

Migliora la speranza di vita, minimi segnali positivi sugli stili di vita

Nel 2016 la speranza di vita alla nascita in Italia è pari a 82,8 anni, con un completo recupero rispetto alla flessione osservata nel 2015, in concomitanza del picco di mortalità registrato in Italia e in molti paesi europei. Nel 2016, gli indicatori che descrivono la qualità degli anni da vivere in buona salute o senza alcuna limitazione nelle attività a 65 anni non evidenziano, invece, variazioni di rilievo rispetto agli ultimi due anni.

I principali indicatori di mortalità continuano a registrare un andamento positivo¹. Nel 2014, la mortalità infantile raggiunge il suo minimo storico e quella per tumori maligni negli adulti si riduce ulteriormente. Anche il *trend* della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso si conferma in diminuzione, consolidando la tendenza degli ultimi anni.

Nel 2016, la mortalità per incidenti stradali dei giovani tra 15 e 34 anni resta stabile sui valori del biennio precedente², dopo il costante miglioramento registrato tra il 2004 e il 2013.

Gli indicatori sugli stili di vita mostrano limitati miglioramenti: diminuisce la popolazione sedentaria, che si attesta al livello più basso negli ultimi 12 anni, ma la quota si mantiene elevata; il consumo adeguato di frutta e verdura continua ad aumentare anche se con un ritmo lento. Resta, invece, stabile rispetto all'anno precedente la quota di popolazione in eccesso di peso, il consumo a rischio di alcol e la quota di fumatori. Permane il vantaggio delle donne per la gran parte degli indicatori di salute, sebbene continui a ridursi il divario di genere nella speranza di vita alla nascita. Non si attenua inoltre il gradiente territoriale, con un vantaggio del nord del Paese su quasi tutti gli indicatori.

Il confronto internazionale

Nel 2015³, in Europa, l'aumento della speranza di vita si è arrestato dopo oltre un decennio. L'Italia ha comunque mantenuto il secondo posto in graduatoria, con 82,7 anni di vita media attesa alla nascita, dopo la Spagna (83 anni), seguita dalla Francia (82,4); la media Ue28 è di 80,6 anni. L'Italia ha perso circa 5 mesi di vita media attesa rispetto al 2014, al pari di Francia e Germania, mentre in media l'Ue28 ha registrato un decremento di circa 3 mesi e mezzo. In Italia, la flessione della speranza di vita ha penalizzato maggiormente le donne, che hanno perso oltre 8 mesi in media di vita; solo a Cipro si è rilevata una flessione più ampia (-12 mesi). Declinando le graduatorie per genere, la posizione dell'Italia nel 2015 non si modifica rispetto al 2014: gli uomini in Italia restano in seconda posizione dopo la Svezia, mentre le donne permangono al terzo posto dopo Spagna e Francia.

¹ L'ultimo dato disponibile sulla mortalità per causa è il 2014. Il processo di produzione dei dati sui decessi con informazioni sanitarie richiede tempi più lunghi rispetto a quelli con le sole informazioni demografiche (riferite alle cancellazioni anagrafiche).

² Il dato sulla mortalità per incidenti stradali è elaborato dalla fonte "Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone", che permette di avere il 2016 come ultimo dato disponibile.

³ Per motivi di comparabilità internazionale viene commentato l'ultimo dato disponibile sul database di Eurostat (anno 2015). Si precisa che 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).

L'Italia è sempre ai primi posti in graduatoria per longevità

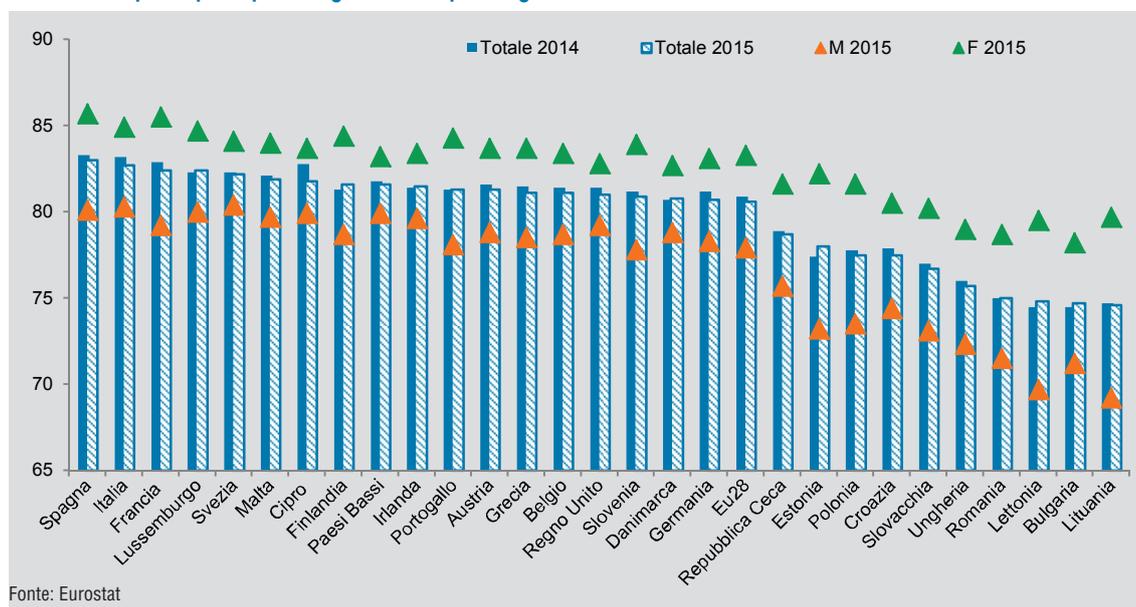


Figura 1. Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28. Anni 2014 e 2015. In anni

Nel 2015, in Italia, gli indicatori che descrivono la qualità degli anni che restano da vivere, ovvero quelli vissuti in buona salute o senza limitazioni nelle attività a 65 anni rimangono stazionari. Gli anziani italiani per i quali si registra un anno di vita media in più (22,2 anni per le donne e 18,9 per gli uomini) rispetto alla media dei paesi Ue28 nel 2015 si collocano al di sotto della media europea quando si considera la sopravvivenza senza alcuna limitazione nelle attività. Per gli uomini la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari a 7,8 anni a fronte dei 9,4 anni della media europea; per le donne italiane il livello è di 7,5 anni rispetto ai 9,4 anni della media Ue.

L'Italia è sopra la media europea per la speranza di vita a 65 anni ma scende sotto la media per la sopravvivenza senza limitazioni alla stessa età

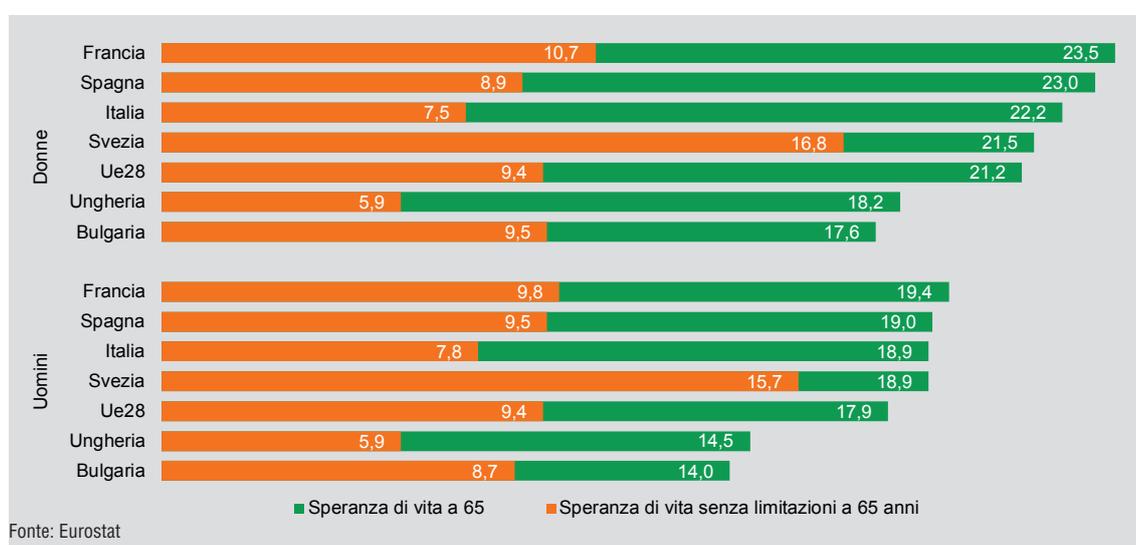


Figura 2. Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni in alcuni paesi Ue28. Anno 2015. In anni

Il tasso di mortalità infantile in Italia è da anni tra i più bassi in Europa. Nel 2015⁴ i tassi più bassi sono stati registrati in Slovenia e Finlandia, entrambe con meno di 2 decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi; l'Italia segue a breve distanza con 2,8 decessi per 1.000 nati vivi. Nonostante il generale miglioramento di questo indicatore nel breve periodo, a livello europeo si manifesta una forte eterogeneità. Nel 2015, Romania e Bulgaria presentano tassi di mortalità infantile ancora relativamente alti (rispettivamente 7,6 e 6,6 morti ogni 1.000 nati vivi). Il divario tra i paesi europei va comunque riducendosi: il coefficiente di variazione era di oltre il 50% nel 2004 e scende al 34,7% nel 2015.

Il tasso di mortalità per incidenti stradali⁵ riferito al periodo 2005-2014 ha registrato, per le classi di età 15-17 e 18-24 anni, una significativa riduzione in quasi tutti i paesi della Ue28 (15-17 anni -56% e 18-24 anni -53%).

Nel 2016, il tasso di mortalità per incidenti stradali nella fascia di età giovanile in Italia appare in linea con la media dei paesi Ue28.

Svezia, Regno Unito e Danimarca sono i paesi con i tassi più bassi per i 15-17 anni con valori inferiori a 0,2 per 10.000; per i 18-24enni, oltre a questi paesi, si aggiungono i Paesi Bassi, tutti con valori compresi tra 0,3 e 0,5 per 10.000. In Italia, i tassi di mortalità per incidenti stradali tra i 15 e 17 anni e tra 18 e 24 anni sono rispettivamente pari a 0,4 e 0,9 decessi per 10.000 abitanti.

L'Italia è il paese europeo con la percentuale più bassa di persone in eccesso di peso ma con ampie disuguaglianze sociali

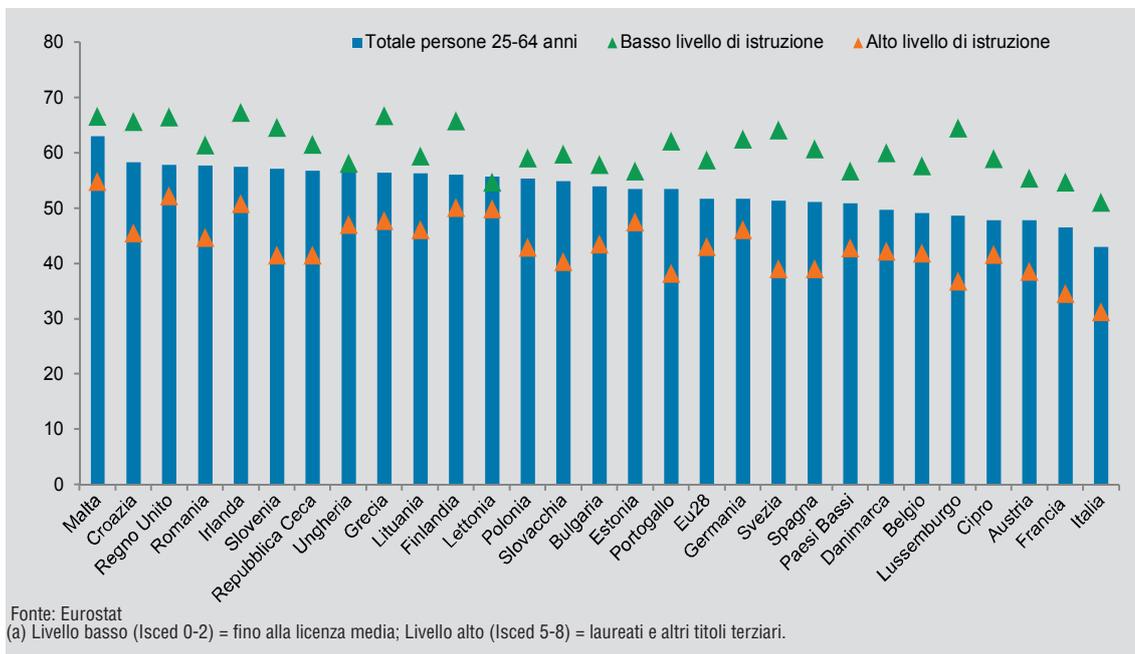


Figura 3. Persone adulte (25-64 anni) che sono in sovrappeso o obese per livello di istruzione (a) nei paesi dell'Unione europea. Anno 2015

⁴ I dati sulla mortalità infantile nei paesi europei sono quelli del database Eurostat, che per l'Italia fa riferimento ai dati da fonte anagrafica.

⁵ CARE *Community Data Base on Road Accidents*, Commissione europea. I dati a livello europeo sono disponibili solo per le classi di età 15-17 anni e 18-24 anni. Poiché tali classi di età risultano particolarmente rappresentative per il gruppo dei 15-34enni, si ritiene che tali risultati possano estendersi, come approssimazione, anche alla classe di età più ampia 15-34 anni.

L'Italia, insieme alla Francia, è tra i paesi europei con la più bassa quota di popolazione adulta in eccesso di peso (tra i 25 e i 64 anni è pari al 43%, contro il 51,7% della media Ue28). Tuttavia, si rilevano disuguaglianze più accentuate rispetto alla media Ue28: in Italia, avere un titolo di studio basso fa aumentare tra gli adulti il rischio di essere in eccesso di peso di oltre il 60%, a fronte di un aumento inferiore al 40% nella media europea.

Anche per quanto riguarda la quota di adulti (di età 25-64) che fumano tutti i giorni, l'Italia si colloca al di sotto della media europea, con il 21,7% di fumatori abituali; le percentuali più basse si rilevano in Svezia (9,5%) e Finlandia (13,8%), mentre le quote più elevate si osservano in Bulgaria (35,7%) e Grecia (35,1%).

Le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo si differenziano rispetto al genere, in quanto non tutti i paesi europei si trovano nella stessa fase della cosiddetta epidemia del fumo⁶. In quasi tutti i paesi (ad eccezione di Romania e Cipro) la percentuale di fumatori abituali tra gli uomini adulti è più elevata tra le persone con basso titolo di studio. Tra le donne gli andamenti per titolo di studio sono differenziati. In alcuni paesi, come Portogallo, Romania e Cipro, la quota di fumatrici è più alta tra le più istruite. In altri paesi, tra cui ad esempio Italia, Francia e Spagna, si osserva uno svantaggio delle donne con basso titolo di studio. Nella maggior parte dei paesi questa tendenza appare già consolidata: in Svezia, la quota di fumatrici abituali tra le donne di 25-64 anni meno istruite è del 24,1%, contro il 3,5% tra le più istruite.

La situazione nazionale

Nel 2016, la speranza di vita alla nascita ha recuperato la diminuzione osservata l'anno precedente, legata a una combinazione di oscillazioni demografiche e fattori congiunturali di natura epidemiologica e ambientale⁷. Sono 82,8 gli anni che un nuovo nato del 2016 si può aspettare in media di vivere: per gli uomini il valore è di 80,6 anni, il massimo assoluto, mentre per le donne si ritorna al picco di 85 anni già osservato nel 2014.

Nel 2016, gli indicatori che combinano la speranza di vita con le condizioni di salute riferite non evidenziano invece netti miglioramenti. Per la speranza di vita in buona salute alla nascita (58,8 anni nel complesso della popolazione) si osserva un lieve incremento tra i maschi, che passano da 59,2 anni nel 2015 a 59,9 anni nel 2016. Rispetto al 2009, gli anni vissuti in buona salute sono aumentati sia per gli uomini (+2,6 anni) sia per le donne (+2,2 anni). La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni rimane costante nel triennio 2014-2016 attestandosi a 9,8 anni.

Nel 2014 e nel 2015⁸, il tasso di mortalità infantile in Italia, da anni ai livelli più bassi d'Europa, scende per la prima volta sotto i 3 decessi ogni 1.000 nati vivi.

⁶ Secondo tale teoria l'abitudine al fumo si diffonde inizialmente a partire dai gruppi di status più elevato, per raggiungere successivamente anche gli strati sociali più svantaggiati; infine, le persone di status più elevato smettono sempre più di fumare fino a coinvolgere anche gli altri strati della popolazione. La prima fase dell'epidemia comincia solo per gli uomini e si diffonde seguendo quattro fasi, in cui man mano vengono coinvolte anche le donne (A. D. Lopez, N. E. Collishaw, and T. Piha *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*, 1994 Sep; 3(3): 242-247).

⁷ Le oscillazioni nella speranza di vita che si sono verificate negli ultimi decenni rientrano nelle normali dinamiche in società, come la nostra, con una sempre maggiore presenza di anziani fragili e una struttura per età della popolazione in cui la quota di grandi anziani aumenta nel tempo (Cfr. Engelman et al. *The implications of increased survivorship for mortality variation in aging populations*. 2010).

⁸ I dati sulla mortalità infantile in Italia fanno riferimento ai dati della mortalità per causa, aggiornati all'ultimo anno disponibile (2014). Il dato nazionale del 2015 è un dato provvisorio.

La mortalità dei giovani per incidenti stradali, che rappresenta la principale causa di morte tra gli individui di età compresa tra 15 e 34 anni, dopo il calo evidenziato tra il 2004 e il 2013 (da 1,8 a 0,7 decessi per 10.000 residenti), rimane costante nel triennio 2014-2016.

Nelle età centrali della vita i decessi avvengono soprattutto per cause che potrebbero essere almeno in parte contrastate con opportuni interventi di prevenzione primaria e secondaria, per ridurre l'insorgenza e diagnosticare tempestivamente la patologia. Nel 2014, tra le cause di morte più rilevanti, i tumori maligni continuano lentamente a diminuire tra i 20 e i 64 anni, con un tasso di mortalità che passa da 9,3 a 9 decessi per 10.000 residenti. Nella popolazione oltre i 65 anni di età sono particolarmente diffuse le demenze e le malattie del sistema nervoso. Nel 2014, il tasso di mortalità per queste cause è pari a 27,9 per 10.000 abitanti ultrasessantacinquenni, confermando la tendenza in diminuzione osservata per la prima volta nel 2013.

La strategia da tempo intrapresa a vari livelli istituzionali, sia internazionali, sia nazionali e locali, per il contrasto alla diffusione di patologie cronico-degenerative, è la prevenzione primaria con l'adozione di comportamenti e stili di vita salutari fin dall'infanzia (*life long approach*) attraverso gli investimenti con azioni sinergiche in diversi settori (educativi, socio-sanitari, ecc.) e la responsabilizzazione dei cittadini.

Nel 2016, continua a ridursi, sebbene lentamente, la quota di persone di 14 anni e più che non pratica alcuna attività fisica: la percentuale standardizzata di sedentari si stima pari al 39,4% (era 40,2% nel 2015 e 41,8% nel 2013). Il calo riguarda prevalentemente le donne, che nel 2016 registrano il valore più basso degli ultimi 12 anni (42,7%). I livelli di sedentarietà si confermano comunque elevati: negli ultimi 12 anni la percentuale di sedentari è scesa solo di 3,2 punti percentuali tra le donne e di 1,7 punti tra gli uomini.

Prosegue la lenta tendenza all'aumento, già evidenziata lo scorso anno, della quota standardizzata di persone che consumano almeno 4 porzioni al giorno tra frutta e verdura (1 punto percentuale in più rispetto al 2015). Anche in questo caso la quota di quanti hanno un comportamento salutare non raggiunge il quinto della popolazione di 3 anni e più.

Nel 2016, la quota standardizzata di adulti in eccesso di peso si attesta al 44,8%, con un *trend* che negli ultimi 12 anni mostra minime oscillazioni sia tra gli uomini sia tra le donne. La quota di obesi si mantiene costantemente intorno al 10% negli ultimi 12 anni.

Dopo un lungo *trend* di graduale diminuzione, la percentuale di fumatori rimane stabile negli ultimi tre anni (il 20% delle persone di 14 anni e più si dichiara fumatore nel 2016). Un segnale positivo è dato dalla diminuzione dei forti fumatori (20 o più sigarette al giorno), che scende al 3,5% (era il 4,3% nel 2015).

Si mantiene stabile (16,7%) anche il consumo a rischio di alcol, riferito al consumo abituale di alcol che supera le soglie specifiche per genere e fasce di età o il *binge drinking*, vale a dire episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni.

Le principali differenze

L'analisi della dinamica della sopravvivenza osservata negli ultimi anni conferma, anche per il 2016, le differenze di genere; continua però a diminuire il vantaggio femminile, dovuto soprattutto ai maggiori guadagni in longevità degli uomini. In 10 anni gli uomini, infatti, hanno guadagnato almeno 2 anni di vita mentre le donne hanno guadagnato un solo anno.

Sul territorio si conferma il divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno, con una differenza media di oltre 1 anno di vita atteso a svantaggio del Meridione. Tali differenze territoriali

permangono anche quando si analizza la speranza di vita per titolo di studio⁹: anche i più istruiti del Mezzogiorno hanno un'aspettativa di vita inferiore ai più istruiti del Nord (soprattutto se uomini). Il primato per longevità nel 2016 spetta ancora alle province autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente 83,8 e 83,4 anni) e Marche (83,4 anni), mentre si confermano agli ultimi posti la Campania (81,1 anni), la Sicilia (81,8 anni) e la Valle d'Aosta (81,9), unica regione del Nord nella parte bassa della graduatoria. Il valore minimo della speranza di vita in Italia si osserva per gli uomini residenti in Campania (78,9 anni) e quello massimo per le donne della provincia autonoma di Bolzano (86,3 anni).

Gli indicatori sulla qualità della sopravvivenza evidenziano disuguaglianze territoriali ancora più marcate, con una differenza di vita attesa in buona salute alla nascita tra Nord e Mezzogiorno pari a circa 4 anni; le regioni con valori significativamente superiori alla media nazionale sono le province autonome di Trento e Bolzano e l'Emilia-Romagna, mentre quelle al di sotto sono Basilicata, Calabria e Sardegna. Per la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni è analogo il gradiente territoriale: nel Nord sono 11 gli anni di vita da vivere senza limitazioni nelle attività, nel Centro 10 e nel Mezzogiorno 8.

Il *trend* decrescente della mortalità infantile riguarda i maschi, per i quali, dal 2013 al 2015¹⁰ si passa da 3,4 a 3,1 decessi per 1.000 nati vivi, mentre per le femmine nello stesso periodo si registra un lieve aumento da 2,5 a 2,7 decessi per 1.000 nati vivi. Il tasso calcolato sui bambini presenti in Italia, anziché sui residenti, evidenzia un tasso di mortalità più elevato, segno che, sebbene il *trend* sia comunque decrescente, si riscontra una mortalità più elevata tra i minori di un anno non residenti in Italia.

A livello territoriale la riduzione del tasso di mortalità infantile riguarda prevalentemente il Centro e il Mezzogiorno mentre è costante nel Nord. Si assottiglia dunque ma permane lo svantaggio del Mezzogiorno, con un tasso pari a 3,4 per 1.000 nati vivi nel 2014 (era 3,8 nel 2013), contro il 2,4 nel Centro (era 2,6) e il 2,5 per 1.000 nati vivi nel Nord. Si conferma il valore più elevato in Calabria e in Sicilia, mentre in Campania si registra una significativa diminuzione da 4 a 3 morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti.

Dopo la riduzione registrata fino al 2012 nella mortalità per incidenti stradali nei giovani, soprattutto tra i maschi, il tasso si è mantenuto sugli stessi livelli negli anni successivi.

Nel corso degli anni l'incidentalità stradale per la classe di età 15-34 anni ha evidenziato una tendenza alla convergenza a livello di grande ripartizione territoriale mentre a livello regionale permangono alcune differenze. Nel 2016, i livelli più elevati del tasso si registrano in Puglia, provincia autonoma di Bolzano, Calabria, Molise e Sardegna (livelli tra 1,1 e 0,9 per 10.000 contro 0,7 per l'Italia).

Tra il 2013 e il 2014, il calo della mortalità per tumori maligni nelle età dai 20 ai 64 anni ha riguardato in misura maggiore le donne (il tasso passa da 8,2 a 7,9 per 10.000 residenti) rispetto agli uomini (da 10,4 a 10,3 per 10.000). Le differenze geografiche si accentuano tra le donne del Mezzogiorno per le quali la mortalità per tumori non diminuisce, come invece accade nelle altre ripartizioni. Abruzzo, Calabria ma soprattutto Campania, regione che aveva già nel 2013 la mortalità per tumori maligni più elevata d'Italia (anche tra gli uomini) mostrano i risultati peggiori. Tra gli uomini la mortalità per tumori si riduce in tutto il Mezzogiorno (tranne che in Abruzzo e Molise), pur restando più elevata che nel resto del Paese.

Il *trend* di diminuzione della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso nella popolazione di 65 anni e oltre, iniziato nel 2013, assume lo stesso ritmo per entrambi i gene-

⁹ Fonte: Elaborazioni Istat. Progetto "Differenze socio-economiche nella mortalità" IST-2646 <http://www.istat.it/it/archivio/201175>.

¹⁰ Il dato del 2015 è provvisorio.

La Campania è la regione con i tassi di mortalità per tumore più elevati tra gli adulti

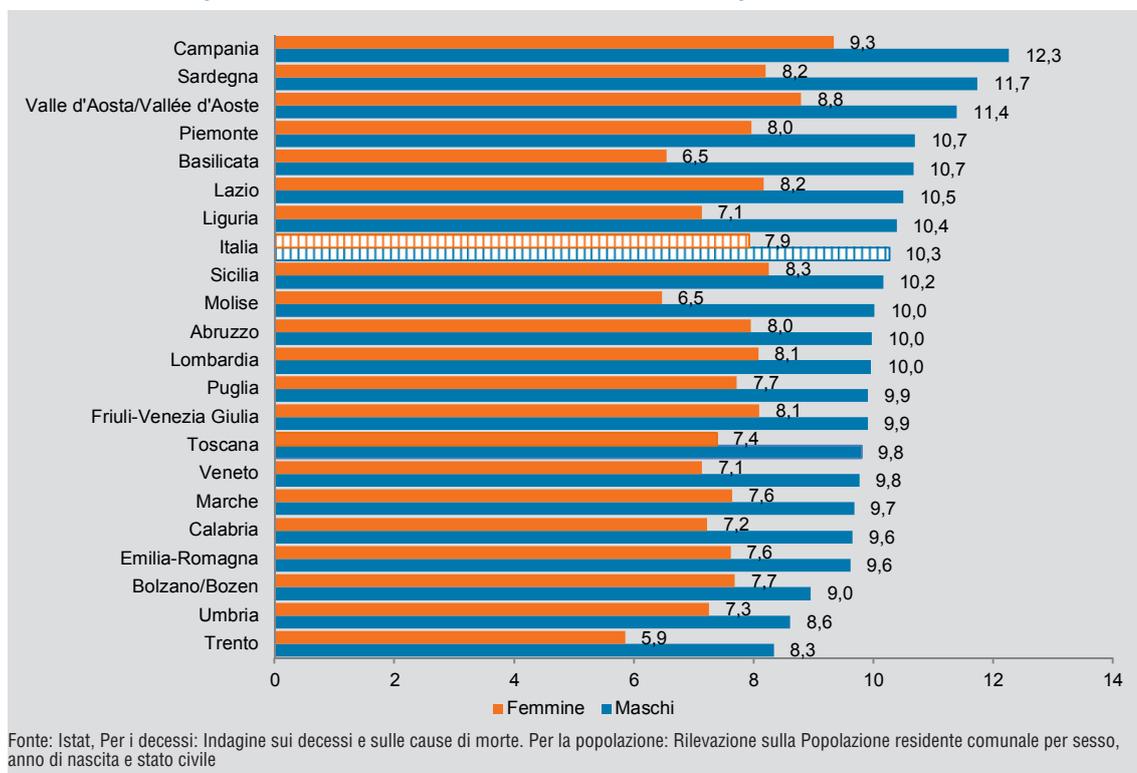


Figura 4. Tasso standardizzato di mortalità per tumore per le persone di 20-64 anni per sesso e regione. Anno 2014. Per 100 persone di 20-64 anni con le stesse caratteristiche

ri mantenendo inalterata la distanza: nel 2014 il tasso per gli uomini è pari a 28,9 per 10.000 residenti e per le donne è 26,8. I livelli più elevati di mortalità si osservano nelle regioni del Nord. Il Mezzogiorno insieme al Centro, invece, presenta tradizionalmente livelli più bassi per entrambi i generi ma con una particolarità: a partire dal 2011 la mortalità per demenze degli uomini del Mezzogiorno supera per la prima volta quella delle regioni del Centro, e questo avviene soprattutto per gli elevati livelli osservati in Sardegna e Abruzzo. Tra le donne i tassi più bassi si registrano in Molise e Calabria, per gli uomini in Lazio e Campania.

Per tutti gli stili di vita permangono le differenze di genere a favore delle donne, più propense a seguire stili di vita salutari, ad eccezione della sedentarietà. Il rischio di non praticare attività fisica, infatti, è più elevato del 50% tra le donne rispetto agli uomini¹¹. Gli uomini sono particolarmente svantaggiati per la diffusione dell'eccesso di peso e del consumo di alcol. Il rischio di essere in eccesso di peso, infatti, è quasi 2 volte e mezzo più alto tra gli uomini rispetto alle donne e per i comportamenti a rischio nel consumo di alcol è oltre 3 volte superiore.

Anche le differenze territoriali non mostrano cambiamenti rilevanti, con una maggiore propensione nel Mezzogiorno ad adottare abitudini sedentarie (il rischio è quasi 3 volte più elevato che al Nord), nonché ad essere in eccesso di peso o a consumare quantità non adeguate di frutta e verdura. Il Nord si caratterizza per una maggior quota di persone che consumano abitualmente quantità di alcol oltre le soglie specifiche per genere e fasce di età o che praticano il *binge drinking*.

¹¹ Per individuare le caratteristiche associate a un maggior "rischio" (in termini di *Odds ratios*) di adottare stili di vita meno salutari sono stati utilizzati alcuni modelli logistici, che permettono di tenere sotto controllo l'effetto di alcune variabili strutturali, quali il sesso, la ripartizione geografica, l'età e il titolo di studio.

Le differenze regionali su alcuni comportamenti a rischio sono particolarmente rilevanti: nel caso della sedentarietà per le donne si va infatti dal 17,4% in Trentino-Alto Adige al 65,6% in Sicilia; per i comportamenti a rischio nel consumo di alcol tra gli uomini si va dal 14,1% rilevato in Sicilia al 38% in Valle d'Aosta e al 36,7% in Trentino-Alto Adige.

È ormai noto che il titolo di studio rappresenta un fattore protettivo per la salute, giocando un ruolo importante nell'ambito della prevenzione a vari livelli e ancor più per quella primaria. La diffusione dell'eccesso di peso tra le persone di 25 anni e oltre è pari al 57% tra le persone con basso titolo di studio contro il 33,3% tra i più istruiti. Controllando anche per età, genere e territorio, le persone con basso livello di istruzione hanno un rischio doppio di essere in eccesso di peso rispetto alle persone con almeno la laurea. Una relazione ancora più forte si registra per i comportamenti sedentari: possedere un basso titolo di studio, a parità di età e di altre condizioni, comporta un rischio triplo di essere sedentari rispetto al conseguimento almeno di una laurea, e questa relazione si rafforza nel Mezzogiorno. Infatti, la prevalenza standardizzata di sedentari nel Mezzogiorno raggiunge il 71,3% tra le persone di 25 anni e più meno istruite, a fronte del 31,3% tra i laureati. Nel Nord, invece, le differenze, pur rilevanti, sono più contenute: la percentuale di sedentari con basso titolo di studio è pari al 43,5%, scende al 18,3% tra le persone con almeno la laurea. Anche per il fumo e per il consumo di frutta e verdura le abitudini corrette sono più diffuse tra le persone più istruite, mentre tale relazione non si evidenzia per i comportamenti a rischio nel consumo di alcol.

Nel Mezzogiorno le differenze sociali per la sedentarietà sono più accentuate

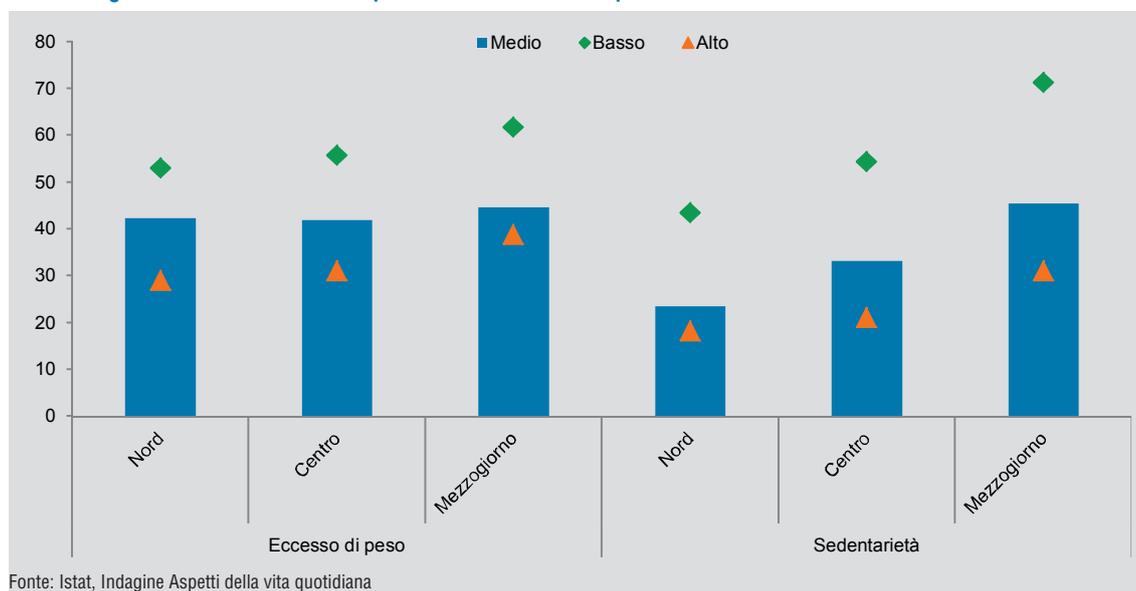


Figura 5. Eccesso di peso delle persone di 18 anni e più e sedentarietà delle persone di 14 anni e più per ripartizione geografica e titolo di studio. Anno 2016. Per 100 persone con le stesse caratteristiche

La diffusione di comportamenti poco salutari tra bambini e ragazzi merita una particolare attenzione perché connessa all'insorgenza futura di importanti patologie croniche. Inoltre, in letteratura è ampiamente riconosciuta la capacità predittiva dell'obesità in età preadolescenziale e adolescenziale per la presenza di obesità in età adulta¹².

¹² Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? *Prev Med* 1993;22:167-77.

Più bambini e i ragazzi in eccesso di peso nelle famiglie in cui entrambi i genitori sono in eccesso di peso

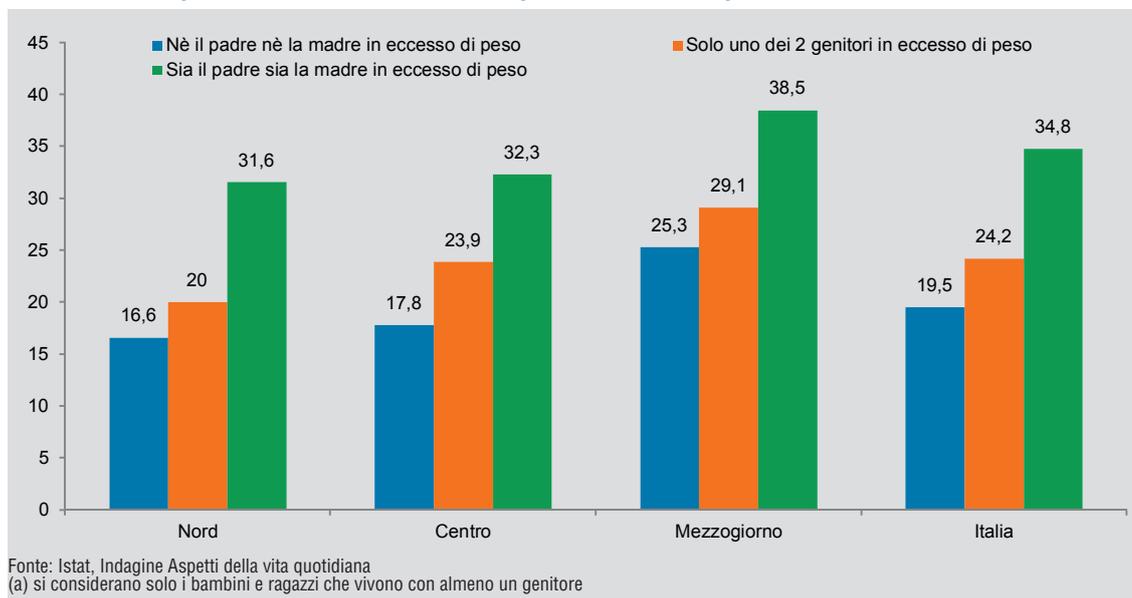


Figura 6. Eccesso di peso di bambini e ragazzi di 6-17 anni per eccesso di peso dei genitori e ripartizione geografica (a). Media 2015-2016. Per 100 persone di 6-17 anni con le stesse caratteristiche

In Italia, si stima che il 24,7% dei bambini e ragazzi tra 6 e 17 anni sia in eccesso di peso (dato medio 2015-2016), 28,6% tra i maschi e 20,5% tra le femmine. La geografia dell'eccesso di peso riflette quella osservata per gli adulti, con una quota nel Nord pari al 20,6%, 23,2% nel Centro e 30,2% nel Mezzogiorno, con un picco in Campania (37,4%).

I figli di mamme con più alti livelli di istruzione consumano più spesso quantità adeguate di frutta e verdura

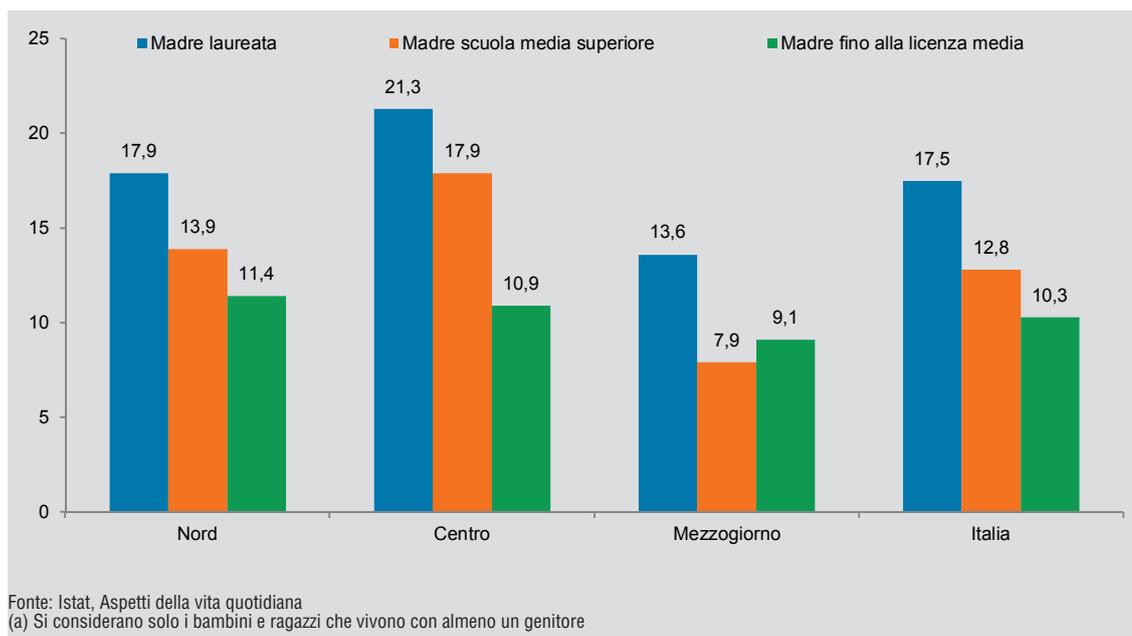


Figura 7: Bambini e ragazzi di 3-17 anni che consumano almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per ripartizione geografica e titolo di studio della madre (a). Anno 2016. Per 100 bambini di 3-17 anni con le stesse caratteristiche

La presenza in famiglia di genitori obesi o in sovrappeso ha un forte impatto sui figli: se entrambi i genitori presentano un eccesso di peso la quota di bambini e ragazzi di 6-17 anni obesi o in sovrappeso è del 34,8%, scende al 19,5% quando nessuno dei genitori è in eccesso di peso.

Il consumo di quantità adeguate di frutta e verdura tra i bambini e i ragazzi è ancora poco diffuso, con il 12,9% delle persone tra 3 e 17 anni che nel 2016 consuma almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura al giorno. Le caratteristiche socio-culturali della famiglia influenzano significativamente gli andamenti: se il titolo di studio della madre è più alto la percentuale del consumo sale al 17,5%, e raggiunge il 21,3% nel Centro.

Gli indicatori

1. **Speranza di vita alla nascita:** La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana.
2. **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, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente (“bene” o “molto bene”) alla domanda sulla salute percepita.
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.
3. **Indice di stato fisico (Pcs):** La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (Short Form Health Survey), consente di costruire un indice di salute fisica (Physical Component Summary-Pcs).
Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
4. **Indice di stato psicologico (Mcs):** La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (Mental Component Summary-Mcs).
Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
5. **Mortalità infantile:** Decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti.
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
6. **Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni):** Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati* all'interno della classe di età 15-34, per 10.000 residenti.
Fonte: Istat, Per i decessi: Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.
7. **Mortalità per tumore:** Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni, per 10.000 residenti.
Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.
8. **Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più):** Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 65 anni e più, per 10.000 residenti.
Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.
9. **Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni:** Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.
10. **Eccesso di peso:** Proporzioni standardizzate* di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in Kg, e il quadrato dell'altezza, in metri).
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
11. **Fumo:** Proporzioni standardizzate* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
12. **Alcol:** Proporzioni standardizzate* di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
13. **Sedentarietà:** Proporzioni standardizzate* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
14. **Alimentazione:** Proporzioni standardizzate* di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

[*] Standardizzati con la popolazione europea al 2013.

Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Speranza di vita alla nascita (a)	Speranza di vita in buona salute alla nascita (a)	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Mortalità infantile (c)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (d)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (e)
	2016	2016	2013	2013	2014	2016	2014
Piemonte	82,6	59,4	51,7	49,0	1,7	0,8	9,3
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	81,9	59,9	51,4	49,4	2,7	0,4	10,1
Liguria	82,7	59,8	51,7	50,1	2,9	0,7	8,7
Lombardia	83,2	60,5	51,7	49,4	2,9	0,5	9,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	83,6	67,3	51,8	50,3	2,4	0,7	7,7
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>83,4</i>	<i>69,3</i>	<i>51,9</i>	<i>51,1</i>	<i>2,7</i>	<i>1,0</i>	<i>8,3</i>
<i>Trento</i>	<i>83,8</i>	<i>65,5</i>	<i>51,7</i>	<i>49,6</i>	<i>2,1</i>	<i>0,4</i>	<i>7,1</i>
Veneto	83,3	58,7	51,4	49,3	2,1	0,7	8,4
Friuli-Venezia Giulia	82,8	60,6	51,6	49,6	2,1	0,6	9,0
Emilia-Romagna	83,2	62,3	51,3	49,2	2,9	0,8	8,6
Toscana	83,3	59,4	51,9	48,9	2,0	0,6	8,5
Umbria	83,3	58,2	51,2	49,3	2,1	0,4	7,9
Marche	83,4	57,4	51,4	48,0	1,9	0,8	8,6
Lazio	82,7	57,7	51,2	49,4	2,8	0,8	9,3
Abruzzo	82,8	56,7	51,3	49,0	2,2	0,5	8,9
Molise	82,6	57,5	51,0	49,7	2,7	0,9	8,2
Campania	81,1	57,3	50,9	48,3	3,0	0,4	10,7
Puglia	82,8	57,8	50,6	48,7	3,2	1,1	8,8
Basilicata	82,4	53,3	50,5	48,9	3,6	0,8	8,6
Calabria	82,3	51,7	49,9	48,7	4,7	1,0	8,4
Sicilia	81,8	57,8	50,8	48,9	4,1	0,5	9,2
Sardegna	82,6	54,1	50,2	49,4	2,3	0,9	9,9
Nord	83,1	60,5	51,6	49,4	2,5	0,7	8,8
Centro	83,0	58,3	51,5	49,1	2,4	0,7	8,9
Mezzogiorno	82,1	56,6	50,7	48,8	3,4	0,7	9,5
Italia	82,8	58,8	51,2	49,1	2,8	0,7	9,0

(a) Numero medio di anni;

(b) Punteggi medi standardizzati;

(c) Tassi standardizzati per 1.000 nati vivi residenti;

(d) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 15-34 anni;

(e) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 20-64 anni;

(f) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 65 anni e più;

(g) Tassi standardizzati per 100 persone di 18 anni e più;

(h) Tassi standardizzati per 100 persone di 14 anni e più;

(i) Tassi standardizzati per 100 persone di 3 anni e più.

Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (f)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (a)	Eccesso di peso (g)	Fumo (h)	Alcol (h)	Sedentarietà (h)	Alimentazione (i)
2014	2016	2016	2016	2016	2016	2016
30,9	10,7	39,1	20,6	17,9	32,4	22,3
31,9	11,0	42,5	19,3	27,3	32,5	20,8
31,5	11,4	41,7	22,5	19,2	36,6	19,4
29,4	11,4	41,7	20,6	19,3	30,7	21,3
30,2	10,3	38,1	17,2	25,6	15,6	20,9
32,4	9,5	39,6	18,5	29,0	14,0	16,5
28,7	10,9	36,6	16,0	22,2	17,2	25,1
32,6	10,5	44,0	16,6	18,5	25,7	21,4
25,0	11,4	43,8	19,6	24,1	25,8	20,1
27,8	10,9	44,7	20,4	19,8	30,9	26,7
27,2	10,9	43,8	21,1	19,0	32,0	22,6
25,6	8,8	46,1	23,6	14,8	37,9	24,6
30,5	10,2	44,5	19,5	17,4	31,4	18,3
23,0	9,5	40,9	21,2	14,4	41,6	25,1
29,2	8,6	50,6	19,6	18,0	40,5	14,2
21,7	9,3	50,7	20,6	18,6	51,9	11,7
22,1	7,9	51,8	23,1	12,2	59,2	15,5
26,9	9,0	49,6	17,6	14,2	51,4	10,3
22,9	8,9	51,1	22,0	17,0	50,6	12,8
22,0	7,5	50,6	15,8	13,1	54,2	11,4
26,9	7,3	48,8	19,7	9,2	59,0	15,5
33,9	7,8	42,8	17,7	20,7	33,9	23,3
29,9	11,0	42,1	19,8	19,4	29,8	22,2
25,9	10,0	42,6	21,1	16,2	37,1	23,5
25,9	8,0	49,7	19,7	13,2	53,5	14,6
27,9	9,8	44,8	20,0	16,7	39,4	19,8