

QUADERNI



CENTRO
DOCUMENTAZIONE E STUDI
COMUNI ITALIANI

3/17

Giorgio Alleva

La salute degli italiani:
aspetti sociali e demografici



QUADERNI



3/17

Giorgio Alleva

La salute degli italiani:
aspetti sociali e demografici

QUADERNI



Quaderni - Centro Documentazione
e Studi Comuni Italiani

Direttore: Lucio D'Ubaldo
Vicedirettore: Alessio Ditta
In redazione: Marco Giuliani e David Tesoriere

Il Quaderno è stato curato e realizzato
da Federsanità ANCI



Progetto grafico: Pasquale Cimaroli, Claudia Pacelli
cpalquadrato.it

Presentazione

L'incontro con il Presidente dell'Istat, tenutosi il 26 settembre a Roma, nel Piccolo Auditorium "Aldo Moro", in via Campo Marzio 24, era stato voluto e proposto dagli organizzatori (il "Centro Documentazione e Studi dei Comuni Italiani - Anci-Ifel" e "Federsanità Anci") secondo la formula della *Lectio magistralis*, nel caso specifico sul tema "La salute degli italiani". Il testo seguente riproduce, con le dovute rettifiche stilistico-formali apportate a seguito della trascrizione per la stampa, l'ampia esposizione del relatore sui vari aspetti dell'argomento in discussione.

Non era facile, nemmeno per un tecnico dei numeri tanto autorevole quanto il prof. Alleva, presentare in modo accattivante le analisi più recenti e approfondite del nostro Istituto nazionale di statistica. Invece, senza perdere di rigore e completezza, nei suoi diversi passaggi la *Lectio* è stata ricca di suggestioni e sfumature, così da apparire coinvolgente. Anche queste pagine, come si potrà notare, conservano un carattere di freschezza e intensità, assai utile a rendere agevole la lettura e ben fruibili i contenuti. Ne esce una vivida rappresentazione della salute pubblica, attraversata da luci e ombre, dove soprattutto le ombre di un in-

vecchiamento della popolazione tutt'altro che contingente e transitorio, impongono di riflettere sull'urgente riordino delle politiche sociali.

Non è una questione riguardante solo il nostro Paese ma l'Europa nel suo complesso, essendo in prospettiva la difficile sostenibilità del welfare il punto decisamente più critico del modello democratico e solidaristico del Vecchio Continente. Per questo, nonostante le feroci polemiche dei nemici dell'austerità - il leit motiv consiste nel denunciare il rigore come fattore di penalizzazione della crescita e incentivazione delle diseguaglianze - l'obiettivo dei 28 Stati europei è ridurre il debito entro il tetto del 60 per cento del PIL, mentre oggi veleggia pericolosamente sopra il 100, con punte anche fino a 30 punti superiori nel caso italiano. Questa battaglia anti-deficit rientra dunque nella strategia pressoché obbligata che mira a difendere il sistema del welfare. Infatti, se nei prossimi anni non ci sarà riequilibrio, ovvero se le generazioni attuali non rinunceranno a scaricare ancora sui figli e i nipoti parte dei costi, oggi finanziati con il ricorso all'indebitamento, il quadro si farà più complicato che mai, fino al punto di degenerare gravemente.

Spendere meno e spendere meglio, anche rilanciando investimenti qualificati, è sicuramente un programma ambizioso - forse anche troppo - vista la pressione della domanda sempre crescente a tutela della salute individuale e collettiva. Non per questo può essere eluso con il ricorso a espedienti di tipo demagogico, come se fosse possibile, attorno a questo programma di razionalizzazione della spesa sanitaria e socio-assistenziale, girare a vuoto in attesa di soluzioni miracolistiche, al di fuori di una definizione delle misure più adeguate a garantire la tenuta del sistema, migliorandone la qualità delle prestazioni.

Questo sforzo richiede un costante affinamento delle conoscenze, come in ogni impresa umana degna di rispetto. Il Quaderno, inserito in una collana Anci di studi e documentazione, ne vuole essere un piccolo esempio. È dunque un ausilio per gli amministratori degli enti locali e delle aziende sanitarie, perché su di essi pesa l'onere di scelte non sempre facili, bisognose di essere concepite e spiegate nel contesto di una concreta discussione pubblica.

Lucio D'Ubaldo
Segretario generale
Federsanità Anci

Outline

Le tendenze demografiche



Fonti e indicatori sullo stato di salute degli italiani: alcuni risultati



La salute dei cittadini nel RA 2017: una lettura per gruppi sociali



Conclusioni

Ringrazio i presenti e Federsanità ANCI per l'invito. Come Presidente dell'Istituto nazionale di statistica sono chiamato in questa occasione a fornire una lettura approfondita sullo stato di salute degli italiani, con una attenzione particolare nei confronti degli aspetti demografici e sociali.

I Comuni sono destinatari importanti dell'informazione statistica ufficiale prodotta ogni anno dall'Istat. I Governi del territorio hanno bisogno di dati accurati e tempestivi per compiere le proprie scelte valutandone priorità e conseguenze.

Produrre un'analisi statistica accurata a livello territoriale è una sfida e una responsabilità assai grande, con l'ANCI abbiamo un rapporto storico, non solo come destinatario della nostra informazione ma anche come partner.

Attraverso i Comuni operiamo al meglio la raccolta dei dati in diverse occasioni quali censimenti, indagini sui prezzi, o più recentemente sugli incidenti stradali; a questo si unisce l'esperienza di progetti comuni sul tema del benessere nelle città e nelle province italiane. Stiamo cercando di rafforzare la funzione statistica nei Comuni al fine di garantire ai cittadini un'informazione di maggiore qualità; sul tema della salute, ad esempio, è fondamentale un accesso omogeneo ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Possiamo considerarlo un elemento cruciale nella democrazia e ancora molta è la strada da fare.

Una volta la domanda principale era legata alla durata della vita, in relazione agli eccezionali progressi nel campo della longevità

della popolazione italiana e in generale di quella europea. Oggi, l'interrogativo dominante è rivolto a come sarà la qualità della vita nei tanti anni in cui vivremo.

Dopo aver sconfitto problemi rilevanti come la mortalità infantile, la mortalità per infezioni e le grandi epidemie, ora l'attenzione si concentra maggiormente sul tema delle limitazioni funzionali e delle malattie croniche, come elementi cruciali per determinare la qualità di vita degli anziani.

Per l'Istat prioritario è mettere a sistema le diverse fonti utilizzate, fra queste le indagini sulla popolazione e le fonti amministrative, al fine di mettere in rapporto le condizioni di salute degli individui con altri aspetti rilevanti come i contesti familiari e sociali.

Fondamentale diventa l'analisi degli stili di vita, sempre più importanti, insieme a quella della cura, per determinare lo stato di salute della popolazione.

Un aspetto sostanziale che abbiamo seguito con grande attenzione è legato all'impatto che le disuguaglianze economiche e sociali hanno sulla salute. Il calo delle nascite ha determinato uno squilibrio tra le generazioni che ci porta ad assistere a un doppio fenomeno: il degiovanimento da una parte e l'invecchiamento progressivo della popolazione dall'altra.

Nel nostro Paese dal 2008 al 2016 abbiamo censito 103 mila nati in meno; il 2016 è stato l'anno con il più basso numero di nascite mai registrato nell'Italia unitaria: 474.000.

Il Professore Massimo Livi Bacci ha ricordato recentemente che questo dato è stato osservato soltanto nella seconda metà del '500, quando l'Italia aveva un quinto della popolazione odierna.

Dati che raccontano la fase di riduzione della natalità che il nostro Paese sta vivendo e quanto sia complesso questo fenomeno.

L'impatto sarebbe stato ancora più forte se non ci fossero stati i flussi netti migratori, perché come sappiamo la natalità nella popolazione straniera è più elevata rispetto a quella italiana, anche se i comportamenti si stanno conformando e gli effetti di crescita di questa componente si stanno riducendo nel tempo.

Negli ultimi nove anni la riduzione della popolazione compresa fra i 18 e i 34 anni è stata di 1,1 milioni in Italia.

Nel quadro demografico del nostro Paese l'invecchiamento è la caratteristica principale e si inizia a parlare di "lobby degli anziani"; da questo potrebbe derivare una società che mette in secondo piano i bisogni della popola-

zione più giovane e che naturalmente ha prospettive più lunghe di vita.

Consultare la piramide dell'età ci permette di comprendere le trasformazioni attuali della struttura demografica del Paese, piramidi ormai rovesciate.

È ben evidente che le riduzioni della mortalità e della natalità associate, ad esempio, alle previsioni stilate per l'anno 2065 mettono in luce come l'invecchiamento sia destinato a rafforzarsi.

Alla fine dell'Ottocento circa una persona su tre raggiungeva i 65 anni, oggi sono nove su dieci a raggiungere questo traguardo.

Naturalmente è un grande successo ed è un elemento importante che concorre a definire lo stato di salute della popolazione italiana.

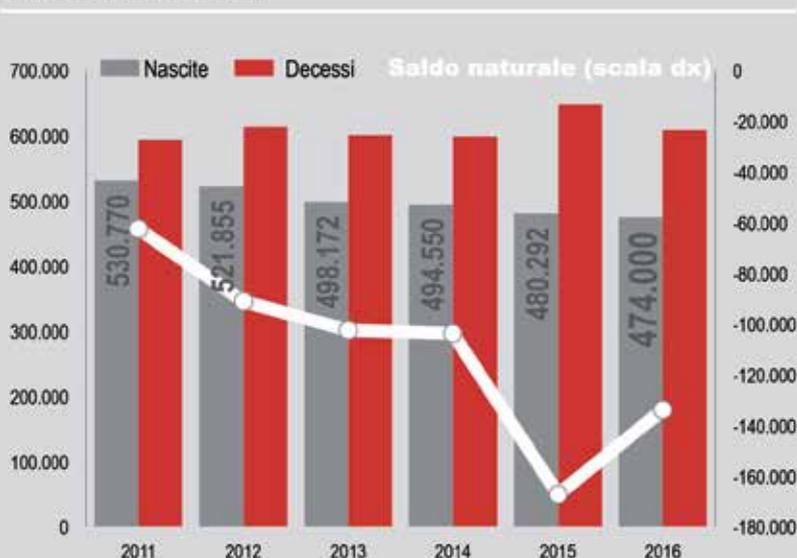
Tuttavia questa cosiddetta rivoluzione grigia pone sicuramente tante sfide globali dal punto di vista economico, sociale e culturale, e dobbiamo far fronte alla questione sanitaria che ne consegue.

Un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi cronico, inoltre

DINAMICA DEMOGRAFICA

NASCITE, DECESSI E SALDO NATURALE

Anni 2011-2016. Valori assoluti

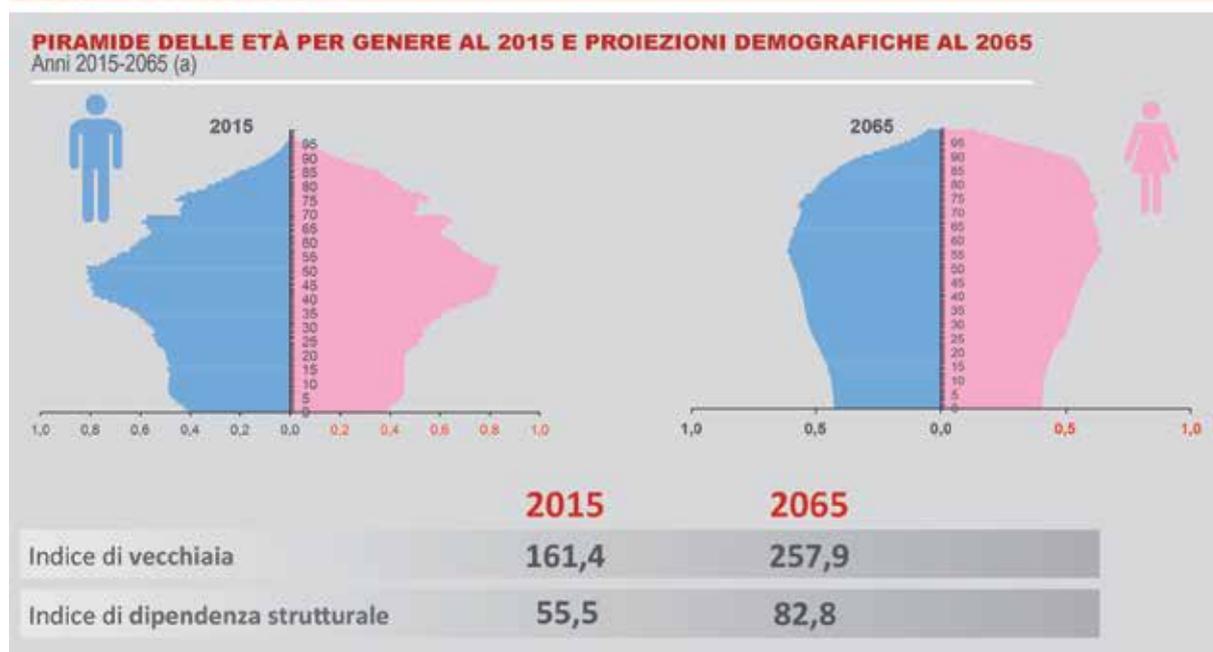


nel 2016

-134mila saldo naturale
+135mila saldo migratorio

- popolazione di cittadinanza italiana scende a 55,6 milioni
- stima popolazione 2017: 60,6 milioni

PROIEZIONI FUTURE

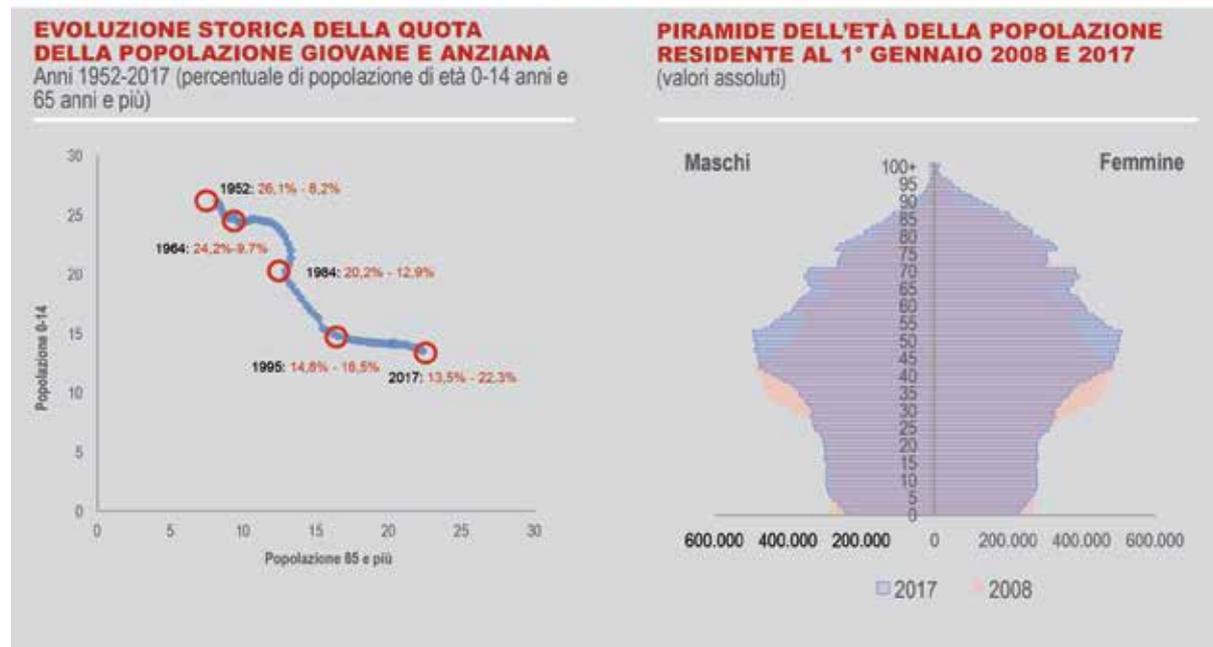


la riduzione di autonomia personale riguarda circa un anziano su dieci.

Molti sono gli interrogativi:
Vivremo più anni ma aumenteranno anche gli anni di cattiva salute?

L'allungamento della vita sposterà in avanti l'inizio di un'età in cui potremmo avere delle limitazioni? Oppure saremo in grado, con la ricerca scientifica e la prevenzione, non solo di avere un guadagno nella speranza di vita alla nascita, ma anche degli anni in buona salute?

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE



L'Istat monitora lo stato di salute della cittadinanza attraverso un approccio multifonte; è un tema complesso da raccontare e numerose sono le componenti da analizzare.

Al mondo politico serve conoscere la domanda e i bisogni ma anche l'offerta di servizi; la qualità di quest'ultima permette di comprendere quali sono i gap e gli interventi da fare.

La definizione di salute che ci viene dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) è quella di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto di assenza di malattia o infermità; diventa necessario attraverso le indagini, ad esempio, verificare le condizioni di salute anche di quanti non si imbattono nel sistema sanitario e di cui non abbiamo traccia nei dati amministrativi o nelle schede ospedaliere.

Al fine di fornire una lettura approfondita sullo stato di salute degli italiani, cito l'indagine quinquennale sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari svolta dall'Istituto nazionale di statistica, unitamente all'indagine Europea sulla salute, e ad altre ricerche

dell'Istat sugli aspetti della vita quotidiana, come le spese delle famiglie e i redditi e condizioni di vita, che mettono in luce i contesti sociali in cui vivono i cittadini.

Lo sfruttamento congiunto di molteplici fonti consente di studiare le sottopopolazioni e soprattutto di avere il dettaglio necessario per intervenire.

Importante è sottolineare che il tema dell'integrazione è al centro della nostra azione di studio e ricerca, perché è la ragione vincente di un'organizzazione statistica che vuole usare al meglio l'intero patrimonio informativo.

È necessario un approccio multidimensionale e indagini che coinvolgano la popolazione, poiché è il cittadino stesso che deve dare informazioni sulla salute, affidando alla propria percezione un giudizio positivo o molto positivo sul suo stato. La questione della salute percepita è un elemento importantissimo, tant'è vero che l'abbiamo messo tra gli elementi che definiscono il BES, la misurazione del benessere che stiamo producendo da alcuni anni.

MISURARE LA SALUTE: UN APPROCCIO MULTIFONTE

Indagini di popolazione

- Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari
- Indagine europea sulla salute
- Aspetti della vita quotidiana, Spese delle famiglie, Eu-Silc...

Fonti amministrative

- Schede di dimissione ospedaliere
- Cause di morte
- Tessera sanitaria

Indagini annuali da istituzioni

- Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

TUTTE LE FONTI SONO
ALLO STESSO TEMPO ESSENZIALI
E NON ESAUSTIVE COPRENDO
UN PERIMETRO SPECIFICO

INDAGINI DI POPOLAZIONE

Un approccio multidimensionale:

- la salute percepita, spesso utilizzata come indicatore globale dello stato di salute
- la qualità della vita del soggetto nei suoi aspetti legati alla salute (Health Related Quality of Life)
- le diverse dimensioni della salute, gli aspetti relazionali, funzionali, partecipativi, di adattamento
- patologie croniche riferite, ricorso a servizi sanitari, prevenzione e stili di vita

Comunicare il senso della trasformazione dei fenomeni in atto, in relazione alla qualità della vita, presuppone la considerazione di più aspetti e la loro sintesi per poterli leggere in profondità.

La speranza di vita su cui abbiamo avuto dei progressi notevoli, tuttavia, vede differenze territoriali piuttosto marcate e questo a livello sia europeo sia italiano.

L'aspettativa di vita nei 28 paesi membri dell'UE è mediamente superiore agli 80 anni, con un vantaggio di oltre due anni rispetto al 2006.

In tutti i Paesi europei si riscontra una maggiore durata di vita per le donne con divari alquanto evidenti; otto anni di differenza per la longevità della Spagna che attualmente è il Paese con la maggiore aspettativa di vita, seguita dalla Germania e dall'Italia, rispetto alla Lituania che è lo stato membro più indietro.

Otto sono gli anni di differenza nella speranza di vita tra questi Paesi europei: è un dato che sta diminuendo poiché nel 2006 era di undici

anni e sempre nello stesso anno era l'Italia il Paese più longevo d'Europa.

La diversità di longevità tra le Regioni italiane è, ad esempio, di tre anni fra il Trentino Alto Adige e la Campania. Ciò suggerisce che sarebbe necessario valutare la qualità dei servizi del territorio e della prevenzione, così da riscontrare disuguaglianze alquanto elevate. Il Trentino Alto Adige è considerato una sorta di outlier.

Se mettiamo poi a confronto l'aspettativa di vita in buona salute della seconda regione d'Italia, che è l'Emilia Romagna, con la Calabria che è la regione meno performante, notiamo una differenza di ben dieci anni.

Delle prime dieci Regioni per speranza di vita alla nascita, otto sono del Centro-Nord, tutte e dieci sono del Centro-Nord se consideriamo la speranza di vita in buona salute.

Troviamo delle discrepanze territoriali significative anche in riferimento al grado di urbanizzazione e diversi livelli di salute sono stati osservati tra quanti abitano in centri di densità demografica differente.

SPERANZA DI VITA

SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE PER REGIONE

Anno 2015. Valori assoluti in anni



- ⊙ In Italia la speranza di vita alla nascita è pari a **82,3 anni**
- ⊙ La speranza di vita in buona salute a **58,3 anni**.
- ⊙ Si osservano differenziali importanti fra le regioni, soprattutto per la speranza di vita in buona salute.
- ⊙ Le condizioni sono migliori nelle regioni del Centro-Nord.

Come Istat, abbiamo sfruttato esperienze e strumenti di tipo psicometrico per misurare lo stato della salute della popolazione, costruendo due indicatori sintetici rispettivamente della salute psicologica e dello stato fisico.

La salute psicologica, più in generale la “componente mentale” della salute, è rilevante ed è bene che si supportino le istituzioni e che le informazioni destinate ai cittadini siano esaustive, non solo in riferimento alla tradizionale componente della salute fisica.

CONDIZIONI PSICOFISICHE

8 DIMENSIONI	DESCRIZIONE	
Attività fisica (AF)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività di moderato impegno fisico ▪ Salire qualche piano di scale 	} Indice di stato fisico Physical component summary
Ruolo e salute fisica (RF)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendere di meno a causa della salute fisica ▪ Limitare alcuni tipi di lavoro o altre attività a causa della salute fisica 	
Dolore fisico (DF)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interferenza del dolore nel lavoro 	
Salute in generale (SG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salute in generale 	
Vitalità (VT)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentirsi pieno di energia ▪ Sentirsi vivace e brillante* ▪ Sentirsi sfinito* ▪ Sentirsi stanco* 	} Indice di stato psicologico Mental component summary
Attività sociali (AS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interferenza della salute fisica e dello stato emotivo nelle attività sociali 	
Ruolo e stato emotivo (RE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitazione nel lavoro e nelle altre attività quotidiane a causa dello stato emotivo ▪ Cali di concentrazione 	
Salute mentale (SM-MH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentirsi molto agitato* ▪ Sentirsi giù di morale* ▪ Sentirsi calmo e sereno ▪ Sentirsi scoraggiato e triste ▪ Sentirsi felice* 	

Tramite tre occasioni di studio condotte dall'Istituto nazionale di statistica negli anni 2000, 2005 e 2013 è stato interessante conoscere l'evoluzione degli indici di stato fisico e psicologico.

L'indice di stato fisico (PCS) del 2013 è rappresentato dalla linea rossa tracciata sul grafico; lungo l'asse delle ascisse è indicata l'età distinta per genere, la scala numerica presa a riferimento va da 33 a 58. È un indice in cui 100 è il massimo (salute di ferro): in media non c'è mai 100 ma non si arriva neanche a zero.

Possiamo osservare con l'avanzare dell'età un declino naturale per lo stato fisico ma rimane come dato positivo un miglioramento generale delle condizioni di salute della popolazione confrontando le tre indagini. Differente è la valutazione della relazione tra età e stato psicologico: emerge un peggioramento importante per le classi di età fino ai 59 anni, da cui risulta un forte disagio psicologico accompagnato da una disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi.

In particolare sono i maschi quelli in cui si è

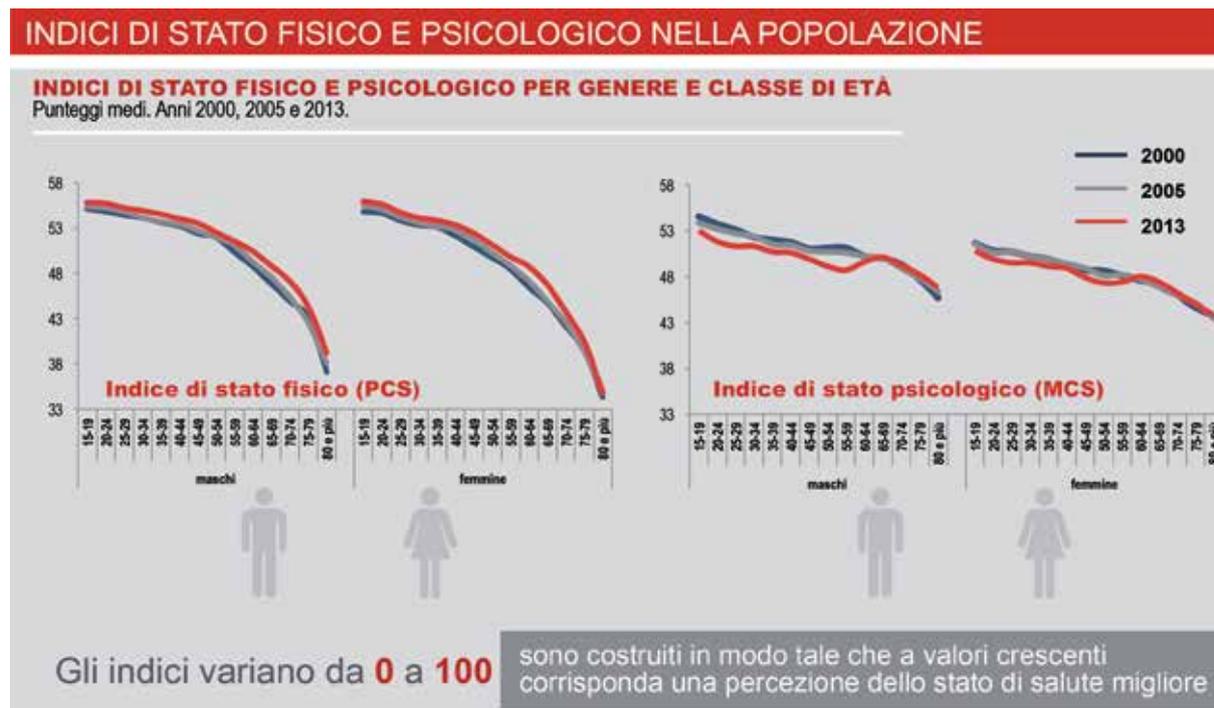
registrato un maggior peggioramento dell'indice di stato psicologico (MCS).

L'Istat ha presentato una comparazione internazionale sul tema della salute mentale, possibile attraverso i dati di un'indagine europea, da cui è emerso che l'Italia è in fondo alla graduatoria dei Paesi secondo gli indicatori di Major e Any depression.

Da un punto di vista analitico in Italia presentano sintomi depressivi, considerati Major depression, 2 persone ogni 100 abitanti; a colpire sono i dati del Lussemburgo dove questa quota è doppia, 4 persone ogni 100 abitanti.

Il disturbo depressivo presenta uno svantaggio per il genere femminile in tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per la Finlandia in cui le donne dal punto di vista psicologico presentano un maggior benessere rispetto agli uomini, anche se la differenza è minima.

La depressione è una malattia assai rilevante sempre più diffusa nella popolazione, è stato definito un modello di studio che consente di capire quali sono le possibili determinanti di questa malattia.



Esaminando gli odds ratio, possiamo comprendere il rapporto esistente fra la probabilità di avere una depressione avendo una certa caratteristica rispetto al non averla; ad esempio le condizioni dello stato fisico sono un elemento che influenza lo stato depressivo.

L'odds ratio massimo (14,5) si verifica nel caso di limitazioni gravi, è ancora considerato alto (3,4) quando si hanno delle limitazioni ma non di natura critica.

Un altro fattore da valutare in relazione al disturbo depressivo è la condizione professionale, la partecipazione al mercato del lavoro: in particolare l'essere disoccupati è associato ad un odds ratio di 2,2, con un'incidenza negativa maggiore tra gli uomini rispetto alle donne.

La comprensione della natura e delle cause della depressione coinvolge molteplici aspetti, alcuni dovuti alle limitazioni fisiche e altri a questioni di carattere demografico e sociale.

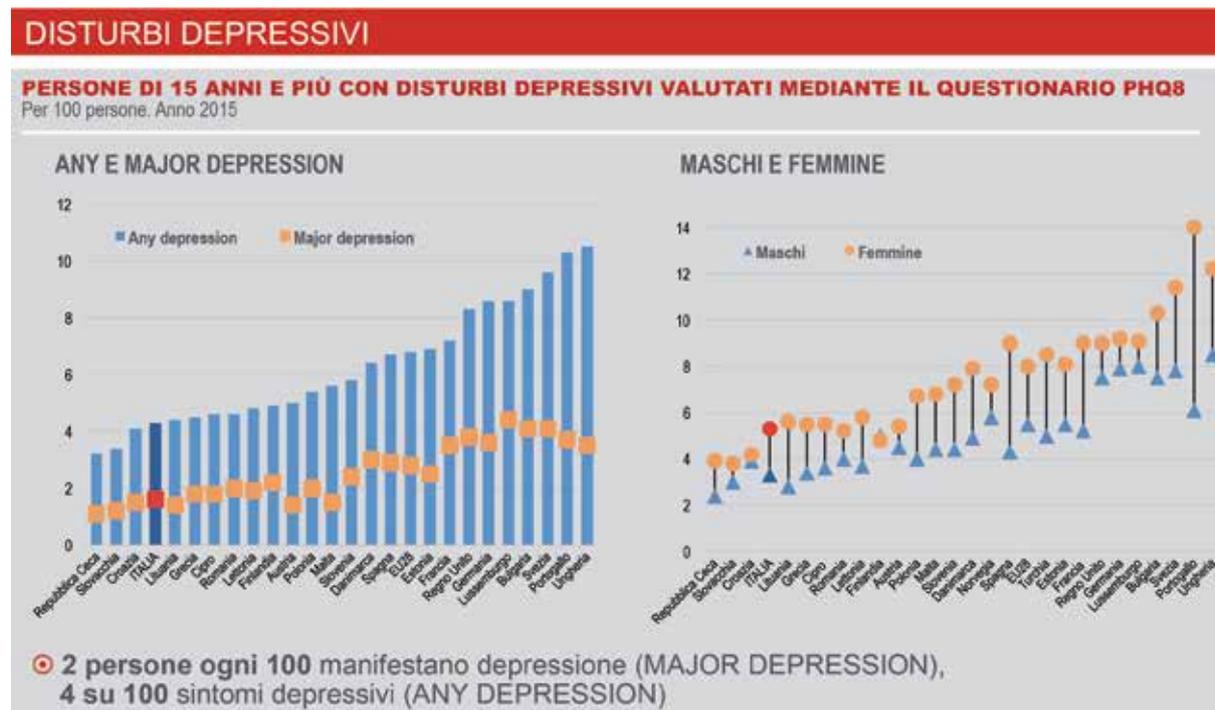
Un risultato interessante deriva dalla relazione esistente fra speranza di vita e livello di istruzione. Analizzando lo studio di dati incro-

ciati, come le cause di morte e il censimento della popolazione che dà informazioni sul titolo di studio, l'Istat ha osservato, attraverso l'impiego di correlazione statistiche, un miglioramento della speranza di vita associata a livelli maggiori di istruzione più forte per gli uomini che non per le donne.

Questa connessione mette in luce come il titolo di studio e in generale il livello di istruzione siano importanti per tutto quello che riguarda la sfera dei comportamenti salutari, tuttavia il messaggio positivo è che in qualche modo studiare faccia bene.

Nel rapporto annuale del 2015 l'Istat ha ricostruito i sistemi locali del lavoro del Paese, offrendo una lettura delle dinamiche territoriali con una geografia che non è quella amministrativa ma che pone in primo piano le relazioni sociali ed economiche tra le persone, gli spostamenti casa/lavoro, i luoghi dove si vive e si opera.

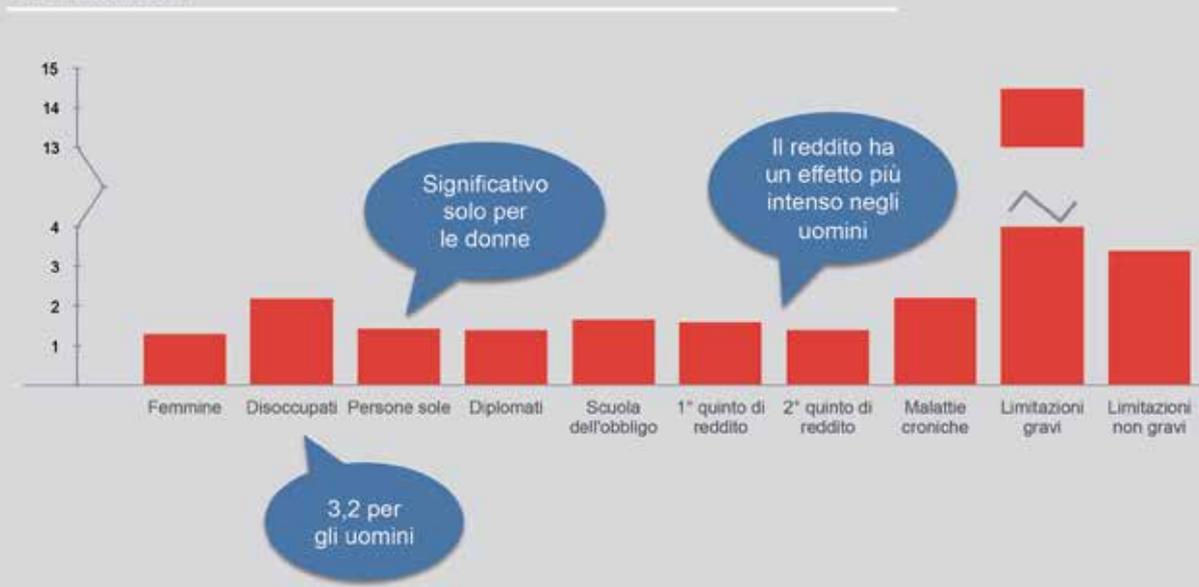
Sono stati calcolati 611 sistemi locali che hanno permesso di comprendere quanto in Italia ci sia un'armatura urbana stabile, le



DETERMINANTI DELLA DEPRESSIONE

LA DEPRESSIONE IN ITALIA. INDICE PHQ8 ANALISI DELLE DETERMINANTI

Odds ratio. Anno 2015.



città sono luoghi centrali sia da un punto di vista demografico che produttivo, un valore aggiunto nell'ambito dell'innovazione.

Valutando il dato riguardante i soggetti in cattive condizioni di salute emerso dall'indagine

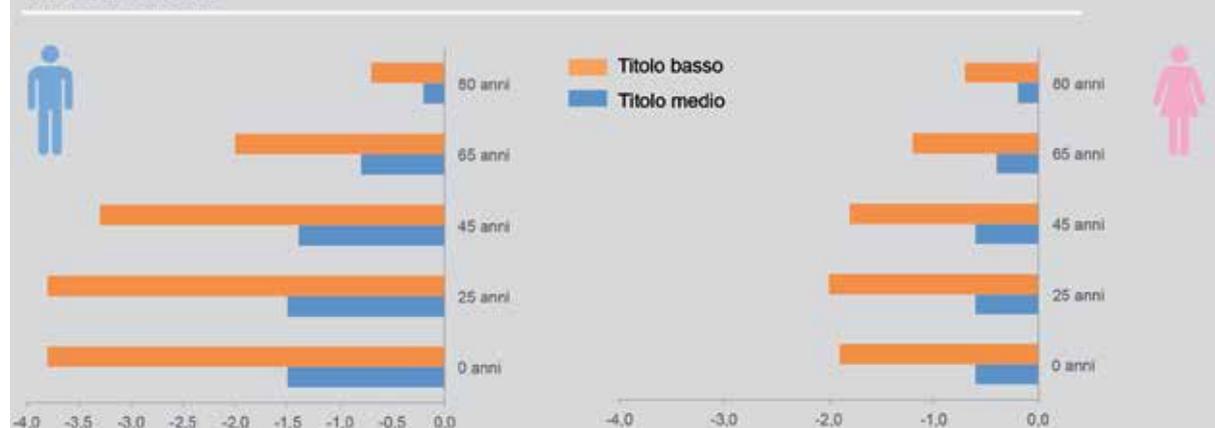
si è riscontrato, ad esempio, che le situazioni peggiori sono presenti nei centri urbani meridionali, in particolar modo nell'entroterra del Mezzogiorno.

Una differente classificazione territoriale per-

SPERANZA DI VITA SECONDO IL LIVELLO DI ISTRUZIONE

DIFFERENZA IN ANNI DELLA SPERANZA DI VITA RISPETTO A LIVELLO DI ISTRUZIONE ALTO

Valori assoluti. Anno 2012



- La relazione fra speranza di vita e titolo di studio è più marcata fra gli uomini
- Un uomo di 25 anni con titolo di studio basso vive 3,8 anni meno di un coetaneo con livello di istruzione elevato

mette una lettura di carattere socio-economico che a volte non è possibile dalla semplice consultazione dei dati regionali.

Il Mezzogiorno è indubbiamente penalizzato dalla difficoltà di accesso a prestazioni e cure sanitarie, e questo è un tema sicuramente rilevante per valutare le azioni e gli interventi necessari.

Il rapporto annuale Istat di quest'anno ha posto infatti l'accento sulla disuguaglianza fra i diversi gruppi che compongono la società italiana. Attraverso l'applicazione di una tecnica statistica multivariata è stata sviluppata una classificazione basata su aspetti economici, sociali e culturali.

La variabile chiave è stata la definizione del reddito familiare disponibile, assieme ad altri elementi come la condizione professionale, il titolo di studio, la dimensione della famiglia, la cittadinanza italiana o non italiana, il tipo di Comune in cui si risiede ma anche l'età e il genere del principale percettore di reddito.

Ne è emerso un quadro interessante e in par-

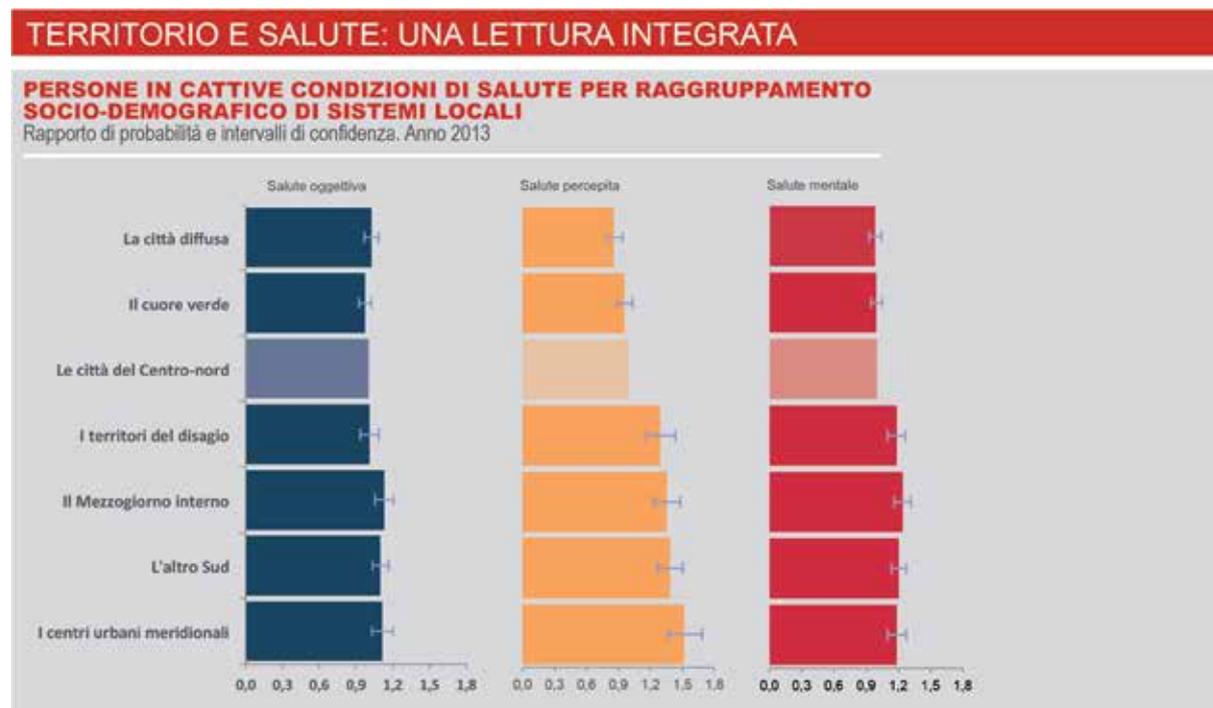
ticolare nel distinguere questi gruppi sociali si conferma come prima variabile la situazione professionale.

Il lavoro diventa un elemento di grande discriminazione, l'aspetto singolare non è legato solo a "che lavoro fai" ma "se lavori o non lavori".

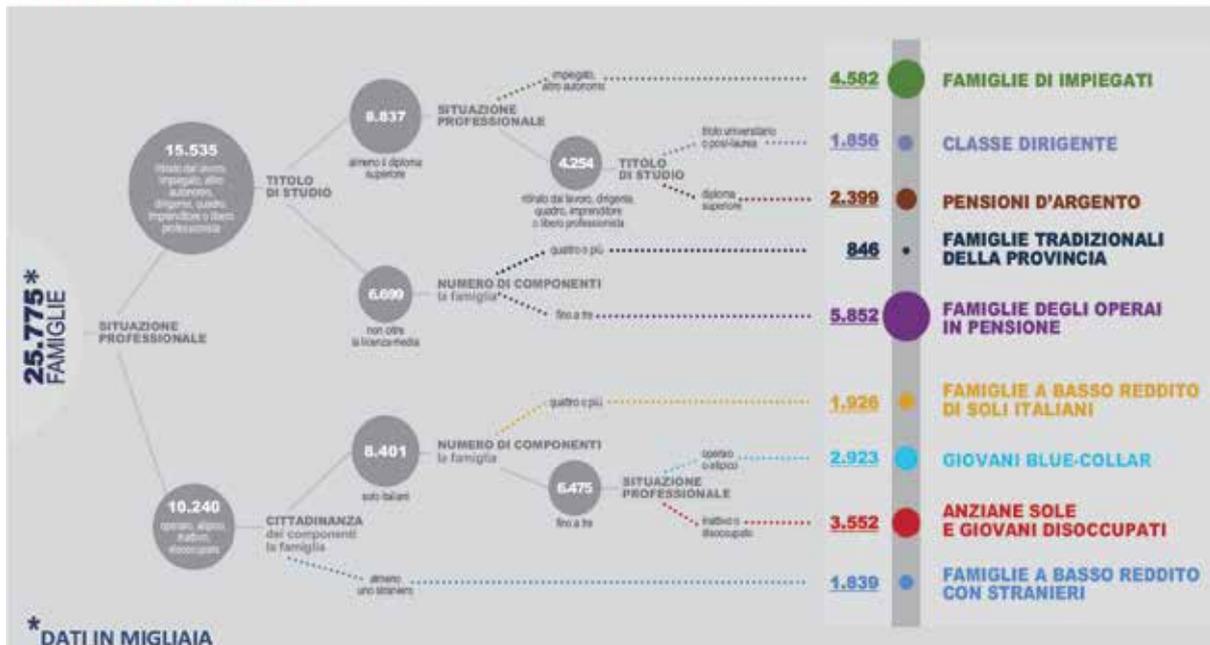
Una divisione che coinvolge soggetti inattivi, disoccupati, oppure che lavorano ma con lavoro atipico, part-time a bassa retribuzione e quanti invece lavorano in condizioni differenti; inoltre ci sono i ritirati dal lavoro.

Il titolo di studio rappresenta una variabile fondamentale, definendo per alcune famiglie una situazione di maggiore stabilità; segue poi la questione della cittadinanza, ed è stato delineato un gruppo di famiglie a basso reddito con almeno un cittadino straniero.

I nuclei familiari formati da quattro (famiglia standard) o più componenti sono considerati fragili, laddove c'è un percettore di reddito precario o con un basso livello di guadagno.



I GRUPPI SOCIALI



METODO E VARIABILI

La definizione dei gruppi sociali è stata condotta mediante **tecniche statistiche non parametriche di segmentazione gerarchica o CART** (*Classification And Regression Trees*)

Le famiglie sono state raggruppate utilizzando:

- Y** = reddito equivalente
- X1** = sesso della persona di riferimento
- X2** = età della p.r.
- X3** = istruzione della p.r.
- X4** = condizione professionale della p.r.
- X5** = numero di componenti della famiglia
- X6** = presenza di stranieri
- X7** = tipo di Comune di residenza

I gruppi ottenuti sono stati "sfrondata" in modo da minimizzare la complessità a parità di potere discriminatorio, fino a ottenere **9 gruppi sociali**

In una situazione analoga sono gli anziani soli e i giovani disoccupati, questi ultimi vivono in condizioni assai difficili; la nuova classe operaia - i cosiddetti Blue Collar - è molto diversa da quella di una volta perché ha contratti a tempo determinato e vive maggiori incertezze legate all'ambito professionale.

La vecchia classe operaia ormai in pensione rientra nella fascia media grazie a un'attività lavorativa molto lunga e continuativa.

Si dividono i gruppi sociali tra quanti hanno la laurea o un diploma di scuola superiore; un buon livello di istruzione si associa ad una

posizione professionale elevata e alla collocazione in una fascia alta.

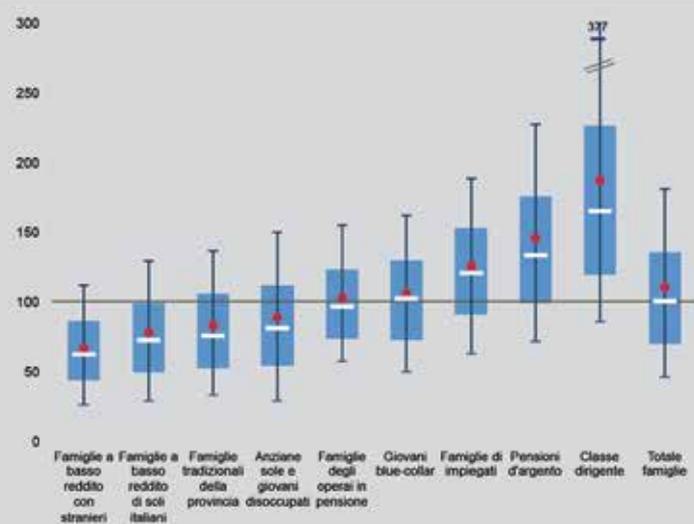
Altri contesti superiori alla media sono presenti nelle famiglie di impiegate e impiegati, questo è il gruppo in cui ci sono un maggior numero di donne come principale percettore di reddito.

Le pensioni d'argento costituiscono un gruppo in cui abbiamo individui in pensione dopo una lunga carriera con una buona posizione lavorativa, soggetti che sono nella prima parte della loro vita di pensionati e che sono caratterizzati da consumi culturali e stili di vita di alto livello.

VARIABILITÀ DEI REDDITI NEI GRUPPI SOCIALI

REDDITO EQUIVALENTE FAMILIARE PER GRUPPO SOCIALE

Anno 2015 (alcuni parametri caratteristici della distribuzione rapportati alla mediana totale)



- maggiore variabilità per i redditi più alti
- disuguaglianza più elevata per Anziane sole e giovani disoccupati (Gini 0,324)
- disuguaglianza più bassa per le Famiglie degli operai in pensione (Gini 0,226)

PREVALENZA DEI GRUPPI SOCIALI NEL TERRITORIO



Ne deriva un quadro variegato indirizzato non a classi ma a gruppi sociali, perché la volontà è quella di analizzare i gruppi a partire dai dati con un metodo statistico e non di leggere i fenomeni con riferimento a degli schemi già costituiti.

A colpire è ancora l'esistenza di un'alta borghesia, di una classe dirigente forte a fronte di una frammentazione della classe operaia che oggi non ritroviamo con un'identità come in passato.

L'invecchiamento è uno degli aspetti che racconta questi gruppi, l'età è un elemento di lettura che ci descrive una società più forte rispetto a quella passata.

Le aree geografiche - Nord, Centro e Sud - del territorio presentano situazioni di difficoltà economica con un forte svantaggio sia al Centro-Nord che al Centro-Sud, ma con caratteristiche assai differenti.

Le famiglie a basso reddito con soggetti stranieri si concentrano al Centro-Nord poiché in questa zona vi è una maggiore offerta di lavoro,

mentre nel Mezzogiorno risiedono principalmente famiglie di italiani a basso reddito.

I gruppi più agiati vivono soprattutto al Centro-Nord, dove i nuclei urbani meritano un'analisi a sé, distinguendo i quartieri centrali da quelli periferici e i relativi servizi offerti in particolar modo nell'ambito sanitario.

Il concetto di periferia è decisamente mutato, non è più legato alla geografia delle aree ma alla marginalità economico-sociale che si diffonde nel territorio in modo diverso da città a città.

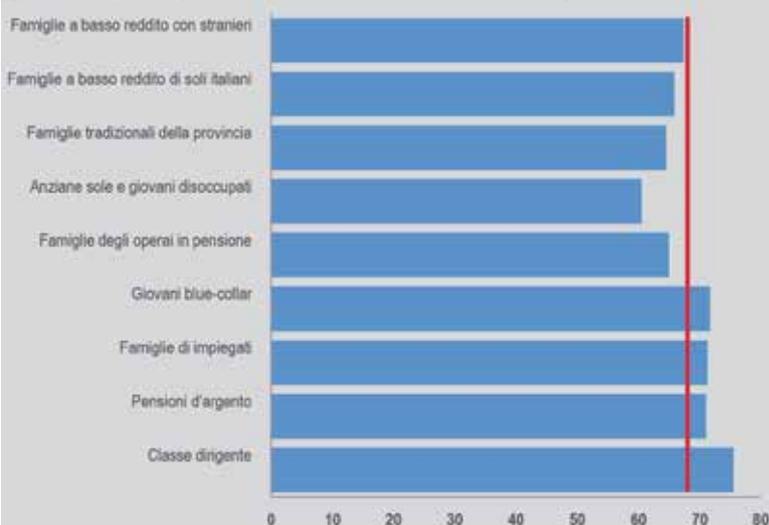
I 2/3 degli italiani che nelle ultime indagini si sono dichiarati in buona salute, vivono al Nord; qui troviamo migliori condizioni di reddito, buoni livelli di istruzione che concorrono a stili di vita e a comportamenti salutari, ponendo questi gruppi sociali in una posizione avvantaggiata.

Nell'ambito della salute interessante è notare come le famiglie a basso reddito con stranieri abbiano una condizione di salute migliore di quelle a basso reddito italiane.

LO STATO DI SALUTE

PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ IN BUONA SALUTE PER GRUPPO SOCIALE DI APPARTENENZA

Anno 2016 (valori percentuali)



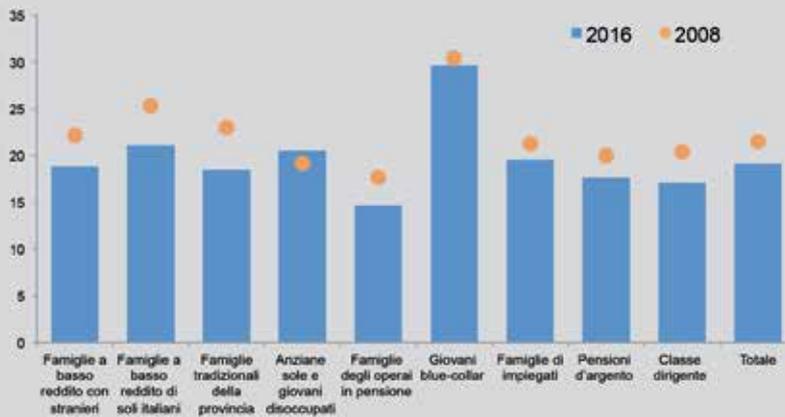
La salute e gli stili di vita variano fra i gruppi

- si dichiara in buona salute il **67,7%** degli italiani
- quote più elevate al Nord
- in buona salute il **75,6%** delle persone appartenenti alla **classe dirigente**
- presenza di malattie croniche più bassa fra le famiglie con stranieri e nella classe dirigente

COMPORAMENTI E STILI DI VITA: IL FUMO

FUMATORI PER GRUPPO SOCIALE DI APPARTENENZA

Anni 2008 e 2016. Valori percentuali



Gli stili di vita variano fra i gruppi

- nel 2016 fuma il 19,2% delle persone, quota in diminuzione
- nei gruppi a più elevato reddito e con p.r. ad alto titolo di studio più bassa incidenza di fumatori
- più fumatori fra i giovani blue-collar, in aumento le donne fumatrici del gruppo

Inoltre la quota di fumatori per gruppo sociale è calata, con una riduzione più forte fra i maschi rispetto alle donne.

L'obesità e una vita sedentaria sono causa di patologie croniche importanti, l'Istat assieme

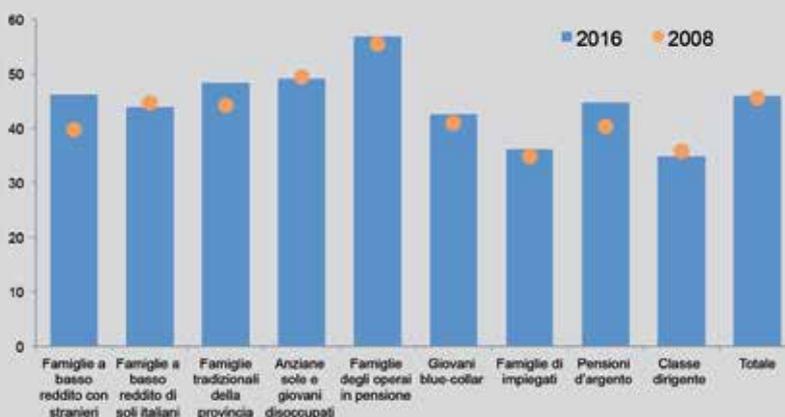
all'Istituto Superiore di Sanità sta svolgendo uno studio sull'eccesso di peso e di questa patologia soffre maggiormente il genere maschile rispetto a quello femminile.

Interessante è la comparazione con il rappor-

COMPORAMENTI E STILI DI VITA: L'ECCESSO DI PESO

PERSONE IN ECCESSO DI PESO PER GRUPPO SOCIALE DI APPARTENENZA

Anno 2016 (valori percentuali)



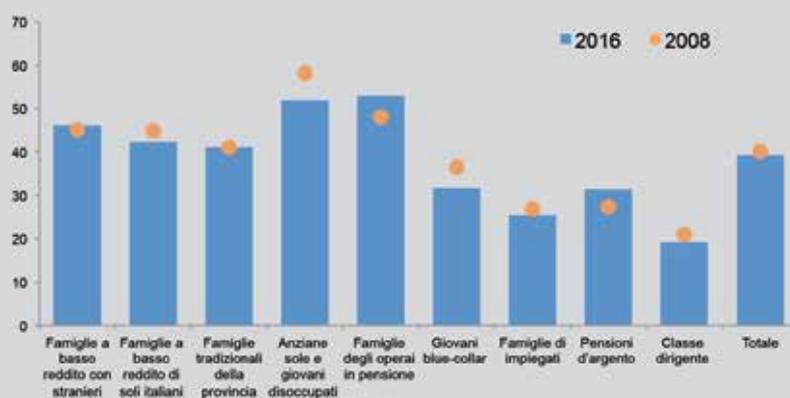
Excesso di peso fattore di rischio per la salute

- nel 2016 il 45,9% della popolazione è in eccesso di peso
- un uomo su due e una donna su tre in eccesso di peso
- prevalenza più elevata fra le famiglie degli operai in pensione
- forte gradiente Nord-Sud

COMPORAMENTI E STILI DI VITA: LA SEDENTARIETÀ

PERSONE SEDENTARIE PER GRUPPO SOCIALE DI APPARTENENZA

Anno 2016 (valori percentuali)



Pratica di attività fisico-motoria regolare e moderata come fattore protettivo per diverse patologie

- nel 2016 il 39,2% della popolazione di 3 anni e più non pratica sport né attività fisica nel tempo libero
- forte gradiente Nord-Sud
- donne più sedentarie degli uomini
- quota di sedentari bassa fra le famiglie della classe dirigente e per le famiglie di impiegati

to annuale che l'Istituto nazionale di statistica e il Coni producono sul tema dell'attività sportiva.

Sta aumentando la quota di persone che dedicano spazio all'attività fisica in modo regolare, al contempo la quota di popolazione sedentaria rimane a sua volta stabile ma con un margine di miglioramento.

Al tema della salute è necessario associare il concetto di prevenzione e cioè dell'insieme di azioni finalizzate a impedire o a ridurre il rischio, ossia la probabilità che insorgano patologie importanti.

Nella figura a pagina seguente sono mostrati i comportamenti delle donne in riferimento alla prevenzione dei tumori, i protocolli sanitari a seconda dell'età consigliano di effettuare e ripetere i controlli con una certa frequenza.

Nei diversi gruppi sociali riscontriamo che circa l'80% degli appartenenti alla classe dirigente segue i protocolli sanitari, mentre per i restanti gruppi sociali la percentuale è meno della metà.

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma vincente per combattere le malattie croniche e ridurle in modo significativo.

Valutare la salute della popolazione limitandosi a considerare la presenza o l'assenza di patologie è riduttivo e fuorviante, bisogna occuparsi a 360 gradi di tutti quei fattori che concorrono a determinare una condizione di benessere e buona salute.

A fronte di un miglioramento delle condizioni fisiche, nel tempo abbiamo osservato un aumento delle disuguaglianze, causate dalla crisi economica che ha coinvolto il nostro Paese; ciò ha reso più fragili le famiglie a basso reddito.

Se a questo elemento uniamo livelli d'istruzione poco elevati e territori di residenza in cui ci sono meno servizi la situazione diventa critica.

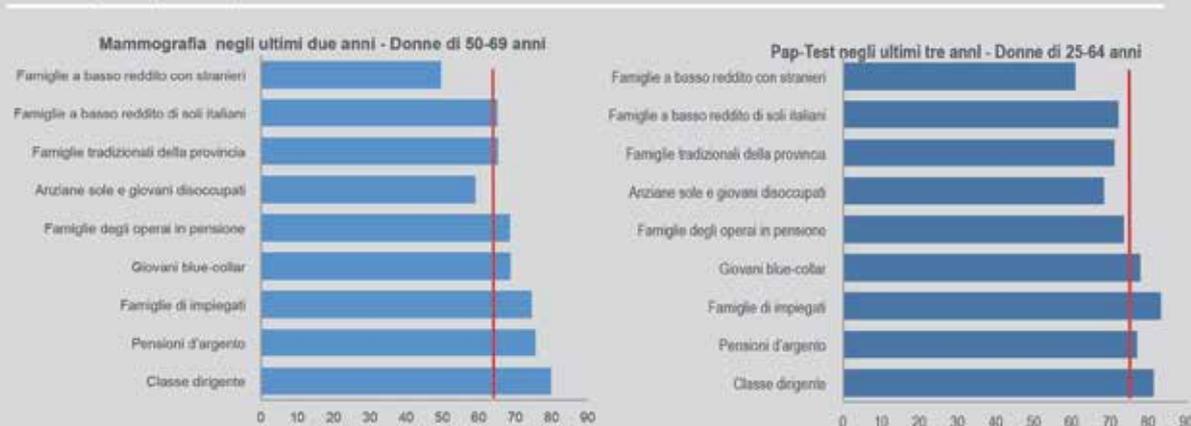
L'Istat, inteso come produttore di dati e informazioni, è orientato ad armonizzare le diverse fonti, e i Comuni a loro volta possono collaborare al fine di mettere a disposizione quanti più rapporti e relazioni possibili.

L'Istituto nazionale di statistica a breve firmerà un accordo con l'Istituto di Sanità e il Ministero della Salute, ormai partner storici, una collaborazione che ha come interesse primario il miglioramento dello stato di salute e del benessere dei cittadini.

SALUTE E PREVENZIONE

FREQUENZA DEL RICORSO AGLI SCREENING PAP-TEST E MAMMOGRAFIA DELLE DONNE NELLE FASCE DI ETÀ RACCOMANDATE PER GRUPPO SOCIALE DI APPARTENENZA

Anno 2015 (valori percentuali)



- ⊙ per i gruppi a basso reddito meno controlli sulla salute
- ⊙ a parità di altre caratteristiche, le donne mostrano una maggiore propensione a svolgere controlli, così come i residenti nel Nord e nel Centro in confronto a chi risiede nel Mezzogiorno

CONCLUSIONI

- In Italia i **livelli di salute** raggiunti sono elevati e crescenti nel tempo
- Le **disuguaglianze territoriali** sono aumentate, più fragili le famiglie a **basso reddito**
- Le fonti a disposizione afferiscono a enti/istituzioni diversi e il **patrimonio informativo** è **variegato**
- Necessario migliorare le informazioni circa **l'offerta di servizi** e la **spesa pubblica**
- **Integrazione e partnership** sono cruciali

È in via di realizzazione un sistema informativo demo-sociale multifonte, integrato a livello micro e in grado di seguire gli individui nel tempo. Ciò sarà possibile grazie al SISTEMA DEI REGISTRI su cui è imperniato il programma di MODERNIZZAZIONE dei processi di produzione dell'Istat



www.centrodocumentazionecomuni.it