



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.

Si vive sempre più a lungo, ma con forti disuguaglianze sociali

La vita media continua ad aumentare, collocando l'Italia tra i Paesi più longevi d'Europa. Le donne, a fronte dello storico vantaggio in termini di longevità, che tuttavia si va riducendo, sono più svantaggiate in termini di qualità della sopravvivenza: in media, oltre un terzo della loro vita è vissuto in condizioni di salute non buone. Il Mezzogiorno vive una doppia penalizzazione: una vita media più breve e un numero di anni vissuti senza limitazioni più basso. La mortalità infantile, quella da incidenti da mezzi di trasporto e quella da tumori, che possono essere incluse nella cosiddetta mortalità evitabile, sono in calo nel lungo periodo, mentre crescono i decessi per demenza senile e malattie del sistema nervoso. La popolazione, peraltro, continua a essere minacciata da comportamenti a rischio: l'obesità è in crescita, l'abitudine al fumo, sebbene in lieve flessione, non diminuisce per i più giovani, tra i quali sono ancora diffuse pratiche dannose come il *binge drinking*. Uno stile di vita sedentario caratterizza una proporzione non indifferente di adulti; inoltre, in Italia si consuma meno frutta e verdura di quanto raccomandato. Elementi questi che rappresentano fattori di rischio per l'oggi, ma a maggior ragione per il futuro se si consolidassero negli stili di vita della popolazione. Mezzogiorno e persone di estrazione sociale più bassa continuano ad essere le più penalizzate in tutte le dimensioni considerate.

La durata della vita media

Secondo le stime effettuate nel 2011, la vita media in Italia è pari a 79,4 anni per gli uomini e a 84,5 per le donne, con valori leggermente più bassi nel Mezzogiorno (rispettivamente 78,8 e 83,9 anni). Tra i 27 Paesi dell'Unione europea, confrontando i dati più recenti disponibili, nel 2010 soltanto in Francia e in Spagna le donne sono più longeve che in Italia (85,3 anni in entrambi i Paesi); gli uomini sono più longevi in Svezia, mentre l'Italia si posiziona al quarto posto in graduatoria insieme a Spagna, dopo Cipro e Malta (Figura 1).

Negli ultimi dieci anni in Italia la vita media è aumentata di 2,4 anni per gli uomini e di 1,7 anni per le donne. La positiva evoluzione della sopravvivenza si riscontra in tutte le ripartizioni geografiche: nel 2011 la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita

è di 2,8 anni, sia per gli uomini sia per le donne. Per la prima volta negli ultimi anni, la provincia di Bolzano (80,5 anni per gli uomini) affianca la regione Marche, tradizionalmente a più lunga sopravvivenza. Anche per le donne è la provincia di Bolzano (85,8 anni) quella con la sopravvivenza media più elevata, seguita da Trento (85,5) e dalle Marche (85,4). È la Campania, invece, la regione in cui mediamente

IN UN DECENNIO
GLI ITALIANI SONO
DIVENTATI PIÙ LONGEVI
DI CIRCA DUE ANNI,
MENTRE SI RIDUCONO
LE DIFFERENZE
DI GENERE

si vive meno a lungo; nel 2011 la sopravvivenza è pari a 77,7 anni per gli uomini e a 83 anni per le donne.

Si riducono le differenze di genere: il vantaggio femminile, che nel 2001 era di 5,8 anni, si riduce a 5,1 nel 2011, continuando una tendenza iniziata nel 1979, quando raggiunse il massimo di 6,8 anni.

La vita media si è allungata grazie ad una riduzione della mortalità a tutte le età, ma soprattutto nelle età adulte e anziane, avendo la mortalità infantile raggiunto valori bassi già da tempo. Infatti, dei 5,4 anni guadagnati dagli uomini e dei 3,9 anni guadagnati dalle donne negli ultimi vent'anni, rispettivamente il 70% e l'80% sono da attribuire al calo della mortalità sopra i 45 anni.

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

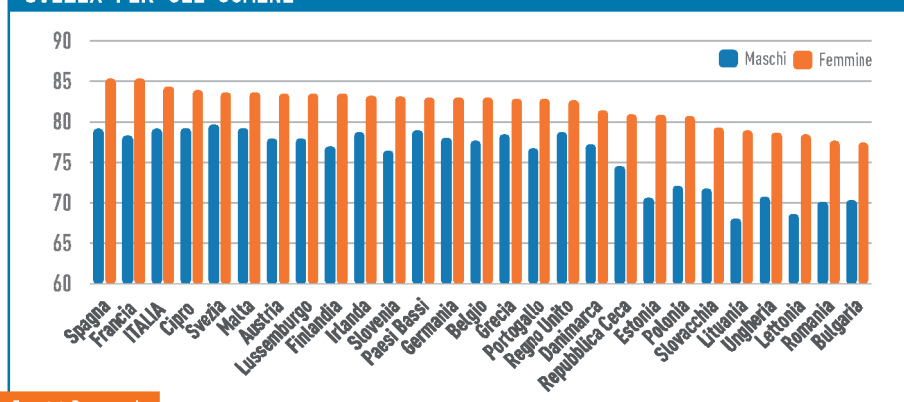


FIGURA 1. Speranza di vita alla nascita per sesso (in anni) nei Paesi Ue27. Anno 2010

Fonte: Eurostat, Demography

La speranza di vita in buona salute

L'indicatore che combina la componente di sopravvivenza alla percezione di buona salute da parte dei cittadini è la speranza di vita in buona salute alla nascita.¹ Nel 2010 un nuovo nato in Italia può contare su 59,2 anni di vita in buona salute se maschio, 56,4 se femmina, con uno svantaggio per i residenti nel Mezzogiorno, rispetto alla media, di 2,8 anni per i maschi e 2,3 anni per le femmine.

La maggiore longevità delle donne non è dunque accompagnata da una migliore qualità della sopravvivenza: le donne, infatti, sono affette più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini da malattie meno letali, come per esempio l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, ma con un decorso che può degenerare in condizioni più invalidanti. Di conseguenza, ci si può attendere che oltre un terzo della vita di una donna (33,3%) sia vissuto in condizioni di salute non buone, men-

LE DONNE VIVONO MENO ANNI IN BUONA SALUTE E SENZA LIMITAZIONI DEGLI UOMINI. LA MAGGIORE LONGEVITÀ NON È ACCOMPAGNATA DA UNA MIGLIORE QUALITÀ DELLA SOPRAVVIVENZA

tre per gli uomini la proporzione di anni vissuti in condizioni di salute non buone è pari al 25,4%.

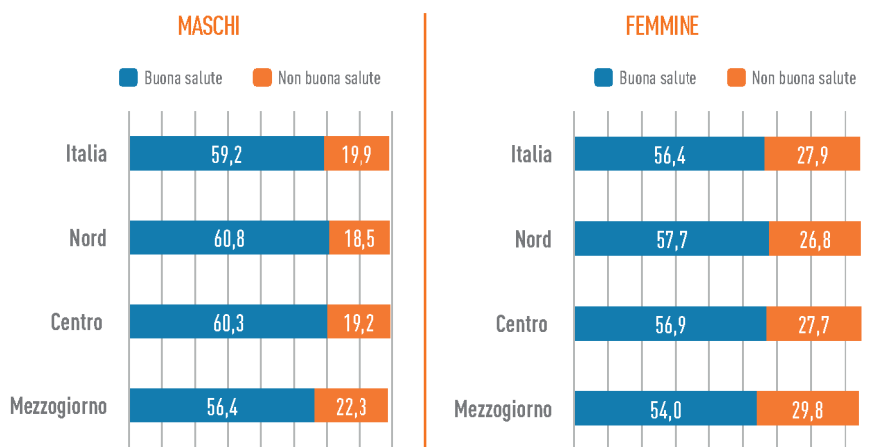
Se si considera un altro importante indicatore della qualità della sopravvivenza, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, gli uomini sono ancora una volta più favoriti rispetto alle donne: a 65 anni, un uomo può contare di vivere senza limitazioni della propria autonomia ancora 9,0 anni (sui 18,3 anni complessivi), mentre per una donna il numero complessivo di anni ancora da vivere è maggiore (21,9), e quelli che può sperare di vivere senza limitazioni sono comunque 9,1 anni.

Il Mezzogiorno è penalizzato doppiamente, perché oltre ad avere una vita media più breve, è svantaggiato anche nella qualità della sopravvivenza. Nel 2010 la speranza di vita, infatti, nel Sud e nelle Isole è pari a 78,7 anni per gli uomini e 83,8 anni per le donne rispetto a 79,3 per gli uomini e 84,5 per le donne del Nord. Il numero di anni in buona salute è uguale a 56,4 anni per gli uomini e 54 per le donne del Mezzogiorno, rispetto a 60,8 per gli uomini e 57,7 per le donne del Nord. Lo svantaggio del Mezzogiorno si mantiene anche per la qualità della sopravvivenza alle età anziane: infatti, sia per gli uomini che per le donne, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane è di circa due anni più lunga al Nord (8 e 7,3 rispettivamente per uomini e donne del Mezzogiorno, contro 10 e 9,8 per uomini e donne del Nord).

IL MEZZOGIORNO È PENALIZZATO DOPPIAMENTE, NELLA VITA MEDIA E NELLA QUALITÀ DELLA SOPRAVVIVENZA

NEL NORD SI VIVE PIÙ A LUNGO E MEGLIO

FIGURA 2. Speranza di vita alla nascita per sesso e ripartizione geografica distinta in anni vissuti in buona e non buona salute. Anno 2010. In anni



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte; Indagine Aspetti della vita quotidiana

GLI UOMINI ANZIANI RESIDENTI AL NORD POSSONO ASPETTARSI DI VIVERE PIÙ ANNI SENZA LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

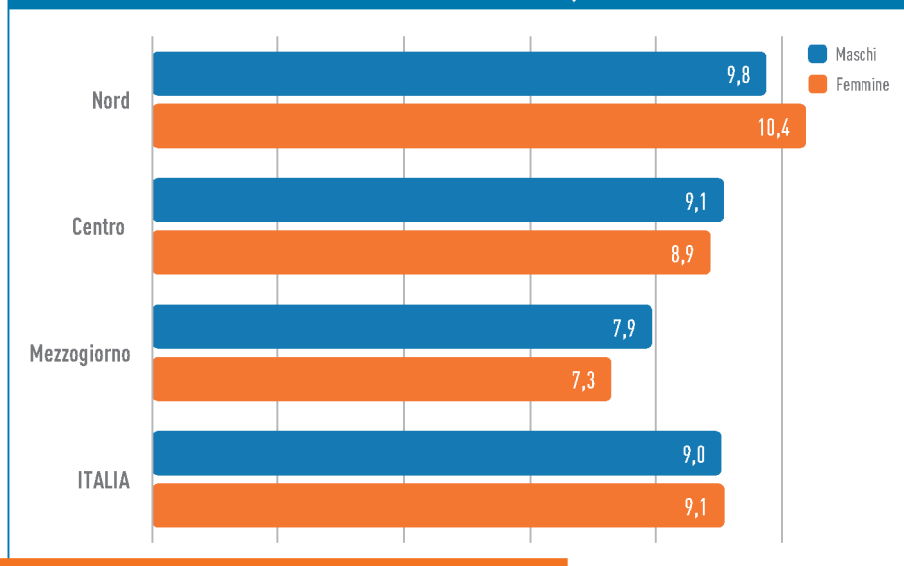


FIGURA 3. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni per sesso e ripartizione geografica. Anno 2010. In anni

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte; Indagine Aspetti della vita quotidiana

I fattori sociali che influiscono sulle condizioni di salute

Sono molteplici gli aspetti da considerare nella valutazione delle condizioni di salute: la dimensione fisica, quella mentale ed emotiva, che prende in considerazione la capacità dell'individuo di mantenere la piena coscienza di sé e delle relazioni che lo legano al suo ambiente familiare e sociale; la dimensione funzionale, finalizzata a valutare la capacità dell'individuo di condurre una vita autonoma. Un ruolo importante è svolto anche dalla percezione che l'individuo ha della propria salute, perché la buona salute percepita, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale, è un buon indicatore di previsione della effettiva sopravvivenza. Al fine di indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, si sono via via sviluppati in ambito internazionale strumenti finalizzati all'individuazione dei diversi aspetti che concorrono a definire la "salute percepita" e più in generale la qualità della vita. L'indice Sf12 è uno strumento sintetico che consente, attraverso l'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo a specifiche domande, di costruire due indici di salute percepita: uno sullo stato fisico (*Physical Component Summary*, Pcs) e l'altro sullo stato psicologico (*Mental Component Summary*, Mcs). 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 e anche differenze di 0,5 punti sono da segnalarsi come significative.

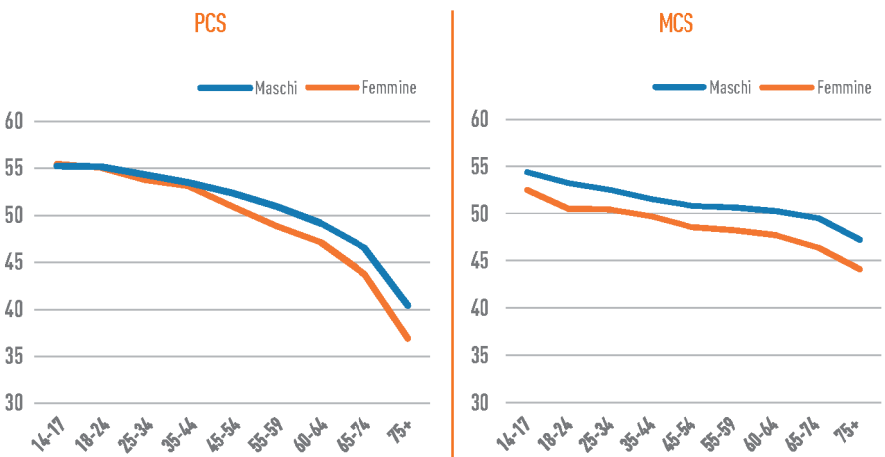
Gli indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs) hanno un andamento decrescente con l'età, più accentuato per le donne: a partire dalla classe di età 55-64 anni, sia per gli uomini che per le donne, gli indici riportano valori via via sempre più bassi rispetto alla media della popolazione, con un andamento decrescente più accentuato per l'indice di stato fisico. Le differenze di genere, a svantaggio delle donne, si evidenziano chiaramente in questa fascia d'età e raggiungono i 3,5 punti tra gli ultrasettantacinquenni per l'indice di stato fisico, mentre l'indice di stato psicologico è sempre più basso tra le donne, con una distanza di 3,1 punti medi tra gli anziani.

ALL' AUMENTARE DELL' ETÀ LE DISUGUAGLIANZE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE SI ACCENTUANO, ANCHE IN RELAZIONE AL LIVELLO D' ISTRUZIONE

Sono le donne delle regioni meridionali che presentano i più bassi punteggi medi dello stato di salute fisico, mentre la geografia dell'indice di stato psicologico è meno netta con bassi punteggi medi in alcune aree del Centro. Anche in questo caso, come per la speranza di vita, si evidenzia come gli elementi sociali hanno un impatto sulle condizioni di salute e all'aumentare dell'età le disuguaglianze si accentuano, in particolare, per la salute fisica: tra gli anziani la distanza tra persone con un titolo di studio superiore al diploma e quelle che hanno raggiunto la licenza di scuola media inferiore è di circa 5 punti e per le donne anziane del

CON GLI ANNI LO STATO DI SALUTE FISICO PEGGIORA PIÙ DECISAMENTE RISPETTO A 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. Anno 2005. Punteggi medi



Fonte: Istat, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Mezzogiorno raggiunge i 7 punti. Anche per l'indice di stato psicologico le differenze di *status* sociale hanno una qualche rilevanza, anche se meno accentuata, ed è ancora una volta tra le donne anziane residenti nel Mezzogiorno che si evidenziano le disuguaglianze più nette, sia rispetto al Nord che rispetto agli uomini.

La mortalità per fasi specifiche del ciclo di vita

L'informazione fornita dagli indicatori globali di salute può essere arricchita con approfondimenti legati a rischi che caratterizzano fasi specifiche del ciclo della vita. I progressi scientifici e tecnologici e il miglioramento delle condizioni di vita hanno permesso una forte riduzione della mortalità nel primo anno di vita, sebbene non siano riuscite ad eliminare le sensibili differenze territoriali che da sempre caratterizzano questo fenomeno. Rispetto all'Europa, il valore del tasso di mortalità infantile in Italia è da anni stabilmente tra i più bassi: nel 2009 si registra un valore pari a 34 morti ogni 10.000 nati vivi, inferiore sia alla media dell'Unione europea (42 morti ogni 10.000 nati vivi), sia ai valori osservati in alcuni grandi paesi quali, ad esempio, la Francia (39) e la Germania (35), per non parlare degli Stati Uniti (65).

Nel periodo 2001-2009 si osserva una riduzione complessiva della mortalità infantile di 10 punti sia per i maschi (da 47 a 37 per 10.000 nati vivi) sia per le femmine da (41 a 31). Negli ultimi anni, tuttavia, si assiste a un lieve aumento dei tassi per entrambi i sessi: tra il 2008 e il 2009, il tasso aumenta di 0,6 e 1 punto per 10.000 nati vivi, per maschi e femmine, rispettivamente, a causa dell'aumento della quota di nati da madri straniere, che presentano tassi di mortalità infantile più elevati e in lieve aumento rispetto a quelli di chi nasce da madri italiane.

A livello territoriale, tra il 2001 e il 2009, si osserva una graduale diminuzione dello svantaggio del Mezzogiorno. La mortalità infantile si è ridotta di un quarto nel Mezzogiorno, passando da 55,9 a 42,1 per 10.000 nati vivi, mentre nel Nord e nel Centro il tasso diminuisce di circa 6 punti, passando rispettivamente da 35 a 28,8 nel Nord e da 39,6 a 33 nel Centro.

La mortalità per incidenti da mezzi di trasporto caratterizza i rischi di morte dei giovani: circa la metà dei decessi in questa fascia di età è provocata da queste cause e i maschi hanno rischi fino a 4 volte superiori a quelli delle femmine. Tra i 15 e i 34 anni di età, i tassi di mortalità per incidenti da mezzi di trasporto hanno fatto registrare una notevole riduzione:² in soli otto anni, tra il 2001 e il 2009, si sono quasi dimezzati passando da 3,1 a 1,8 per 10.000 uomini e da 0,7 a 0,4 per 10.000 donne della fascia d'età considerata.

Nel 2009 la mortalità è più alta per gli uomini del Centro e delle Isole e per le donne del Centro e del Nord-est, seppure con valori dimezzati rispetto al 2001. Con-

LA MORTALITÀ
INFANTILE È TRA
LE PIÙ BASSE
D'EUROPA, CON DIVARI
TERRITORIALI ANCORA
SIGNIFICATIVI,
IN NETTA RIDUZIONE
NEL LUNGO PERIODO,
MA IN LEGGERO AUMENTO
NELL'ULTIMO ANNO

siderando le singole regioni, tra gli uomini tra i 15 e i 34 anni i livelli di mortalità più elevati per incidenti da mezzi di trasporto vengono registrati in Valle d'Aosta, nella provincia di Trento, in Lazio e Sardegna, con valori che vanno da 3,8 a 2,5 per

LA MORTALITÀ DEI GIOVANI PER INCIDENTI STRADALI SI È FORTEMENTE RIDOTTA

10.000 abitanti. Per le giovani donne, invece, le regioni a più elevata mortalità per incidenti da mezzi di trasporto sono l'Emilia-Romagna, il Veneto, la provincia di Trento, la Toscana e la Basilicata, con tassi di mortalità tra 0,6 e 0,5 per 10.000 abitanti.

I decessi per tumore degli adulti ci danno una indicazione della mortalità che almeno in parte sarebbe evitabile, così come gli incidenti da mezzi di trasporto lo sono per i più giovani, in quanto potenzialmente contrastabili attraverso una migliore prevenzione primaria e secondaria. Nell'arco temporale che va dal 2001 al 2009 anche la mortalità per tumori maligni tra i 19 e i 64 anni è in diminuzione, sia per gli uomini sia per le donne. I valori sono ancora più elevati tra gli uomini (10,7 per 10.000 residenti, contro un indice di 8,1 per le donne), con uno svantaggio rispetto alle donne che tende a diminuire: infatti, il rapporto percentuale tra il tasso di mortalità per tumore degli uomini e quello delle donne si riduce dal 50% del 2001 al 30% del 2009, fenomeno questo che si verifica in quasi tutte le regioni.

Nello stesso periodo, la geografia della mortalità si modifica sostanzialmente: le regioni del Nord (e, soprattutto, del Nord-est) perdono gradualmente l'iniziale svantaggio (il tasso cala di 2,2 punti per 10.000 residenti tra il 2001 e il 2009, passando da 11,5 deceduti per 10.000 residenti al Nord a 9,4 nel 2009),

DIMINUISCE LA MORTALITÀ PER TUMORI TRA GLI ADULTI, DIMINUISCONO LE DIFFERENZE DI GENERE

mentre quelle del Sud non riescono a tenere il passo dei miglioramenti e perdono terreno, registrando un calo di soli 0,7 punti nello stesso periodo, cosicché nel 2009 sono caratterizzate da un tasso analogo a quello del Nord.

Una delle maggiori preoccupazioni che accompagnano l'evoluzione recente della mortalità in una popolazione che, come quella residente in Italia, invecchia progressivamente, deriva dall'andamento della mortalità per malattie mentali. Considerato il fortissimo legame tra età e demenza, infatti, la crescita del segmento più anziano della popolazione potrebbe produrre un sensibile aumento del numero di persone colpite da demenza, una condizione tra le più devastanti tanto per l'anziano che ne è colpito che per la sua famiglia, con importanti conseguenze negative sul benessere fisico, psicologico ed emotivo e ingenti costi sociali ed economici. Tra il 2006³ e il 2009 i tassi standardizzati di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso aumentano nella popolazione con 65 anni o più sia per gli uomini sia per le donne, passando, rispettivamente, da 22,1 a 26,8 per 10.000 abitanti e da 19,6 a 24,8.

In tutto il periodo considerato è il Nord l'area geografica con i tassi di mortalità per demenze più elevati tra gli uomini e le donne (rispettivamente 29,9 e 26,8 per 10.000 abitanti nel 2009), con picchi in Liguria (33,7 e 30,2 per 10.000

abitanti, rispettivamente) e Valle d'Aosta (34,3 e 37,9). Nelle Isole, tuttavia, i livelli della mortalità per queste cause fanno registrare l'aumento più consistente negli ultimi quattro anni, passando da 19,8 a 25,5 per 10.000 abitanti tra gli uomini e da 18,2 a 25,1 per 10.000 abitanti tra le donne. Livelli più bassi della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso si osservano, sia per gli uomini sia per le donne, nella provincia di Trento e in Campania, Basilicata e Calabria.

AUMENTA TRA GLI
ANZIANI LA MORTALITÀ
PER DEMENZA SENILE

L'influenza degli stili di vita sulla salute

Gli stili di vita condizionano il rischio di contrarre numerose malattie. Infatti, i fattori individuali e collettivi che influenzano lo stato di salute sono numerosi e spesso esercitano azioni che possono divenire evidenti solo dopo molto tempo e in interazione con altri fattori. Accanto agli indicatori di *outcome*, quelli cioè che fotografano l'effettivo stato di salute, è utile, quindi, considerare alcuni indicatori relativi a potenziali fattori di rischio o di protezione per la salute, il cui andamento potrebbe anticipare possibili rischi per l'evoluzione futura dello stato di salute della popolazione, ancora più accentuati nelle classi sociali svantaggiate.

L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio per la salute: può comportare conseguenze morbose di tipo cardiovascolare o a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro, malattie del fegato o colecisti. Numerosi studi hanno indagato sui nessi tra incremento 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 obese o in sovrappeso è aumentata negli ultimi dieci anni, dal 42,4% nel 2001 al 44,5% nel 2011 tra le persone con 18 anni e più. Le differenze di genere si mantengono marcate nel tempo, con uno svantaggio per gli uomini di 21,1 punti percentuali nel 2011. Sebbene la percentuale di persone in eccesso di peso cresca al crescere dell'età, è tra i più giovani che l'aumento della prevalenza di eccesso di peso negli ultimi dieci anni risulta più marcato.

È importante sottolineare il fatto che l'eccesso di peso dei genitori incide sul rischio di insorgenza di obesità e sovrappeso per i figli: infatti, se nel 2010 la quota di ragazzi tra i 6 e i 17 anni obesi o in sovrappeso è 28,9 per i maschi e 23,2 per le femmine, questa quota sale rispettivamente al 36,4% e al 29,5% nel caso in cui anche i genitori siano entrambi obesi o in sovrappeso.

L'esercizio di una qualche attività fisica, condotta in modo regolare, comporta benefici effetti sulla salute, sia in termini di tutela dello stato di salute fisico, sia in termini di miglioramento del proprio stato psico-emotivo. L'esercizio fisico regolare consente, infatti, non solo di tonificare la massa muscolare, con una generale

ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima, ma svolge un ruolo protettivo, in particolare, rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e per le patologie del metabolismo. Nonostante la lotta alla sedentarietà

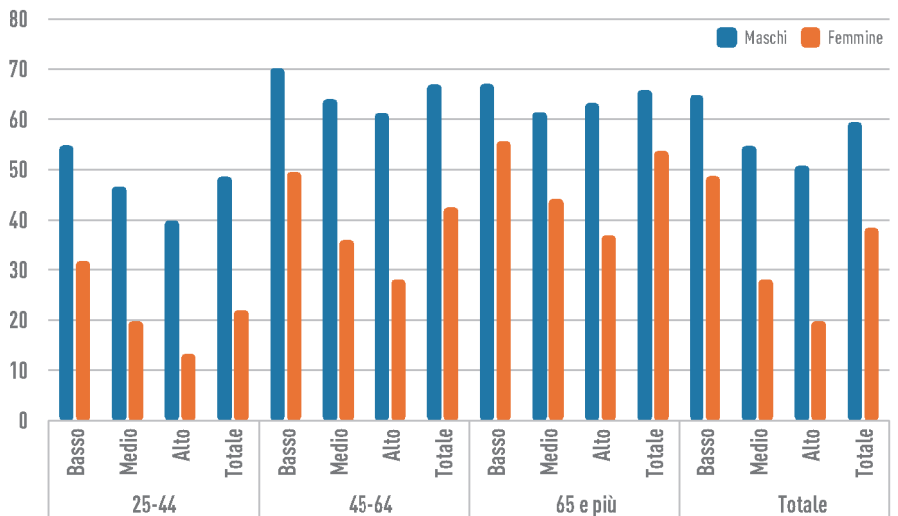
**UNA PROPORZIONE
NON INDIFFERENTE
DELLE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ,
SOPRATTUTTO
NEL MEZZOGIORNO,
HA UNO STILE DI VITA
SEDENTARIO**

sia negli ultimi anni entrata a far parte dell'agenda europea per promuovere la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari attraverso l'adozione di stili di vita salutari, in Italia uno stile di vita sedentario caratterizza una proporzione non indifferente delle persone di 14 anni e più. Se la percentuale nel 2011 (dopo un trend di lieve diminuzione dal 2001) si assesta sul 40,3%, essa varia tra il 29,5% nel Nord, il 40,5% nel Centro e il 54,4% nel Mezzogiorno. Le differenze di genere a svantaggio delle donne sono in diminuzione, passando da 10,3 punti percentuali nel 2001 a 8,1 punti percentuali rispetto agli uomini nel 2011.

Una sana alimentazione, caratterizzata da una dieta equilibrata e varia che garantisca ad ogni età l'apporto adeguato di nutrienti, fibre, vitamine e minerali, senza eccedere nel consumo di grassi e zuccheri, rappresenta un importante fattore protettivo della salute.⁴ L'indicatore sul consumo giornaliero di frutta, verdura e ortaggi consente di monitorare l'assunzione di elementi fondamentali della dieta quali vitamine, minerali, fibre, che svolgono un'azione protettiva, prevalentemente di tipo antiossidante, contrastando il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali.

L'ECCESSO DI PESO È PIÙ DIFFUSO TRA I MASCHI E I MENO ISTRUITI

FIGURA 5.
Proporzione standardizzata di persone di 25 anni e più in sovrappeso o obese per sesso, classe di età e titolo di studio (basso, medio, alto). Anno 2011. Per 100 persone di 25 anni e più con le stesse caratteristiche



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

In Italia, nel 2011, il consumo quotidiano di almeno quattro porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi riguarda una percentuale ancora troppo bassa della popolazione (18,4%) e si mantiene sostanzialmente stabile dal 2003 ad oggi. Le differenze di genere sono costanti nel tempo a vantaggio delle donne (5,5 punti di differenza nel 2011 rispetto agli uomini).

Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio di malattia sia di natura oncologica sia di altra natura. Tra il 2001 e il 2011 la prevalenza di fumatori cala leggermente, con un calo più evidente tra il 2001 (23,7%) e il 2005 (22,2%), anno in cui raggiunge il suo valore minimo, probabilmente per effetto dell'entrata in vigore della legge Sirchia, per poi assestarsi fino al 22,7% del 2011. Le differenze di genere, decisamente a svantaggio degli uomini, tendono a ridursi lentamente nel tempo, passando da 13,3 punti percentuali nel 2001 a 11,2 nel 2011, grazie a una lenta ma progressiva diminuzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra gli uomini, a fronte di una stabilità tra le donne.

L'abitudine al fumo è più diffusa nelle fasce di età giovanili e adulte. In particolare, tra gli uomini, nel 2011, la quota più elevata (38,9%) si raggiunge tra i 25 e i 34 anni, mentre tra le donne la quota maggiore si registra tra i 45-54 anni (23,3%). È importante evidenziare come, in particolare tra i maschi, la quota di fumatori si è ridotta nel corso degli anni in tutte le classi di età, ma non tra i giovanissimi (14-19 anni). La diminuzione è più marcata tra gli uomini adulti (45-64 anni) di *status* sociale più elevato, tra i quali la riduzione negli ultimi dieci anni è di circa 5 punti percentuali.

MENO FUMATRICI TRA LE DONNE PIÙ ISTRUITE E FINO A 44 ANNI

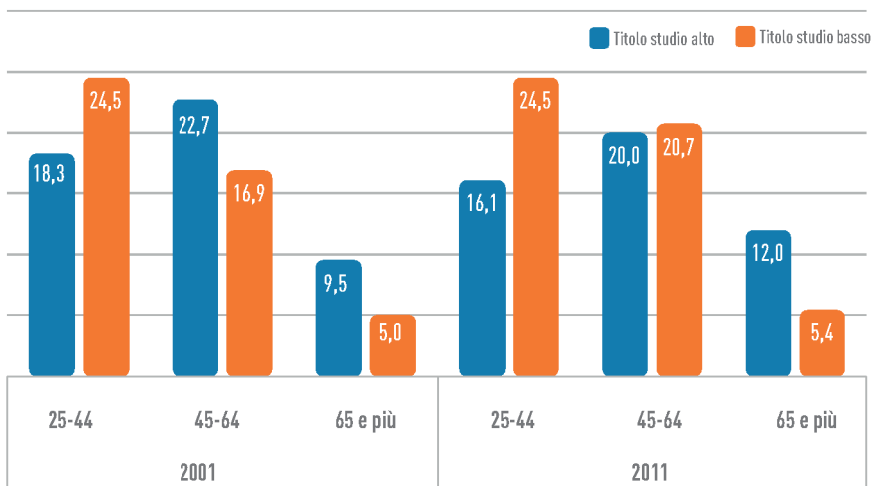


FIGURA 6. Proporzioni standardizzate di donne di 25 anni e più che dichiarano di fumare attualmente per classe di età e livello di istruzione. Anni 2001 e 2011. Per 100 donne di 25 anni e più con le stesse caratteristiche

SI FUMA E SI BEVE MENO, MA I GIOVANI SONO A RISCHIO

La considerazione dell'alcol come fattore di rischio per la salute pone problemi più complessi, in quanto non è ancora acquisito un generale consenso sull'esistenza

di un limite al di sotto del quale il consumo possa ritenersi innocuo per la salute. L'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) ha messo a punto delle linee guida che indicano dei limiti specifici di consumo quotidiano per sesso e per età oltre i quali il consumo di alcol rappresenta certamente un rischio.⁵ Sono

da considerarsi a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre sei Unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*). Sulla base di queste indicazioni e tenendo conto delle definizioni adottate dall'Oms, vengono definiti come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio tra eccedenza nel consumo quotidiano e *binge drinking*.

Nell'ultimo decennio i giovani sono passati da un modello di consumo "tradizionale mediterraneo" a uno più generalmente associato ai paesi del nord-Europa e caratterizzato da un consumo di alcool meno moderato e più frequentemente fuori pasto. Nel 2011 sono stati il 15,4% dei giovani tra i 14 e i 19 anni ed il 16,1 di quelli tra i 20 e i 24 anni ad adottare almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcool, anche se, probabilmente grazie alle politiche di contrasto del fenomeno, si registra un decremento di tale percentuale negli ultimi anni, diffuso in tutte le fasce d'età, ma particolarmente rilevante tra i più giovani.

La riduzione della diffusione di consumi a rischio di alcol riguarda in modo particolare gli uomini, determinando una riduzione delle differenze di genere, che tuttavia permangono forti a svantaggio degli uomini (nel 2011 la percentuale è del 25% tra gli uomini contro il 7,1% tra le donne).

A livello territoriale lo svantaggio del Mezzogiorno è evidente per quanto riguarda l'eccesso di peso, la sedentarietà e il consumo adeguato di frutta e verdura.

SUD SVANTAGGIATO PER ECESSO DI PESO, SEDENTARIETÀ E CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Infatti, nel 2011 la percentuale di individui in eccesso di peso nel Mezzogiorno è del 49,1% (con un picco del 52,6% in Puglia e 51,2% in Campania), contro il 41,9% nel Nord e il 42,8% nel Centro. Il fenomeno della sedentarietà si assesta sul 54,4% nel Mezzogiorno, mentre scende a livelli decisamente più contenuti nel Nord (29,5%). Per quanto riguarda gli stili alimentari le regioni del Mezzogiorno presentano una percentuale di persone che consumano quantità

adeguate di frutta e verdura pari al 14,2%, rispetto al 21,1% nel Nord. In questo quadro di svantaggio del Mezzogiorno fanno eccezione l'abitudine al fumo, più diffusa nell'Italia centrale, e in particolare nel Lazio (27,8%), e i comportamenti a rischio nel consumo di alcol, per i quali il picco si riscontra nel Nord (18,4% rispetto al 12,5% nel Mezzogiorno).

Per quanto riguarda le differenze sociali, indipendentemente dalla fascia d'età e dal genere, si osserva una relazione inversa tra titolo di studio e probabilità di essere obeso o sovrappeso, con uno svantaggio notevole per le persone meno

I MENO ISTRUITI SONO PIÙ SEDENTARI

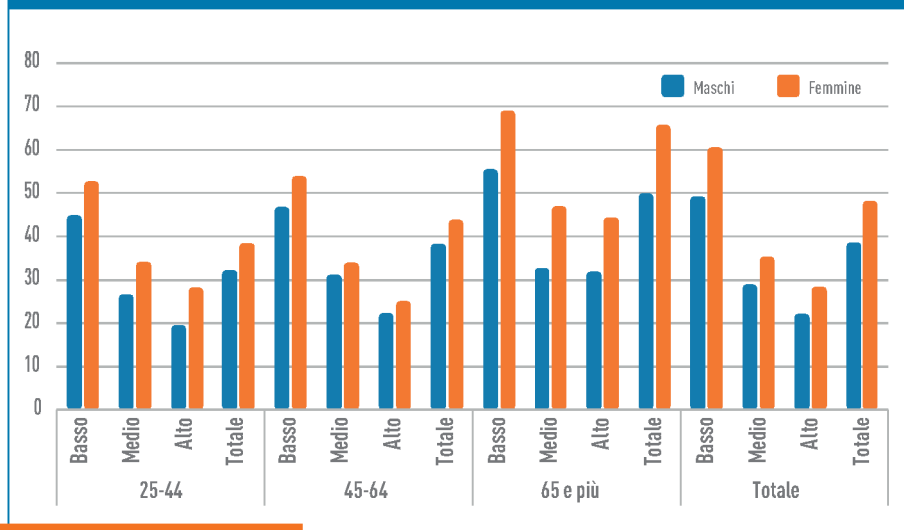


FIGURA 7. Proportione standardizzata di persone di 25 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per sesso, classe di età e titolo di studio (basso, medio, alto). Anno 2011. Per 100 persone di 25 anni e più con le stesse caratteristiche

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

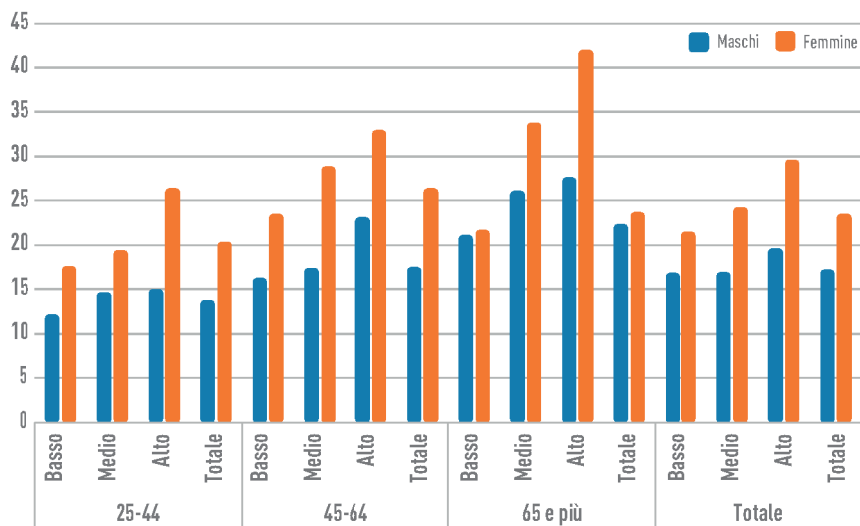
istruite, tra le quali la quota supera il 67% per gli uomini con più di 45 anni (rispettivamente 70,2% e 67% per gli uomini di 45-64 anni e di 65 anni e più). Il picco maggiore tra le donne si registra tra le ultra sessantacinquenni meno istruite, per le quali la percentuale raggiunge il 55,6%.

Osservando le differenze nell'abitudine al fumo per titolo di studio conseguito, si nota che, tra gli adulti fino a 44 anni di età, sono i meno istruiti ad essere più a rischio di fumare. Al contrario, nelle fasce d'età successive, le disuguaglianze sociali evidenziano andamenti più complessi, in particolare tra le donne. Dopo i 45 anni, infatti, nel 2001 era decisamente più elevata la quota di fumatrici tra le donne più istruite, ma questo divario si è attenuato negli ultimi dieci anni, permanendo solo tra le donne anziane: nel 2011, infatti, tra le anziane più istruite la percentuale di quelle che fumano è del 12%, mentre tra le anziane meno istruite scende al 5,4%.

A parità di età la sedentarietà è più diffusa tra i meno istruiti, tanto che per gli uomini tra i 25 e i 44 anni con basso titolo di studio la percentuale di sedentari è decisamente più alta (46%) rispetto a quella registrata tra gli uomini con livello di istruzione medio-alto più anziani. È evidente, quindi, quanto le campagne di informazione abbiano bisogno di essere tarate sui *target* di popolazione più a rischio. Anche per quanto riguarda il consumo di quantità adeguate di frutta e verdura le differenze per livello di istruzione sono nette, in tutte le fasce d'età, con un vantaggio notevole per uomini e donne più istruiti.

I GIOVANI E I MENO ISTRUITI SEGUONO UNA DIETA MENO SANA

FIGURA 8.
 Proporzion
 standardizza
 di persone di
 25 anni e più
 che consumano
 quotidianamente
 almeno 4
 porzioni di frutta
 e/o verdura per
 sesso, classe
 di età e titolo di
 studio (basso,
 medio, alto).
 Anno 2011.
 Per 100 persone
 di 25 anni e più
 con le stesse
 caratteristiche



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

note

- 1 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.
- 2 Il confronto temporale è stato effettuato eliminando l'effetto della variazione della struttura per età.
- 3 Il dato è disponibile anche per l'anno 2003, ma non è stato commentato poiché, in quell'anno, a causa di un'eccezionale ondata di calore, si è osservato un eccesso anomalo di decessi, in particolare tra gli anziani.
- 4 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. In Italia, a causa della sovrastima da parte dei rispondenti del concetto di porzione, si è valutato di considerare il consumo quotidiano di almeno quattro porzioni.
- 5 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.

appunti per il futuro

L'indicatore che misura la speranza di vita in buona salute alla nascita, uno dei principali indicatori sintetici della condizione di salute di una popolazione in quanto tiene conto della qualità degli anni che restano da vivere, non è attualmente disponibile in serie storica. Questo è dovuto alle modifiche apportate al quesito sulla salute percepita, che ne è una componente, per uniformarlo alle raccomandazioni di Eurostat e renderlo completamente comparabile a livello europeo. Inoltre, lo stesso indicatore, essendo anche basato sui dati di mortalità, soffre del fatto che tali dati non sono aggiornati e si fermano al 2010.

Problematiche analoghe si riscontrano per l'indicatore che misura la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni, che si basa su un quesito armonizzato a livello europeo a partire dal 2008.

Gli indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs) consentono di disporre di informazioni sintetiche sia della salute fisica che di quella psicologico-emozionale, non altrimenti disponibili con indicatori tradizionali. Tuttavia, tali indici, basati sulla sintesi di una batteria di 12 quesiti (Sf12), non sono aggiornabili con cadenza annuale e l'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2005. Il prossimo aggiornamento è previsto per l'anno 2013.

per saperne di più

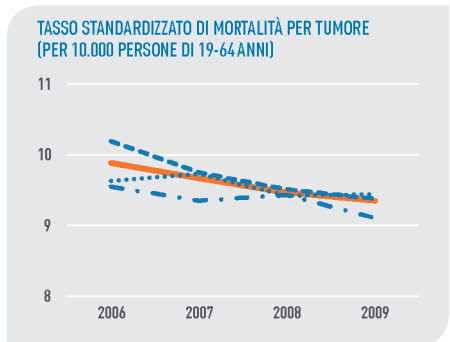
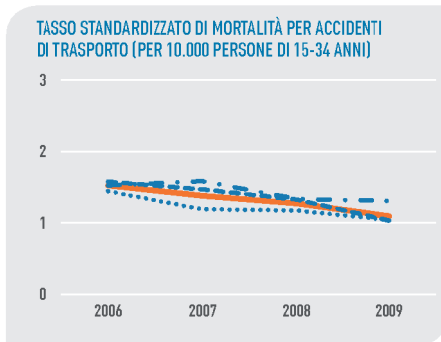
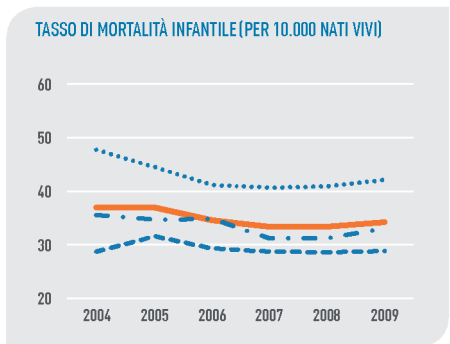
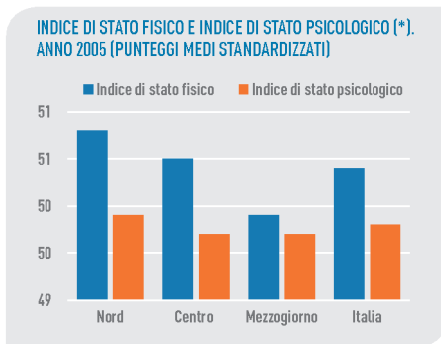
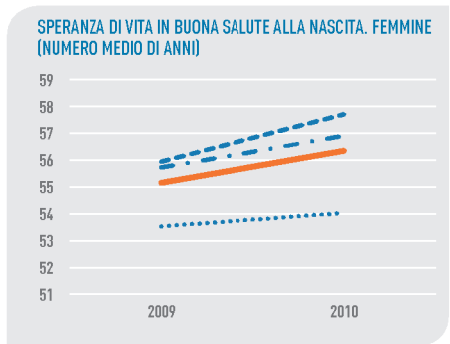
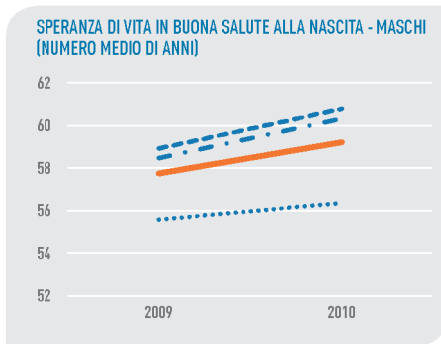
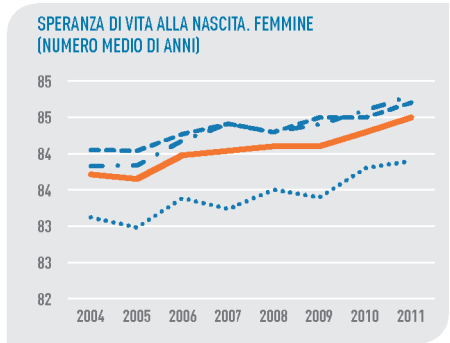
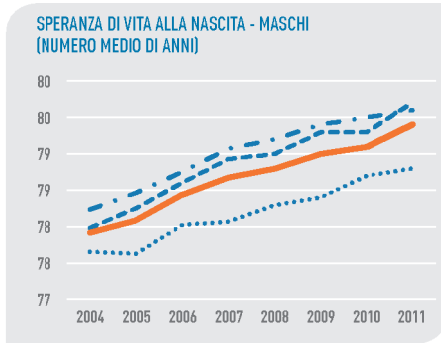
- Rapporto della commissione scientifica Bes sul dominio Salute.
- European health for all database.
- Noi Italia: capitoli Popolazione e Sanità e Salute
- www.istat.it/it/salute-e-sanità



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, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
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, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
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. **Tasso di mortalità infantile:** Decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi.
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
6. **Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto:** Tassi di mortalità per incidenti di trasporto (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 15-34 anni, standardizzati con la popolazione italiana al censimento 2001.
Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.
7. **Tasso standardizzato di mortalità per tumore:** Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 19-64 anni, standardizzati con la popolazione italiana al censimento 2001.
Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.
8. **Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso:** Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 65 anni e più, standardizzati con la popolazione italiana al censimento 2001.
Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.
9. **Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni:** Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività quotidiane per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, nelle normali attività della vita quotidiana a causa di problemi di salute.
Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.
10. **Eccesso di peso:** Proporzioni standardizzate di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese. 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.
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.

Indicatori per ripartizione geografica in serie storica

- Nord
- - - Centro
- Mezzogiorno
- Italia

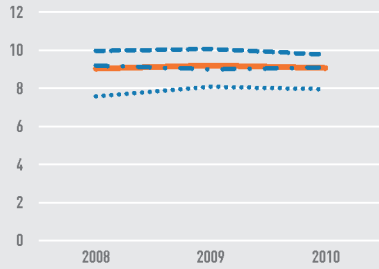


(*) Indicatori per i quali manca la serie storica.

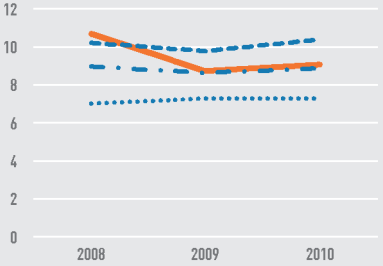
TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER DEMENTIE E MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (PER 10.000 PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ)



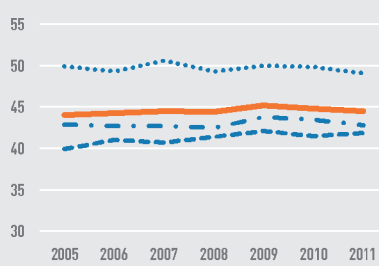
SPERANZA DI VITA SENZA LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE A 65 ANNI. MASCHI (NUMERO MEDIO DI ANNI)



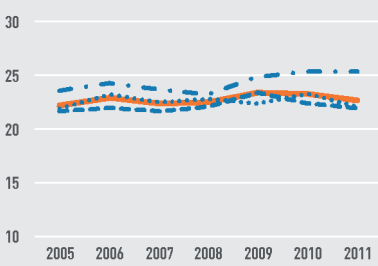
SPERANZA DI VITA SENZA LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE A 65 ANNI. FEMMINE (NUMERO MEDIO DI ANNI)



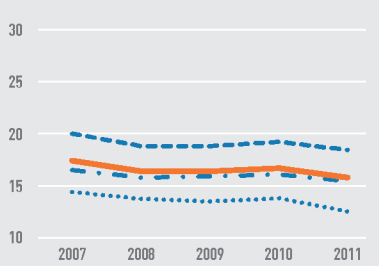
ECCESO DI PESO. TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)



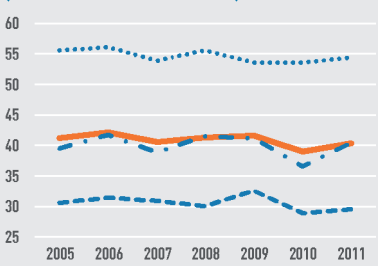
FUMO. TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)



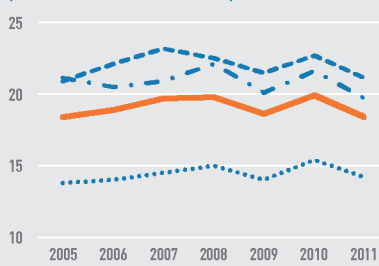
ALCOL. TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)



SEDENTARIETÀ. TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

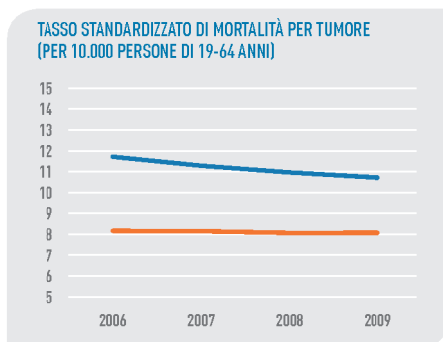
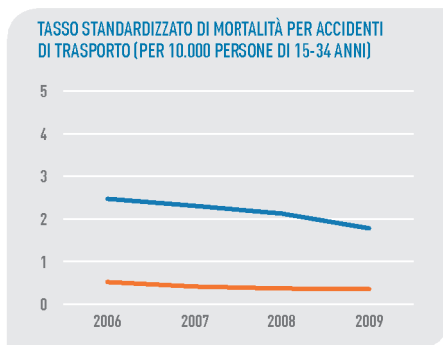
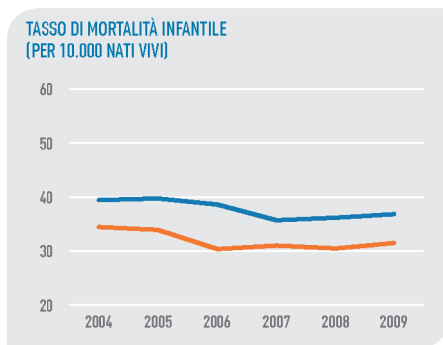
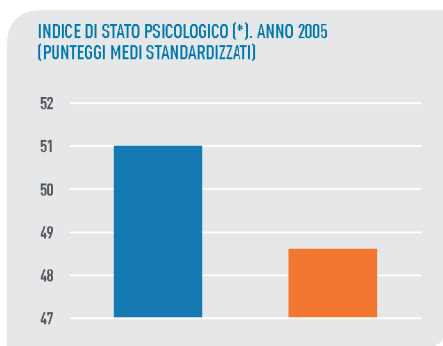
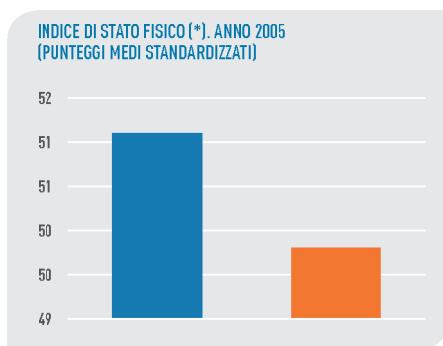
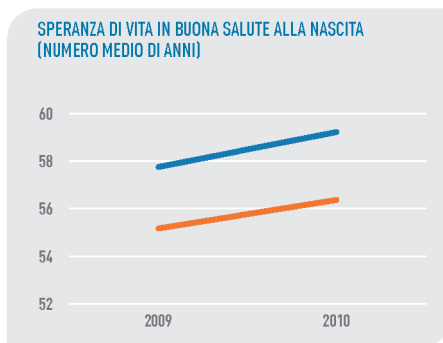
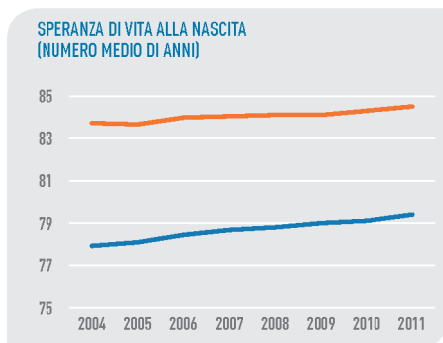


ALIMENTAZIONE. TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)



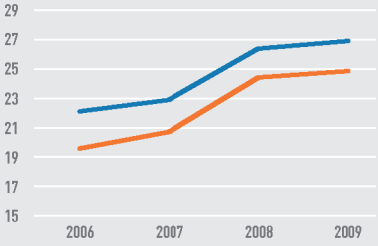
Indicatori per sesso in serie storica

— Maschi
— Femmine

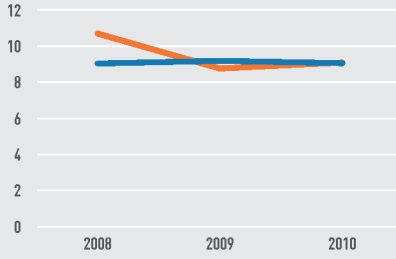


(*) Indicatori per i quali manca la serie storica.

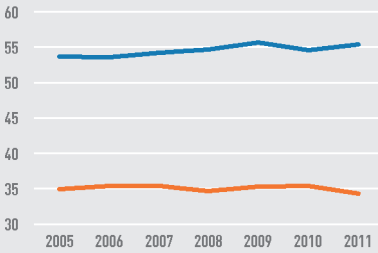
TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER DEMENZA E MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (PER 10.000 PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ)



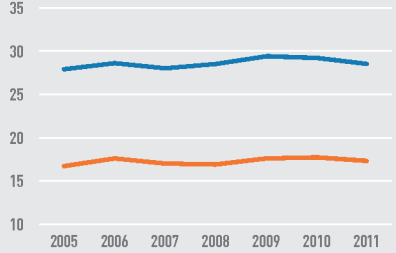
SPERANZA DI VITA SENZA LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE A 65 ANNI (NUMERO MEDIO DI ANNI)



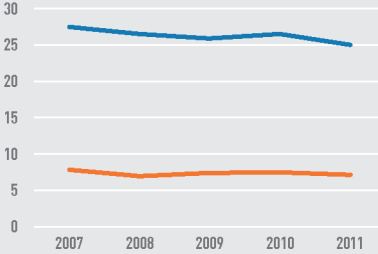
ECESSO DI PESO - TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)



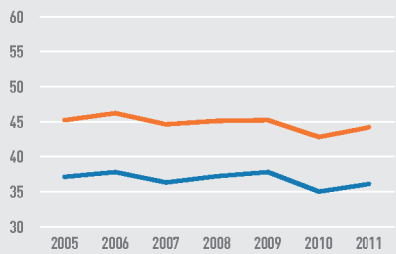
FUMO - TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)



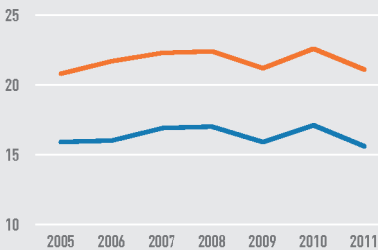
ALCOL - TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)



SEDENTARIETÀ - TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)



ALIMENTAZIONE - TASSI STANDARDIZZATI PER ETÀ (PER 100 PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)



Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Speranza di vita alla nascita (a) (l) (m)		Speranza di vita in buona salute alla nascita (a)		Indice di stato fisico (Pcs) (b)	Indice di stato psicologico (Mcs) (b)	Tasso di mortalità infantile (c)	Tasso stan- dardizzato di mortalità per accidenti di trasporto (d)
	2011		2010		2005	2005	2009	2009
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine				
Piemonte	79,2	84,4	59,6	57,6	50,9	49,5	25,0	1,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	79,2	84,4	59,0	59,7	50,9	50,9	15,3	1,9
Liguria	79,1	84,1	61,8	61,8	50,8	50,0	26,8	0,6
Lombardia	79,9	84,7	60,9	56,3	51,0	50,4	30,6	1,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	80,2	85,7	65,3	65,2	51,0	51,2	25,5	1,4
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>80,5</i>	<i>85,8</i>	<i>65,4</i>	<i>66,1</i>	<i>51,0</i>	<i>52,2</i>	<i>30,6</i>	<i>1,1</i>
<i>Trento</i>	<i>80,0</i>	<i>85,5</i>	<i>65,2</i>	<i>64,2</i>	<i>51,0</i>	<i>50,3</i>	<i>20,5</i>	<i>1,7</i>
Veneto	79,8	85,0	60,8	57,7	50,3	49,5	29,4	1,0
Friuli-Venezia Giulia	79,0	84,4	59,4	58,4	51,1	50,9	28,7	1,2
Emilia-Romagna	80,0	84,7	60,8	58,3	50,7	49,4	29,7	1,1
Toscana	80,1	85,0	62,4	60,2	50,5	49,7	25,9	1,2
Umbria	80,0	85,1	58,6	56,5	50,3	48,9	26,7	1,2
Marche	80,3	85,4	59,1	56,1	50,2	49,0	39,7	1,2
Lazio	79,1	84,5	59,5	54,8	50,7	50,0	36,4	1,5
Abruzzo	79,2	84,9	56,8	55,5	50,6	50,4	38,6	1,1
Molise	79,2	84,9	56,9	55,3	49,8	50,2	38,1	0,9
Campania	77,7	83,0	56,2	54,3	50,2	49,6	41,6	0,7
Puglia	79,7	84,4	58,1	55,8	50,0	49,4	39,0	1,4
Basilicata	79,4	84,6	55,2	52,1	49,6	50,0	40,2	1,0
Calabria	79,4	84,7	53,1	49,9	49,3	49,1	42,7	1,0
Sicilia	78,7	83,4	57,4	54,3	49,8	49,8	48,6	1,1
Sardegna	78,8	84,9	53,6	51,8	49,3	50,1	32,6	1,4
Nord	79,7	84,7	60,8	57,7	50,8	49,9	28,8	1,0
Centro	79,6	84,8	60,3	56,9	50,5	49,7	33,0	1,3
Mezzogiorno	78,8	83,9	56,4	54,0	49,9	49,7	42,1	1,0
Italia	79,4	84,5	59,2	56,4	50,4	49,8	34,2	1,1

(a) Numero medio di anni. | (b) Punteggi medi standardizzati al Censimento 2001. | (c) Per 10.000 nati vivi. | (d) Per 10.000 persone di 15-34 anni. | (e) Per 10.000 persone di 19-64 anni. | (f) Per 10.000 persone di 65 anni e più. | (g) Per 100 persone di 18 anni e più. | (h) Per 100 persone di 14 anni e più.

Tasso standardizzato di mortalità per tumore (e)	Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (f)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (a)		Eccesso di peso. Tasso standardizzato per età (g)	Fumo. Tasso standardizzato per età (h)	Alcol. Tasso standardizzato per età (h)	Sedentarietà. Tasso standardizzato per età (h)	Alimentazione. Tasso standardizzato per età (i)					
		2010							2011	2011	2011	2011	2011
		Maschi	Femmine										
9,7	29,1	10,0	10,7	39,8	23,8	19,7	31,4	25,4					
8,2	36,2	8,7	8,9	40,6	16,4	24,8	33,1	22,0					
10,1	31,6	10,3	10,8	39,8	22,3	15,8	41,1	18,5					
9,7	27,6	10,0	10,9	40,4	23,3	17,9	30,7	19,6					
8,5	21,1	11,2	7,8	39,2	18,6	22,3	15,2	19,5					
8,2	27,8	8,8	13,7	39,5	19,6	24,4	15,8	14,8					
8,7	15,8	13,2	11,1	38,9	17,6	20,3	14,7	24,0					
8,7	30,3	8,2	9,2	43,2	18,9	19,1	23,9	20,0					
9,7	24,9	10,2	11,1	47,1	22,2	22,2	28,6	25,6					
8,9	26,9	9,8	9,6	45,9	21,8	16,4	29,4	21,3					
8,9	26,1	10,3	8,8	41,0	23,9	15,0	35,8	20,7					
8,7	25,2	8,4	7,5	47,2	22,6	13,9	37,2	23,7					
8,8	26,0	10,5	9,3	45,7	22,4	14,8	36,0	24,0					
9,4	21,5	7,9	9,0	42,3	27,8	16,0	45,5	17,3					
8,2	28,3	8,6	9,5	46,3	24,7	18,4	40,3	19,8					
9,4	23,7	7,8	7,6	48,5	22,8	22,7	50,6	14,9					
10,5	19,0	7,1	7,7	51,2	23,0	12,5	58,8	12,6					
8,6	24,7	8,2	7,5	52,6	21,3	11,1	57,4	12,0					
8,7	20,0	9,0	6,8	48,0	24,0	14,4	48,1	9,8					
9,0	18,6	7,7	6,3	47,9	19,1	12,1	52,1	11,3					
9,4	24,0	7,9	6,5	47,6	22,9	9,3	59,4	14,1					
10,1	29,6	9,5	7,7	42,0	19,5	18,7	35,2	25,4					
9,4	28,2	9,8	10,4	41,9	22,0	18,4	29,5	21,1					
9,1	24,2	9,1	8,9	42,8	25,4	15,4	40,5	19,7					
9,4	23,1	7,9	7,3	49,1	22,1	12,5	54,4	14,2					
9,3	25,8	9,0	9,1	44,5	22,7	15,8	40,3	18,4					

(i) Per 100 persone di 3 anni e più. | (l) Il valore della speranza di vita per il 2011 è una stima. | (m) Il valore della speranza di vita di Piemonte e Valle d'Aosta è relativo all'insieme delle due regioni, così come quello di Abruzzo e Molise.