico peggiora. Infatti, il punteggio medio standardizzato dell'indice dello stato fisico passa da 50,4 nel 2005 a 51,2 (punteggi medi standardizzati con la popolazione censuaria del 2001). Di contro, il punteggio medio standardizzato dell'indice di stato psicologico si riduce di quasi un punto (dal 49,8 al 49). La diminuzione dell'Indice Mcs è più evidente nelle fasce di età adulta, soprattutto tra i 45-54 anni, mentre non si rileva tra gli anziani. Emerge anche una tendenza alla diminuzione nelle fasce di età giovanili, soprattutto tra i maschi dai 18 ai 24 anni, per i quali il punteggio medio dell'indice Mcs passa da 53,4 a 51,7. Permane il divario di genere che vede penalizzate le donne sia in termini di salute fisica sia di benessere psicologico: nel 2012 il punteggio medio standardizzato dell'indice Pcs è pari al 50,5 per le donne e 51,9 per gli uomini e il punteggio medio standardizzato dell'indice Mcs è pari al 48

**DAL 2005 MIGLIORA
LO STATO DI SALUTE
FISICA MA PEGGIORA IL
BENESSERE PSICOLOGICO**

per le donne e 50 per gli uomini. Dal confronto nel tempo, lo stato fisico migliora in egual misura per entrambi i sessi, ma tra gli ultrasessantacinquenni il miglioramento della salute fisica riguarda soprattutto gli uomini, accentuando il divario di genere tra i molto anziani a svantaggio delle donne (tra gli anziani di 75 anni e più la differenza raggiunge i 4,8 punti, mentre nel 2005 era di 3,6 punti). L'indice di stato psicologico è sempre più basso tra le donne, sebbene si registri una tendenza a una progressiva riduzione delle differenze di genere tra gli adulti e, soprattutto, tra i giovani per il peggioramento dell'indice tra i maschi. Il valore dell'indice tra

AUMENTANO RISPETTO AL 2005 LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI A SVANTAGGIO DEL MEZZOGIORNO SIA PER LO STATO DI SALUTE FISICA CHE PSICOLOGICA. PERMANGONO LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI

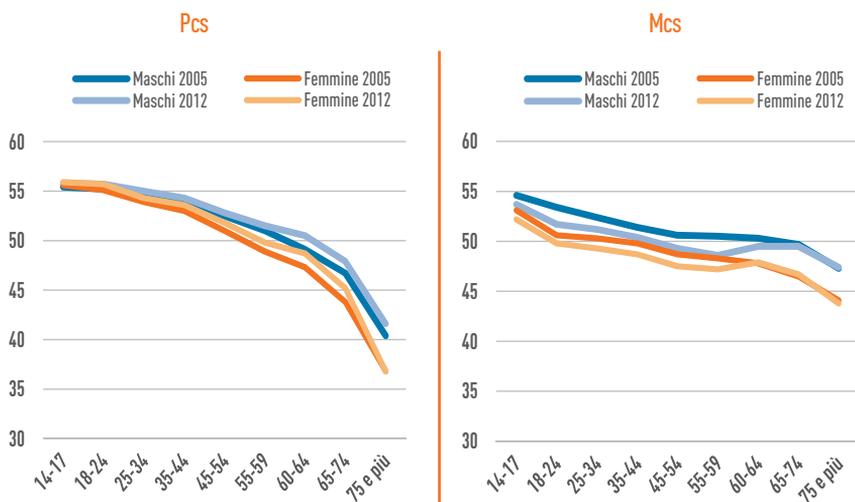
le donne molto anziane (75 anni e più) resta il più basso, pari a 43,8 contro 47,4 degli uomini.

Rispetto al 2005 aumentano ulteriormente le disuguaglianze territoriali a svantaggio del Mezzogiorno. Il miglioramento delle condizioni di salute fisica è più evidente al Nord e al Centro: il punteggio medio standardizzato per età dell'indice Pcs aumenta di 0,9 al Nord e di 0,8 al Centro, mentre l'aumento del Mezzogiorno è di 0,6. Inoltre, il benessere psicologico peggiora di più proprio in questa parte del Paese: il punteggio medio standardizzato dell'indice Mcs scende di 1,1 punti al Mezzogiorno e rispettivamente di 0,8 e 0,7 al Nord e al Centro. Sono ancora le donne delle regioni meridionali a presentare i più bassi punteggi medi dello stato di salute, sia fisico che psicologico, permanendo simili le differenze di genere a loro

svantaggio, mentre nel resto del Paese si riducono lievemente.

CON L'ETÀ LO STATO DI SALUTE FISICO PEGGIORA PIÙ DI QUELLO PSICOLOGICO

FIGURA 4. Indice di stato fisico (Pcs) e indice di stato psicologico (Mcs) relativi alle persone di 14 anni e più per sesso e classe di età. Media Settembre-Dicembre 2005 e 2012. Punteggi medi. Dati provvisori



Persistono le disuguaglianze sociali nella salute, crescenti all'aumentare dell'età, in particolare riguardo alla salute fisica: nel 2012, tra gli anziani con un titolo di studio superiore al diploma e quelli che hanno raggiunto solo la licenza di scuola media inferiore, la distanza dell'Indice Pcs è di 5,7 punti e sono le donne anziane meno istruite del Mezzogiorno a registrare i valori minimi (Pcs è pari a 37,2). Le differenze di *status* sociale presentano una certa rilevanza anche per l'indice di stato psicologico, sebbene meno accentuate. È ancora una volta tra le donne anziane residenti nel Mezzogiorno (Mcs pari a 43,1) che si evidenziano le disuguaglianze più nette, sia rispetto al Nord sia rispetto agli uomini.

Il benessere psicologico è particolarmente compromesso tra le persone in cerca di nuova occupazione, tra le quali si registra inoltre un ulteriore peggioramento: il punteggio medio dell'indice Mcs si riduce di 1,5 punti rispetto al 2005. Anche tra quanti sono in cerca di un primo lavoro si evidenzia un peggioramento del benessere psicologico: l'indice Mcs si riduce di 1,9 punti. È comunque tra le donne di 45-64 anni che cercano di entrare nel mondo del lavoro che si rileva il più basso punteggio medio dell'indice di stato psicologico, pari a 43.

La mortalità nelle diverse fasi del ciclo di vita

Grazie alle riforme politico-sanitarie attuate su tutto il territorio nazionale, al miglioramento delle condizioni ambientali e socioeconomiche, allo sviluppo di una cultura dei diritti dell'infanzia, ai progressi della scienza e della medicina, il valore del tasso di mortalità infantile in Italia è da anni stabilmente tra i più bassi d'Europa e nel 2010 e 2011 ha ripreso a ridursi ulteriormente: nel 2011 si registra un valore pari a 30,9 morti ogni 10.000 nati vivi. I tassi di mortalità infantile sono più elevati in Francia, Germania, Stati Uniti, Canada, Regno Unito.

Dopo un leggero incremento della mortalità infantile negli anni 2008 e 2009, i dati più recenti indicano una flessione dei tassi sia per i maschi (da 36,8 del 2009 a 33,1 del 2011, per 10.000 nati vivi), sia per le femmine (da 31,5 del 2009 a 28,7 del 2011). Tale diminuzione è da attribuirsi principalmente alla riduzione dei tassi di mortalità infantile dei nati in Italia da cittadini stranieri che mantengono, tuttavia, tassi di mortalità lievemente superiori a quelli di chi nasce da madri italiane. Tra i residenti in Italia, dal 2006 al 2011 il tasso di mortalità infantile per 1.000 nati vivi residenti è passato da 32,3 a 29 per i cittadini italiani e da 49,9 a 42,5 per i cittadini che hanno entrambi i genitori di cittadinanza straniera.

Nel 2010 e 2011 si riducono fortemente i differenziali territoriali di mortalità infantile. In particolare il Centro, che nel 2009 aveva un tasso di 33,3 per 10.000 nati vivi, più elevato di quello del Nord (28,8), fa registrare il calo maggiore e nel 2011 ha un tasso pari a 27,7 per 10.000 nati vivi,

DAL 2009 AL 2011 CALA LA MORTALITÀ INFANTILE, SOPRATTUTTO TRA I NATI DA CITTADINI STRANIERI. SI RIDUCONO I DIFFERENZIALI TERRITORIALI MA PERMANE LO SVANTAGGIO DEL MEZZOGIORNO

molto simile al valore del Nord (27,4). Il Mezzogiorno, sebbene mantenga la mortalità infantile più elevata, fa registrare una diminuzione del tasso tra il 2009 e il 2011 di circa 5 punti (da 42,1 a 37,3 per 10.000 nati vivi), superiore a quella media nazionale (-3,3 punti per 10.000 nati vivi).

IL TREND DI RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ DEI GIOVANI PER INCIDENTI DA MEZZI DI TRASPORTO SEMBRA ESSERSI ARRESTATO

Tra i giovani di 15-34 anni, sono gli incidenti da mezzi di trasporto a rappresentare il maggiore rischio di morte: circa la metà dei decessi in questa fascia di età è determinata da questo tipo di causa e i ragazzi hanno rischi fino a quattro volte superiori a quelli delle ragazze. A queste età i tassi standardizzati di mortalità per incidenti da mezzi di trasporto, che hanno fatto registrare una notevole riduzione⁵ tra il 2001 e il 2009, sembrano invece essersi stabilizzati nel 2010 e 2011 sul valore di 1,6 per 10.000 residenti tra gli uomini e a 0,3 per 10.000 tra le donne della fascia d'età considerata.

A livello territoriale l'ultimo dato disponibile conferma la mortalità mediamente più elevata al Centro per entrambi i generi, in particolare a causa dei tassi più elevati registrati nelle Marche e nel Lazio. I livelli di mortalità per incidenti da mezzi di trasporto tra i giovani uomini sono più elevati in Valle d'Aosta, Bolzano, Marche, Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Puglia con valori maggiori o uguali a 1,9 per 10.000 residenti. Per le giovani donne i valori più elevati vengono registrati in Abruzzo, Marche, Lazio e Sardegna con tassi tra 0,5 e 0,7 per 10.000 residenti.

Come i decessi provocati dagli incidenti stradali tra i giovani, anche molti di quelli dovuti ai tumori che colpiscono in età adulta potrebbero essere evitati grazie a una migliore prevenzione primaria e secondaria.

Nel 2010 e 2011 prosegue il *trend* in diminuzione della mortalità per tumori maligni tra i 20 e i 64 anni (tassi standardizzati). I valori si mantengono

PROSEGUE IL TREND IN DIMINUZIONE DELLA MORTALITÀ PER TUMORI MALIGNI TRA GLI ADULTI, MA IL MEZZOGIORNO NON TIENE IL PASSO DEI MIGLIORAMENTI PERDENDO IL PROPRIO VANTAGGIO INIZIALE

più elevati tra gli uomini (10,3 per 10.000 residenti, contro un tasso di 7,9 per le donne), con uno svantaggio rispetto alle donne che resta stabile negli ultimi anni: come nel 2009, la mortalità per tumore degli uomini è oggi mediamente del 30% superiore a quella delle donne e questo fenomeno si verifica in quasi tutte le regioni.

Il cambiamento della geografia della mortalità per tumori che si era osservato nel periodo 2001-2009 con una progressiva riduzione dei differenziali territoriali dei livelli di mortalità, continua negli anni più recenti. Tuttavia, in un quadro di sostanziale riduzione dei tassi di mortalità, il Mezzogiorno sembra non riuscire a tenere il passo dei miglioramenti perdendo progressivamente il proprio vantaggio iniziale. Nel 2011 si consolida ulteriormente questa tendenza portando il tasso di mortalità per tumori nel Mezzogiorno a livelli più

alti sia di quelli del Nord sia di quelli del Centro: rispettivamente i valori sono pari a 9,2 per 10.000 residenti nel Mezzogiorno, 9 nel Nord e 8,9 nel Centro. L'analisi regionale permette di individuare la Sardegna, la Campania e la Sicilia come le regioni più colpite, con valori del tasso pari, rispettivamente, a 10,2, 10,1 e 9,2

per 10.000 residenti. Le restanti regioni del Mezzogiorno, invece, mantengono nel 2011 livelli di mortalità inferiori alla media nazionale.

Il progressivo invecchiamento demografico continua a preoccupare rispetto al conseguente incremento del numero di persone colpite da demenza, una condizione che presenta, sia per quanti ne sono colpiti sia per le rispettive famiglie, importanti conseguenze negative sul benessere fisico, psicologico ed emotivo e ingenti costi sociali ed economici. Come osservato nel rapporto precedente, i tassi standardizzati di mortalità oltre i 65 anni per demenze e malattie del sistema nervoso, sono in aumento: tra il 2006 e il 2011 il tasso cresce da 22,1 per 10.000 residenti a 27,4 negli uomini e da 19,6 a 25,1 nelle donne. Da un'analisi più dettagliata per età si osserva che tale incremento è dovuto principalmente ad un aumento della mortalità nei più anziani, oltre 90 anni, e che oggi uno su quattro di coloro che muoiono per queste cause appartengono a questa classe di età. Negli anni più recenti, tuttavia, la crescita si attenua per entrambi i sessi che presentano livelli di mortalità molto simili.

Nel 2010 e 2011 si conferma il Nord quale area geografica con i tassi standardizzati di mortalità per demenze più elevati (nel 2011, rispettivamente 30,1 e 26,9 per 10.000 abitanti per uomini e donne), con picchi in Liguria (33,3 e 30,6 per 10.000 abitanti, rispettivamente), Valle d'Aosta (33,7 e 37,6) e Bolzano (32,9 e 30,9). Livelli più bassi della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso si osservano - per entrambi i sessi - in Calabria, Campania e Molise e, solo per gli uomini, nella provincia di Trento.

**TRA GLI ANZIANI SI
ATTENUA LA CRESCITA
DELLA MORTALITÀ PER
DEMENZE E MALATTIE
DEL SISTEMA NERVOSO**

L'influenza degli stili di vita sulla salute

Gli stili di vita condizionano il rischio di contrarre numerose malattie e i loro effetti sono rilevanti anche se possono divenire evidenti solo a distanza di tempo. Sulla responsabilizzazione degli individui e sul ruolo positivo che i comportamenti possono avere sulle loro condizioni di salute si gioca un ruolo importante per la sostenibilità attuale e futura.

È noto come l'eccesso di peso rappresenti un importante fattore di rischio per la salute. Numerosi studi hanno indagato sui nessi tra eccesso di peso e aumento della mortalità e, sebbene questa associazione sia più marcata tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) sottolinea che "l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita".

La quota di persone di 18 anni e più obese o in sovrappeso⁶ non subisce variazioni significative nell'ultimo anno assestandosi al 44,1% nel 2013. Sia le differenze di genere che quelle territoriali, valutate eliminando l'effetto della struttura per età, si mantengono marcate, con uno svantaggio per gli uomini di quasi 20 punti

STABILE LA PERCENTUALE DI ADULTI OBESI E IN SOVRAPPESO. PERMANGONO MARCATE DIFFERENZE DI GENERE E TERRITORIALI CON UNA SITUAZIONE PIÙ CRITICA PER GLI UOMINI E LE PERSONE RESIDENTI NEL MEZZOGIORNO

percentuali (54,1% contro il 34,6% tra le donne) e una percentuale di individui in eccesso di peso nel Mezzogiorno pari al 49,1%, contro il 40,7% nel Nord e il 43,3%

nel Centro. Le graduatorie regionali mettono in luce una situazione particolarmente critica per Campania e Puglia tra gli uomini (rispettivamente 62,2% e 60,6% nel 2013) e per Basilicata e Campania tra le donne (43,8% e 42,2%). Inoltre, la percentuale di persone in eccesso di peso aumenta al crescere dell'età, e la differenza tra uomini e donne è particolarmente marcata tra le persone con meno di 45 anni, tra le quali la quota di eccesso di peso per gli uomini è oltre il doppio rispetto a quella registrata per le donne.

Indipendentemente dalla fascia d'età e dal genere, l'eccesso di peso è più diffuso tra le persone meno istruite. In particolare, le disuguaglianze sociali sono accentuate nelle fasce d'età oltre i 35 anni per le donne: la percentuale di eccesso di peso tra le meno istruite è di circa 20 punti percentuali più alta rispetto alle più istruite. Le

differenze per livello di istruzione tra gli uomini sono comunque marcate in tutte le classi d'età fino ai 64 anni (la distanza è di circa 15 punti percentuali).

È noto che l'eccesso di peso dei genitori incide sul rischio di insorgenza di obesità

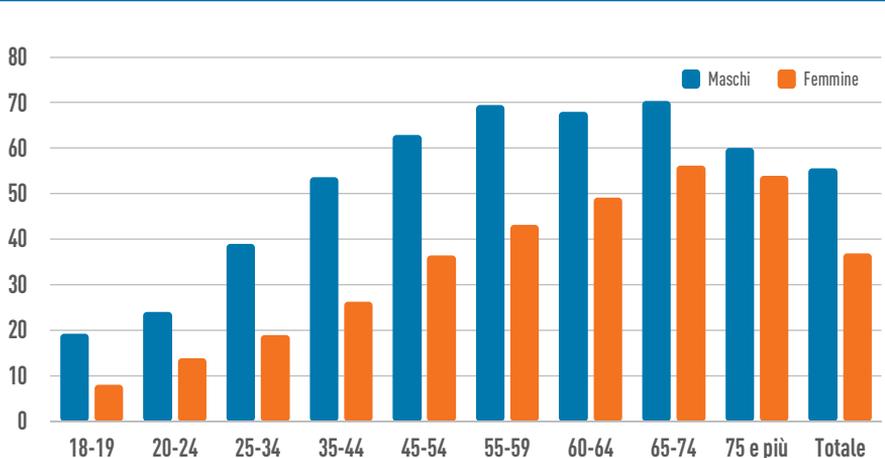
e sovrappeso per i figli: infatti, considerando il dato medio degli anni 2011 e 2012, se entrambi i genitori sono in eccesso di peso la percentuale di bambini e adolescenti tra 6 e 17 anni obesi o in sovrappeso raggiunge il 38,1%, ma quasi si dimezza (20,4%) se entrambi i genitori non hanno problemi di sovrappeso. La percentuale è pari al

28,1% e al 26,5% a seconda che sia solo la madre o solo il padre in eccesso di peso.

L'ECCESSO DI PESO DEI GENITORI INCIDE SUI FIGLI

L'ECCESSO DI PESO RIGUARDA MAGGIORMENTE GLI UOMINI

FIGURA 5. Persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese per sesso e classe di età. Anno 2013. Per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche



L'esercizio fisico regolare comporta effetti positivi sulla salute fisica, svolgendo un ruolo protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari, delle patologie del metabolismo, e della salute mentale, con una ricaduta positiva sull'umore. Nonostante la lotta alla sedentarietà sia negli ultimi anni entrata a far parte dell'agenda europea tra le azioni da intraprendere per promuovere la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, in Italia uno stile di vita sedentario caratterizza nel 2013 ancora il 41,3% delle persone di 14 anni e più, percentuale che, dopo un andamento sostanzialmente stabile fino al 2012, cresce nell'ultimo anno (era del 39,6% nel 2012), aumento in linea con la flessione di altri indicatori sul tempo libero registrata nell'ultimo anno.⁷ Permangono anche marcate differenze territoriali, con una percentuale di sedentari che varia tra il 31,4% nel Nord, il 39,8% nel Centro e il 55,5% nel Mezzogiorno. In particolare, l'incremento della sedentarietà che si osserva rispetto al 2012 è concentrato nelle ripartizioni del Nord e del Mezzogiorno, con la Liguria, il Piemonte e la Calabria che registrano gli incrementi più marcati (dal 33,5% al 41,2% in Liguria, dal 29,6% al 34,9% in Piemonte e dal 47,5% al 52,7% in Calabria). Le regioni con la quota più alta di sedentari rimangono comunque la Campania e la Sicilia, con circa il 61% della popolazione di 14 anni e più che non pratica alcuna attività fisica nel 2013. Anche le differenze di genere a svantaggio delle donne sono stabili nel tempo; nel 2013 la percentuale di sedentari è pari al 45,3% tra le donne e al 37,1% tra gli uomini.

AUMENTA NEL 2013 LA PERCENTUALE DI SEDENTARI. PERMANE UN FORTE SVANTAGGIO PER DONNE, PERSONE RESIDENTI NEL MEZZOGIORNO, E PERSONE CON BASSO TITOLO DI STUDIO

AUMENTA NELL'ULTIMO ANNO LA QUOTA DI POPOLAZIONE SEDENTARIA

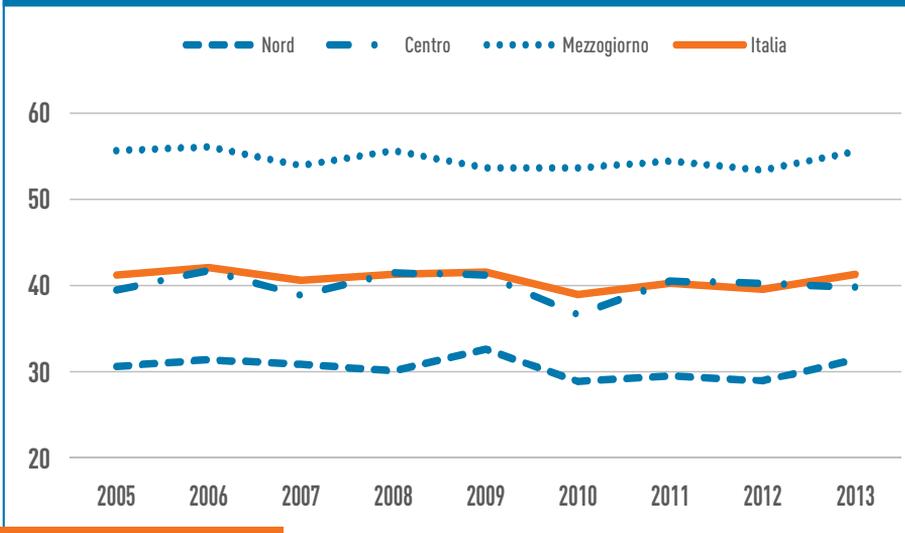


FIGURA 6. Proporzionata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per ripartizione geografica. Anni 2005-2013. Per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche

A parità di età la sedentarietà è più diffusa tra i meno istruiti, con differenze molto marcate a prescindere dal genere e dall'età.

Una sana alimentazione rappresenta un importante fattore protettivo della salute, più tangibile nel lungo periodo. Le linee guida di una sana alimentazione dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) raccomandano il consumo quotidiano di almeno cinque porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi (cd. *five a day*), da variare il più possibile e secondo le stagioni. Tale indicatore consente di monitorare l'assunzione di elementi fondamentali della dieta, che aiutano a contrastare il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali.

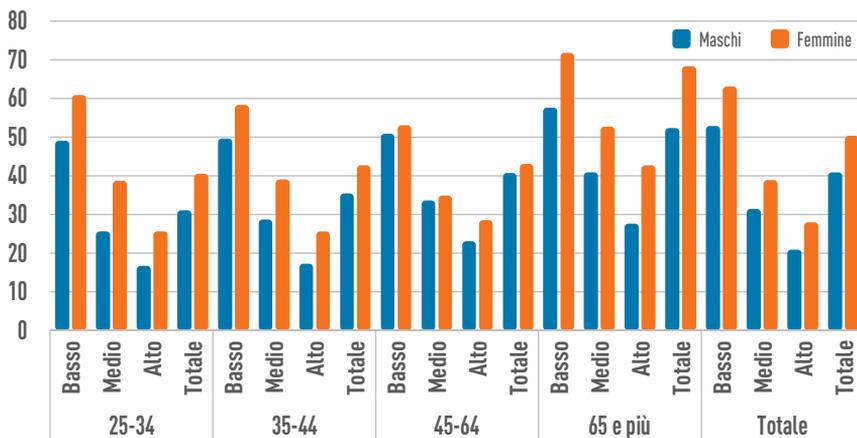
**NON ACCENNA
AD AUMENTARE LA
PERCENTUALE DI PERSONE
CHE CONSUMANO ALMENO
QUATTRO PORZIONI AL
GIORNO TRA FRUTTA E
VERDURA. TRA I BAMBINI
IL CONSUMO RADDOPPIA
SE LA MAMMA È LAUREATA**

In Italia, la percentuale di persone che consumano quotidianamente almeno quattro⁸ porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi non registra alcun miglioramento nel 2013, rimanendo stabile al 18,1% tra la popolazione di 3 anni e più. Le differenze di genere, a vantaggio delle donne (4,3 punti di differenza nel 2013 rispetto agli uomini), permangono nel tempo. È ancora nel Mezzogiorno la più bassa quota di consumatori e le regioni con le percentuali più basse sono Basilicata (8,5%), Calabria (11,3%) e Molise (11,9%).⁹

Anche per quanto riguarda il consumo di quantità adeguate di frutta e verdura si evidenziano differenze di *status* sociale in tutte le fasce d'età, con un vantaggio notevole per gli uomini e le donne più istruiti. Rilevante è anche il dato sul consumo di frutta e verdura tra i bambini, che ripropone la relazione virtuosa tra titolo di studio elevato dei genitori e comportamento alimentare più sano dei bambini e dei ragazzi.

I MENO ISTRUITI SONO PIÙ SEDENTARI

FIGURA 7.
Persone di 25 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per sesso, classe di età e titolo di studio. Anno 2013. Per 100 persone di 25 anni e più con le stesse caratteristiche



Nel 2013, il 18,8% dei bambini tra i 3 e i 13 anni con una mamma laureata consumano 4 o più porzioni di frutta o verdura al giorno, mentre la percentuale scende al 9,3% tra quelli con una mamma che ha conseguito al massimo la licenza media.

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio di insorgenza di malattie, non solo di tipo oncologico. Nel 2013 si conferma un lieve *trend* in diminuzione della quota di fumatori, iniziato nel 2009: la percentuale si riduce di 1 punto rispetto all'anno precedente e di oltre 2 punti rispetto al 2009. La quota di fumatori diminuisce in particolare tra gli uomini (26,6% nel 2013 contro il 27,9% nel 2012), attenuando ulteriormente le differenze di genere. L'abitudine al fumo rimane più diffusa nell'Italia centrale, dove non si registrano variazioni significative rispetto all'anno precedente, mentre la flessione nella quota di fumatori si evidenzia sia nel Nord che nel Mezzogiorno.¹⁰

Tra gli uomini disoccupati, la categoria sociale con la più alta quota di fumatori, si registra una importante riduzione: dal 45,3% del 2010 al 39% al 2013.

L'abitudine al fumo è più diffusa tra i giovani e gli adulti. In particolare, tra gli uomini, nel 2013, la percentuale più elevata di fumatori si osserva tra i 25 e i 34 anni (36,2%) e tra i 20 e i 24 anni (34%), mentre tra le donne si registra tra i 45-54 anni (22,1%). La percentuale è ancora contenuta tra i ragazzi di 14-19 anni (14,5% per i maschi e 8% per le femmine).

Per gli uomini fino a 64 anni di età, la quota più alta di fumatori si ha sempre tra coloro che hanno titoli di studio più bassi. Nella fascia d'età successiva, se tra gli uomini non si rilevano differenze per livello di istruzione, tra le donne la relazione è inversa; infatti nel 2013 tra le più istruite la percentuale di quelle che fumano è del 14,9%, mentre tra le anziane meno istruite la quota si riduce al 5,4%.

CONTINUA LENTAMENTE
A DIMINUIRE
LA PERCENTUALE
DI FUMATORI,
SPECIALMENTE NEL NORD
E NEL MEZZOGIORNO

IL FUMO È PIÙ DIFFUSO
TRA GLI UOMINI MENO
ISTRUITI; TRA
GLI ANZIANI LAUREATI
SONO LE DONNE
A FUMARE DI PIÙ

LE MAMME LAUREATE DANNO PIÙ FRUTTA E VERDURA AI BAMBINI

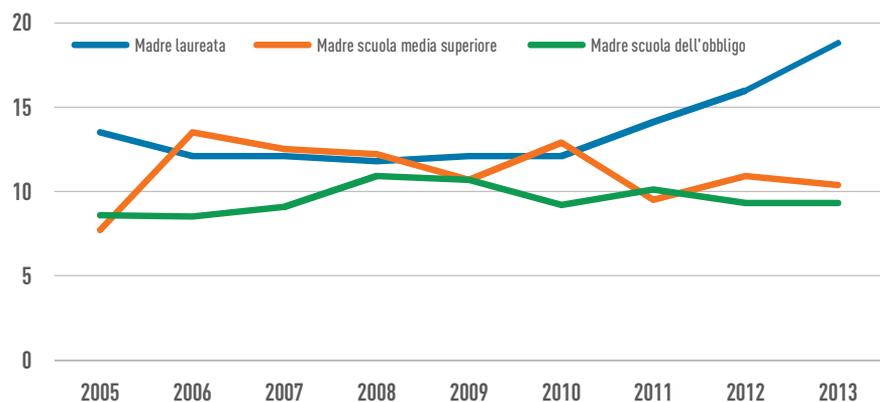
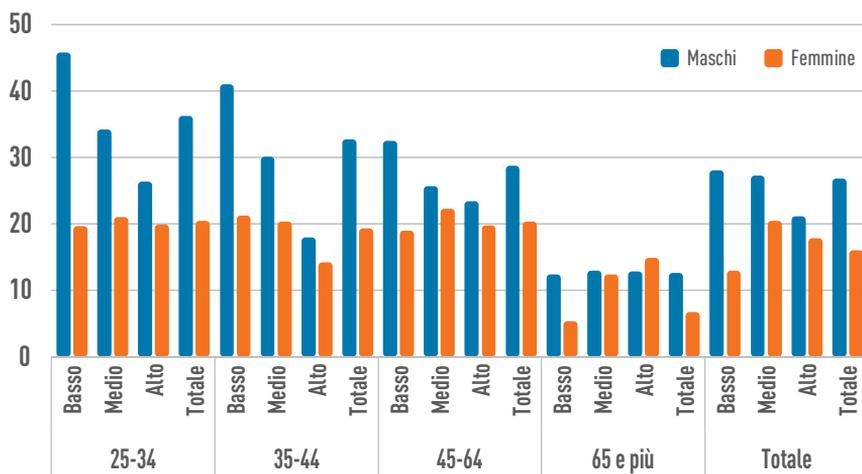


FIGURA 8. Proportione di bambini di 3-13 anni che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per titolo di studio della madre. Anno 2013. Per 100 bambini di 3-13 anni con le stesse caratteristiche

PIÙ FUMATORI TRA GLI UOMINI. IL TITOLO DI STUDIO INFLUISCE POSITIVAMENTE LIMITANDO L'ABITUDINE AL FUMO, MA SOLO PER I MASCHI

FIGURA 9. Persone di 25 anni e più che dichiarano di fumare attualmente per classe di età e livello di istruzione. Anno 2013. Per 100 persone di 25 anni e più con le stesse caratteristiche



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Nonostante il modello italiano di consumo per l'alcol sia tradizionalmente un consumo moderato durante i pasti, si sono diffusi nel tempo altri comportamenti che costituiscono un rischio per la salute. I prodotti alcolici sono sostanze psicoattive che, in caso di abuso, possono comportare dipendenza e produrre dannose conseguenze per la salute. In particolare le situazioni di maggior rischio sono costituite da un consumo quotidiano che eccede le soglie, per sesso ed età, identificate dall'Inran,¹¹ e dal fenomeno del *binge drinking*, cioè l'assunzione di oltre sei Unità alcoliche (Ua) in un'unica occasione di consumo. Vengono così definiti come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno di questi comportamenti a rischio.

Nel 2013 continua il trend decrescente dei consumatori di alcol a rischio; la quota infatti passa dal 15,8% del 2011 al 14,4% del 2012, fino al 13,8% del 2013.¹²

Tale riduzione è dovuta a una contrazione di entrambe le componenti di rischio: il consumo giornaliero non moderato passa dall'8,6% nel 2011 al 7,5% nel 2013, e l'abitudine al *binge drinking* passa dall'8,2% nel 2011 al 7,1% nel 2013.

Le differenze di genere si riducono ma permane il rilevante svantaggio per gli uomini: nel 2013 la percentuale di consumatori a rischio è pari infatti al 22%, contro il 6,1% delle donne. Si conferma la maggiore diffusione di comportamenti a rischio nel consumo di

alcol nel Nord (16%) rispetto alle altre aree del Paese (13,5% nel Centro e 11% nel Mezzogiorno).

**CONTINUA IL TREND
DECRESCENTE
NEL CONSUMO A RISCHIO
DI ALCOL. PERMANE IL
RILEVANTE SVANTAGGIO
DEGLI UOMINI E DEI
RESIDENTI AL NORD**

DIMINUISCONO I COMPORAMENTI A RISCHIO NEL CONSUMO DI ALCOL

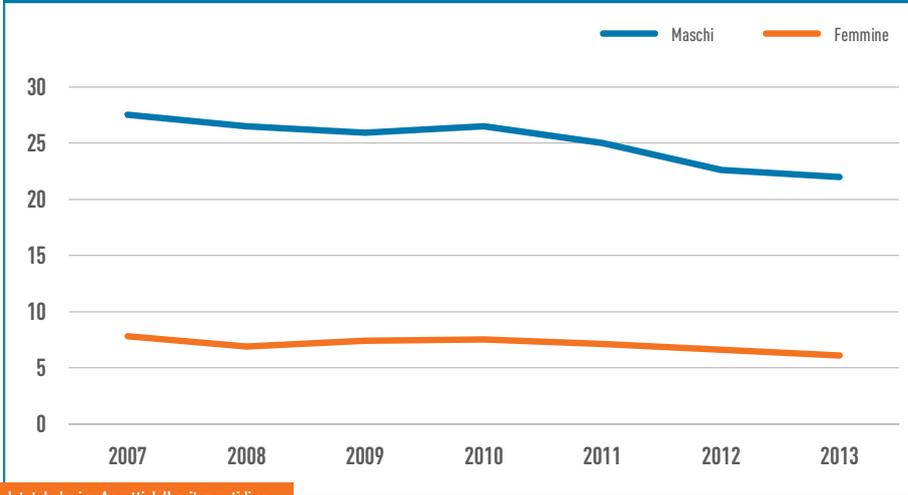


FIGURA 10. Proporzion standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per sesso. Anni 2007-2013. Per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

note

- 1 Il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istat per l'adozione di un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più).
- 2 La speranza di vita in buona salute alla nascita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, nell'ipotesi che i rischi di morte e le condizioni di salute percepita rimangano costanti.
- 3 A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) dell'indice Pcs corrisponde una condizione di "sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente". Un basso indice Mcs evidenzia, invece, "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente". I punteggi medi di tali indici sono da confrontare in termini relativi: all'aumentare del punteggio medio migliora la valutazione delle condizioni di salute.
- 4 Le stime si basano su dati provvisori relativi ai primi due trimestri di rilevazione, ovvero settembre e dicembre 2012, dell'Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013". Il confronto con il 2005 è realizzato rispetto agli stessi mesi di rilevazione. I dati definitivi saranno disponibili a giugno 2014 e faranno riferimento anche ai primi due trimestri del 2013.
- 5 Il confronto temporale è stato effettuato eliminando l'effetto della variazione della struttura per età.
- 6 Si definisce in eccesso di peso l'insieme di persone obese o in sovrappeso in base alla classificazione dell'Indice di Massa Corporea dell'Oms.
- 7 Confronti effettuati a parità di struttura per età.
- 8 In Italia, a causa della sovrastima da parte dei rispondenti del concetto di porzione, si è valutato di considerare l'indicatore che misura il consumo quotidiano di almeno quattro porzioni tra frutta e verdura.
- 9 Confronti effettuati a parità di struttura per età.
- 10 Confronti effettuati a parità di struttura per età.
- 11 Sono da considerarsi a rischio consumi che eccedono i 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità alcoliche, Ua) per le donne e i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA) per gli uomini. È anche da considerare a rischio il consumo di una qualsiasi quantità di bevande alcoliche per i giovani di età inferiore ai 16 anni; più di 1 Ua al giorno per i giovani tra i 16 ed i 18 anni e per le persone di oltre 65 anni di età.
- 12 Confronti effettuati a parità di struttura per età.