

Si arresta l'aumento della vita media, sempre in calo la mortalità precoce

Nel 2015 la speranza di vita alla nascita in Italia è di 82,3 anni. Il nostro Paese è tra i più longevi d'Europa, nel 2014 secondo solo alla Spagna (ultimo dato Eurostat disponibile). Nel 2015 si osserva una leggera riduzione della vita media alla nascita, dovuta a una combinazione di oscillazioni demografiche e di fattori congiunturali di natura epidemiologica e ambientale. A fronte di tale diminuzione non si registrano flessioni significative degli indicatori che descrivono la qualità degli anni da vivere in buona salute o senza alcuna limitazione nelle attività a 65 anni.

Gli indicatori di mortalità per causa monitorati nel Bes, hanno mostrato segnali di miglioramento, considerando l'ultimo anno disponibile¹. Nel 2013 si è confermata la riduzione della mortalità infantile, già su livelli estremamente bassi, della mortalità per incidenti stradali dei giovani, soprattutto tra i maschi, nonché della mortalità per tumori maligni tra gli adulti. Anche la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso tra gli anziani torna a diminuire dopo l'incremento osservato nei due anni precedenti, raggiungendo nuovamente i livelli osservati nel 2010. Si tratta certamente di un indicatore di grande rilevanza, considerato il carico assistenziale che queste patologie comportano sulle famiglie e sui servizi socio-sanitari, che si può rivelare di difficile sostenibilità sociale ed economica.

Gli indicatori sugli stili di vita, che permettono anche di monitorare gli obiettivi del Global Action Plan per il controllo e la prevenzione delle malattie croniche (2013-2020) dell'Oms², evidenziano per il 2015 alcuni segnali positivi: dopo anni di stabilità si registra una diminuzione della quota di adulti in eccesso ponderale, sebbene la riduzione riguardi il sovrappeso e non l'obesità, e una lieve ripresa nel consumo adeguato di frutta e verdura, dopo almeno 4 anni di stabilità. Gli altri indicatori considerati non mostrano miglioramenti: non si riduce infatti la quota di sedentari, che nel nostro Paese si attesta a livelli sempre elevati; è stabile rispetto al 2014 la quota di fumatori, dopo l'ampia fase di progressiva diminuzione sebbene su ritmi bassi; il consumo di alcol a rischio, che negli ultimi anni aveva mostrato una riduzione, risulta in leggero aumento rispetto al 2014, a causa dell'incremento del fenomeno del *binge drinking* (episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni) tra i più giovani.

¹ L'ultimo dato disponibile della mortalità per causa è il 2013. Il processo di produzione dei decessi con informazioni sanitarie richiede tempi più lunghi rispetto a quelli con le sole informazioni demografiche (riferite alle cancellazioni anagrafiche). Tale diversa tempistica è riconosciuta nell'ambito delle statistiche comunitarie da due Regolamenti (sulle Statistiche Demografiche (UE) N. 1260/2013 e sulle Statistiche in materia di Sanità pubblica (CE) N. 1338/2008 e N. 328/2011).

² WHO, 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Consultabile all'indirizzo web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1 WHO, 2015. Making tobacco a thing of the past. Roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015 – 2025. Consultabile all'indirizzo web: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/297563/WHO-Roadmap-report-tobacco-control-15-25-en.pdf?ua=1

L'Italia nel contesto europeo

Nel 2014³ l'Italia continua ad essere tra i paesi più longevi in Europa (83,2 anni), seconda solo alla Spagna, con un vantaggio di oltre due anni di speranza di vita rispetto alla media europea (80,9 anni). Tra gli uomini i più longevi sono gli abitanti di Cipro (80,9 anni di vita attesa), cui seguono gli italiani (80,7 anni). Per le donne l'Italia si posiziona al terzo posto (85,6 anni), dopo Spagna (86,2 anni) e Francia (86,0 anni).

L'Italia è al secondo posto in graduatoria per longevità degli uomini dopo Cipro e al terzo posto per le donne, dopo Francia e Spagna

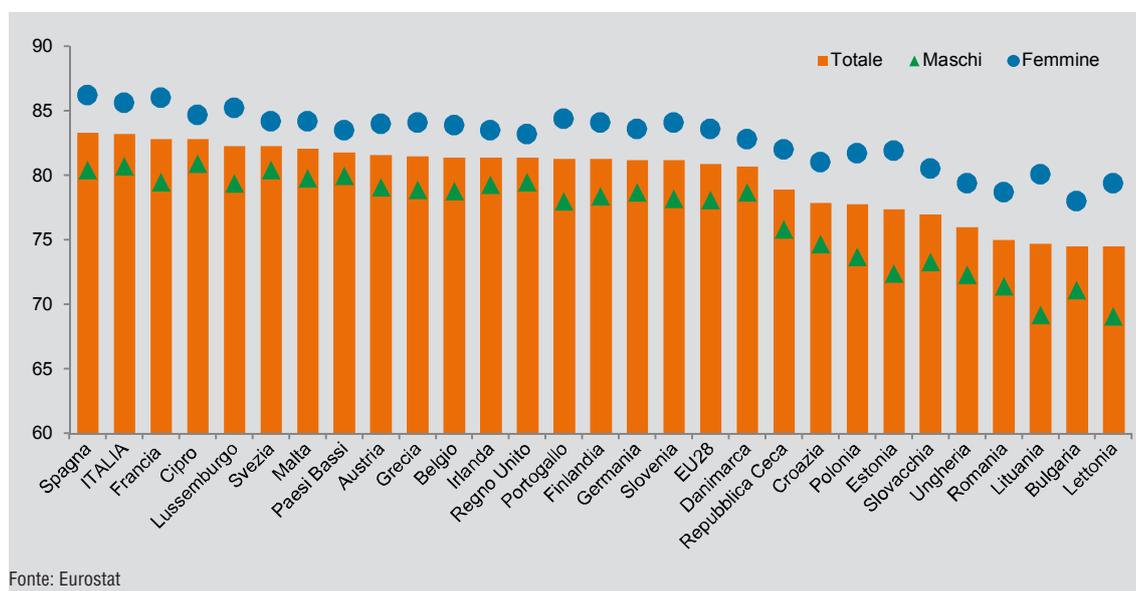


Figura 1. Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28 - Anno 2014. In anni

Tuttavia l'elevata longevità in Italia non è accompagnata da analoghi livelli della sopravvivenza in buone condizioni di salute. In Italia la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è di circa un anno inferiore alla media europea (8,6 anni per entrambi i generi) ed è simile a quella di Grecia, Slovenia e Austria; mentre alcuni paesi del Nord Europa (quali Svezia, Irlanda, Danimarca, Lussemburgo), ai quali si aggiunge Malta, presentano livelli più elevati⁴. In presenza di una elevata eterogeneità degli andamenti tra i paesi, per la media europea non si registrano differenze di genere, ma in 12 paesi, tra cui l'Italia, gli uomini presentano una vita media attesa a 65 anni senza limitazioni più elevata rispetto a quella delle donne, in particolare nel caso di Cipro e Portogallo con differenze di almeno un anno. Al contrario, per le donne la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni è più alta rispetto agli uomini in Estonia, Svezia e Danimarca.

³ Per motivi di comparabilità internazionale viene commentato il dato relativo al 2014, 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).

⁴ Il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istat, oltre che per la diversa metodologia di calcolo della speranza di vita (cfr. nota 3), anche in quanto le informazioni a livello europeo sulle limitazioni nelle attività sono derivate dall'indagine armonizzata Eu-silc, mentre per il Bes si costruisce l'indicatore considerando come fonte l'indagine Aspetti della vita quotidiana.

L'Italia è sotto la media europea per la sopravvivenza senza limitazioni tra gli anziani

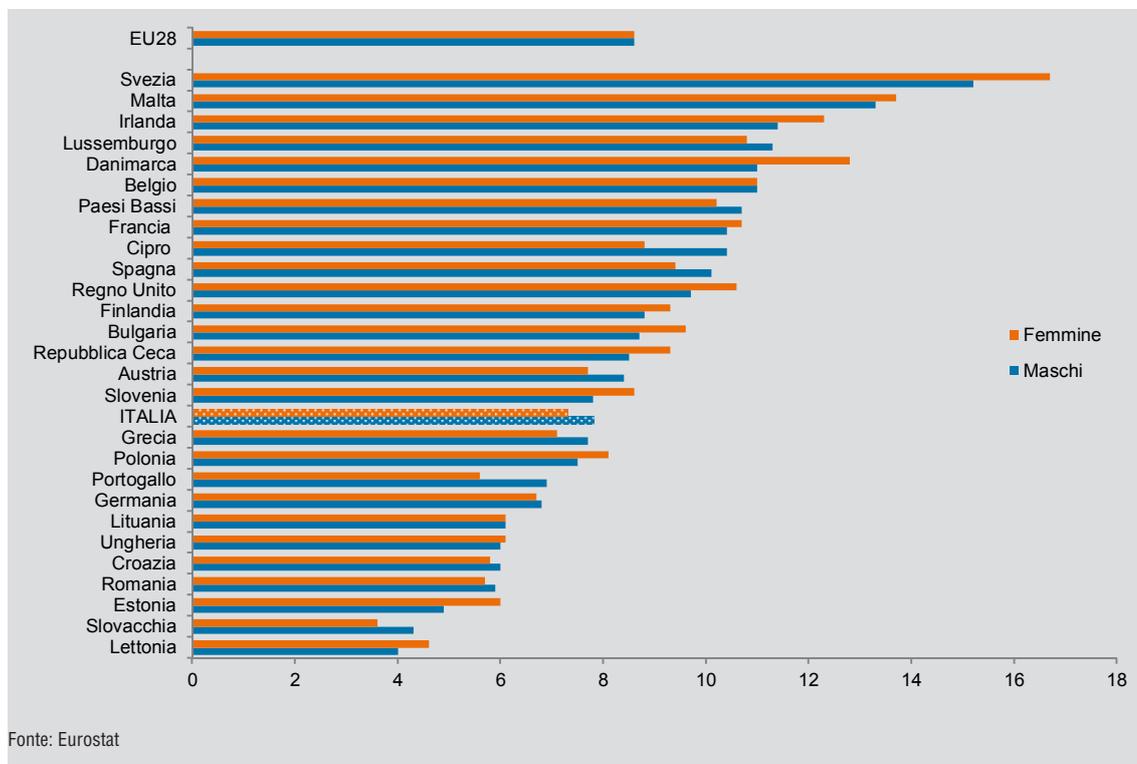


Figura 2. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni nei paesi Ue28 - Anno 2014

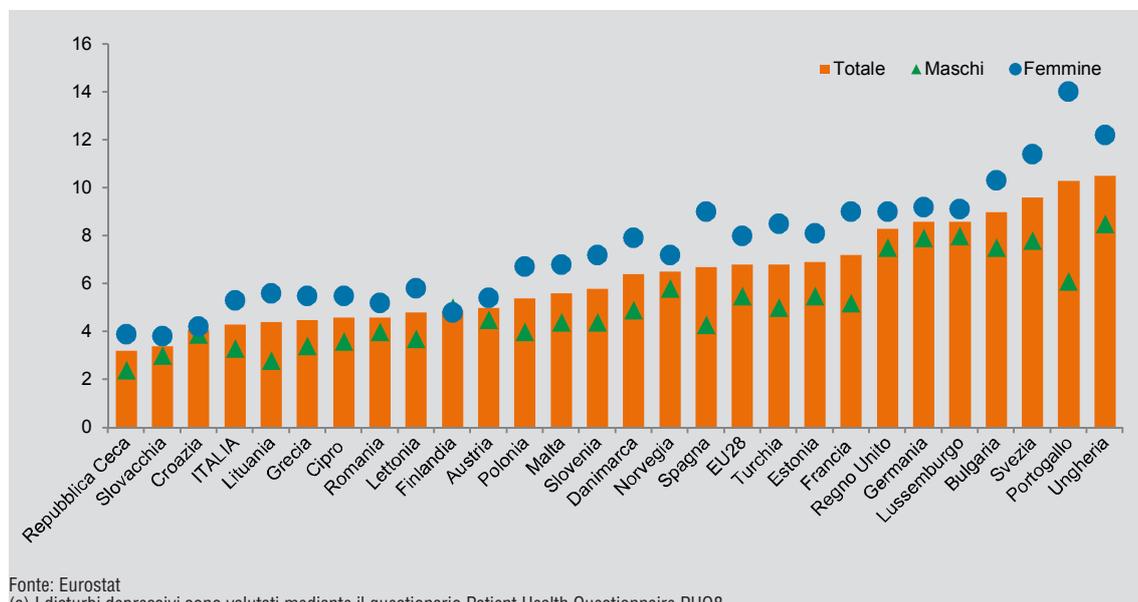
Il tasso di mortalità infantile in Italia è da anni tra i più bassi in Europa. Nonostante il continuo miglioramento di questo indicatore negli ultimi anni, alcuni paesi nel 2014 presentano tassi di mortalità infantile ancora relativamente alti (Romania 8,4 morti ogni 1.000 nati vivi e Bulgaria 7,6). Nel 2014, i tassi di mortalità infantile più bassi sono stati registrati, invece, a Cipro (1,4 morti ogni 1.000 nati vivi), in Slovenia (1,8) e in Svezia (2,2); l'Italia segue a breve distanza con quasi 3 decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi.

L'indagine sulla salute EHIS (European Health Interview Survey) consente per la prima volta di monitorare alcuni aspetti rilevanti della salute mentale e confrontare tra loro i paesi europei. Il Piano di Azione europeo per la salute mentale 2013-2020 fa riferimento alle attività da mettere in campo per contrastare i disturbi mentali che purtroppo generano un elevato carico di malattia e di cura⁵. I disturbi mentali hanno un forte impatto sulla qualità della vita, sia del malato sia dei suoi familiari, possono ridurre la capacità lavorativa e di reddito, generando una maggiore esposizione al rischio di povertà. Tra i disturbi mentali più diffusi nella popolazione si annoverano la depressione e i disturbi d'ansia. Uno degli indicatori disponibili per il confronto a livello europeo della prevalenza di disturbi depressivi è quello derivante dalla somministrazione del questionario PHQ8 (Personal Health Questionnaire Depression Scale)⁶, utilizzato per lo screening dei sintomi depressivi. Rispetto ad altri paesi

⁵ Secondo le stime dell'OMS il 12% degli anni di vita persi (DALY) nel 2013 nei paesi ad alto reddito sono dovuti a disturbi mentali. Per DALY si intendono anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o mortalità (DALY - Disability-adjusted life-year, indicatore che combina l'impatto complessivo sulla salute generale di malattie, disabilità e mortalità) (OMS 2016).

⁶ Il modulo è parte dell'indagine europea sulla salute EHIS.

Meno diffusi in Italia i disturbi depressivi rispetto ad altri paesi europei



Fonte: Eurostat

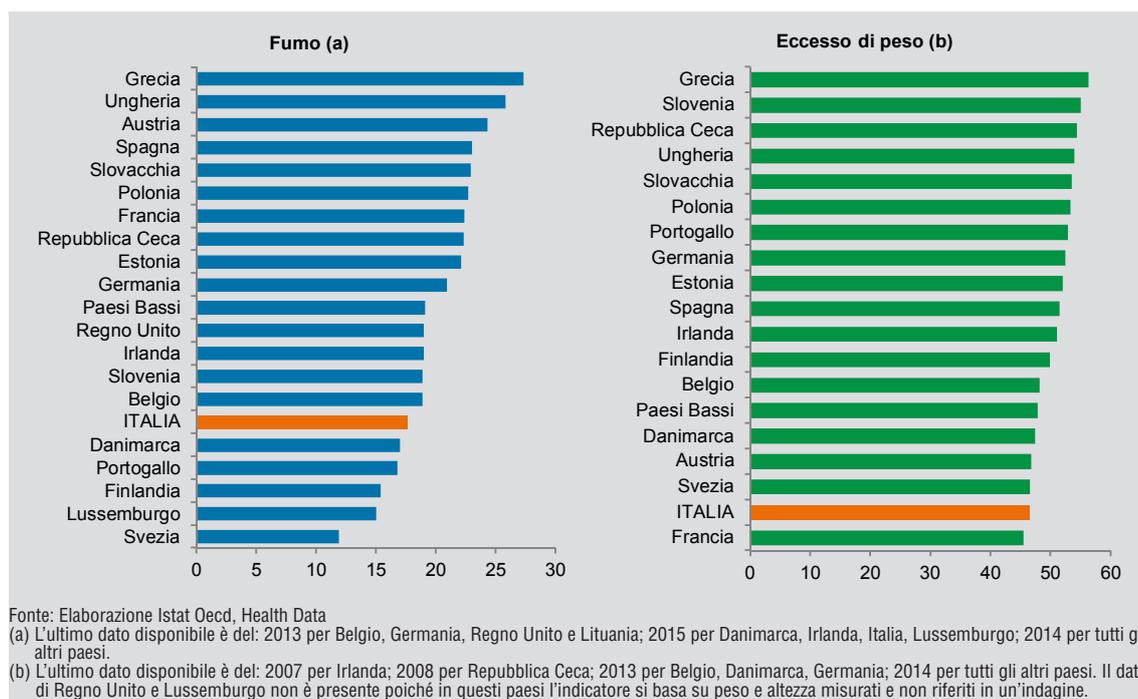
(a) I disturbi depressivi sono valutati mediante il questionario Patient Health Questionnaire PHQ8.

Figura 3. Persone di 15 anni e più con disturbi depressivi (a). Anno 2014. Per 100 persone di 15 anni e più

europei, si evidenzia una posizione favorevole per l'Italia, con una percentuale di persone di 15 anni e più con disturbi depressivi pari al 4,3% a fronte di una media europea del 6,8%.

Ad eccezione della Finlandia i disturbi depressivi si confermano essere più diffusi tra le donne: per l'Italia la stima si attesta al 5,3% tra le donne e al 3,3% tra gli uomini. Lo svan-

L'Italia è tra i paesi europei con percentuali più basse di fumatori quotidiani e di persone in eccesso di peso



Fonte: Elaborazione Istat Oecd, Health Data

(a) L'ultimo dato disponibile è del: 2013 per Belgio, Germania, Regno Unito e Lituania; 2015 per Danimarca, Irlanda, Italia, Lussemburgo; 2014 per tutti gli altri paesi.

(b) L'ultimo dato disponibile è del: 2007 per Irlanda; 2008 per Repubblica Ceca; 2013 per Belgio, Danimarca, Germania; 2014 per tutti gli altri paesi. Il dato di Regno Unito e Lussemburgo non è presente poiché in questi paesi l'indicatore si basa su peso e altezza misurati e non riferiti in un'indagine.

Figura 4. Persone di 15 anni e più che fumano tutti i giorni e persone di 15 anni e più che sono in sovrappeso o obese in alcuni Paesi europei. Anno 2014. Per 100 persone di 15 anni e più

taggio femminile è rilevante per il Portogallo, con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini.

Rispetto a fattori di rischio per la salute quali l'abitudine al fumo e l'eccesso di peso, l'Italia si colloca tra i paesi con i valori più bassi per entrambi gli indicatori. In particolare si fuma meno solo nei paesi del nord Europa, in Lussemburgo e in Portogallo, mentre è in Francia, Italia, Svezia e Austria che si rileva la percentuale più bassa di adulti in eccesso di peso.

Il quadro nazionale

La speranza di vita alla nascita mostra per la prima volta nel 2015 una lieve flessione, dopo il lento ma costante incremento registrato negli ultimi dieci anni. Nel 2014 la vita media attesa aveva raggiunto il valore massimo di 82,6 anni (superando per la prima volta la soglia degli 80 anni per gli uomini e raggiungendo gli 85 anni per le donne) mentre nel 2015 scende a 82,3, valore più prossimo a quello registrato nel 2013, secondo le stime Istat⁷. Il 2015 è stato del resto un anno caratterizzato da un incremento dei decessi, in parte dovuto all'invecchiamento della popolazione e in parte ad un effettivo incremento dei livelli di mortalità, imputabile a fattori congiunturali legati a contesti epidemiologici particolari (ad esempio sindromi influenzali) e a contesti climatici atipici, come l'estate particolarmente torrida. Va considerato inoltre che i due anni precedenti (2013 e 2014) sono stati caratterizzati da livelli di mortalità particolarmente bassi, che hanno favorito la presenza nella popolazione del 2015 di individui in condizioni di maggiore fragilità (soprattutto anziani e molto anziani). Il concorrere di tali circostanze nel 2015 avrebbe causato un aumento dei decessi tra gli anziani e in altri gruppi di popolazione con maggiori fragilità di salute⁸. L'incremento straordinario di mortalità nel 2015 è stato peraltro osservato anche in altri paesi (ad esempio Francia, Spagna, Inghilterra), con riferimento agli stessi periodi dell'anno⁹. L'ipotesi dell'importanza dei fattori congiunturali eccezionali viene inoltre confermata dai più recenti dati del bilancio demografico mensile dell'Istat, che mostrano per i primi mesi del 2016 una mortalità nuovamente in diminuzione.

La maggiore mortalità nel 2015 non ha determinato un impatto negativo sugli indicatori che combinano la speranza di vita con le condizioni di salute riferite: la speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta nel 2015 a 58,3 anni (era pari a 58,2 nel 2013 e nel 2014). Migliora in misura significativa nel 2014 e nel 2015, rispetto al 2013, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, che si attesta a 9,7 anni nel 2015, rispetto a 9,2 anni del 2013.

Nel 2013, l'indicatore selezionato per monitorare la mortalità infantile in Italia continua a diminuire, è sceso infatti a 29,6 decessi per 10.000 nati vivi, contro il valore di 30 del 2012. Contribuisce alla diminuzione del tasso la maggiore riduzione della mortalità infantile dei bambini di genitori stranieri residenti in Italia (15% dei decessi nel primo anno di vita), sebbene i tassi di mortalità infantile siano ancora lievemente superiori rispetto a quelli

⁷ La stima Istat non coincide con la stima Eurostat poiché il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat adotta un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più).

⁸ Michelozzi P., de' Donato F., Scortichini M., De Sario M., Asta F., Agabiti N., Guerra R., de Martino A., Davoli M., Sull'incremento della mortalità in Italia nel 2015: analisi della mortalità stagionale nelle 32 città del Sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera Anno 40 (1) gennaio-febbraio 2016.

⁹ Mølbak K., Espenhain L., Nielsen J. et al. Excess mortality among the elderly in European Countries, December 2014 to February 2015, Euro Surveill. 2015;20(11), <http://www.eurosurveillance.org/NetworkEuroMOMO>.

di cittadini italiani. Il decremento della mortalità infantile è in corso da alcuni anni, dal 2006 al 2013 si osserva infatti una riduzione dei decessi da 32,3 a 27,7 per 10.000 nati vivi residenti per i cittadini italiani, e da 49,9 a 40,5 per i bambini che hanno entrambi i genitori di cittadinanza straniera.

La mortalità dei giovani per incidenti da mezzi di trasporto, che rappresenta quasi la metà dei decessi tra i giovani di età compresa tra 15 e 34 anni, continua a mostrare un andamento decrescente, dal 2012 al 2013 passa da 0,8 a 0,7 decessi per 10.000 residenti di 15-34 anni.

Nelle età centrali della vita, tra i 20 e i 64 anni, la mortalità per i tumori maligni è ulteriormente diminuita tra il 2012 e il 2013, passando da 8,9 a 8,6 decessi per 10.000 residenti. Si tratta di decessi in parte evitabili con interventi di prevenzione primaria - volti alla riduzione della diffusione dei fattori di rischio di insorgenza - e con la prevenzione secondaria basata su controlli ed esami diagnostici.

Nelle età più avanzate della vita, le demenze e le malattie mentali sono patologie diffuse e con un trend in crescita, associato al progressivo invecchiamento della popolazione¹⁰.

Dopo un periodo di tendenziale aumento dei tassi standardizzati di mortalità oltre i 65 anni per demenze e malattie del sistema nervoso, nel 2013 si assiste ad un'inversione del trend con un forte declino di questo indicatore, che assume il valore di 25,8 decessi per 10.000 abitanti, il più basso del quinquennio precedente per entrambi i generi (fatta eccezione per il valore del tasso maschile del 2010).

Ai fini della valutazione della sostenibilità degli attuali livelli di benessere della popolazione è utile monitorare l'andamento di alcuni potenziali fattori di rischio o di protezione per la salute. Sebbene infatti l'insorgenza di patologie cronico-degenerative si manifesti soprattutto nella fase avanzata della vita, la strategia da tempo promossa dall'OMS per contrastare la loro diffusione impegna in primo luogo la responsabilità individuale dei cittadini, con l'adozione di comportamenti e stili di vita salutari lungo tutto il percorso di vita (*life long approach*). Nel 2015, per la prima volta negli ultimi 10 anni, la percentuale standardizzata di persone di 18 anni e più in eccesso di peso scende al 43,2%, con un calo di oltre un punto rispetto al 2014. Tuttavia il calo riguarda prevalentemente la quota di adulti in sovrappeso, mentre la percentuale di obesi rimane stabile (9,3% nel 2015). A questa riduzione non si accompagna una diminuzione nella percentuale di popolazione sedentaria, che nel 2015 rimane stabile al 39,7% delle persone di 14 anni e più. Considerando un arco temporale più ampio, il calo evidenziato per i sedentari rimane comunque molto contenuto: rispetto al 2005 è di appena 1,5 punti percentuali. Con questi ritmi appare difficile raggiungere gli obiettivi enunciati dall'Oms (ovvero la riduzione del 10% della quota di quanti svolgono un'attività fisica insufficiente entro il 2025), senza attivare ulteriori interventi e politiche efficaci.

Dopo anni di stabilità, il consumo di quantità adeguate di frutta e verdura aumenta leggermente, soprattutto tra le donne, tuttavia complessivamente tale quota non raggiunge nemmeno un quinto della popolazione di 3 anni e più (18,8%).

Dopo un lungo trend di graduale diminuzione, rimane stabile nel 2015 la proporzione standardizzata di fumatori (il 20,2% delle persone di 14 anni e più). Nonostante la battuta d'arresto, l'Italia può aspirare a raggiungere il target indicato dall'Oms, che ha fissato al

¹⁰ Anche nelle proiezioni sulla prevalenza della demenza, presentate nel World Alzheimer Report, si sottolinea l'importanza del progressivo invecchiamento della popolazione come fattore determinante per l'incremento della prevalenza della demenza nella popolazione anziana. Cfr <http://www.epicentro.iss.it/problemi/alzheimer/WAR2015.asp>; Alzheimer's Disease International "World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends" <http://www.worldalzreport2015.org/>

30% la soglia minima di riduzione della proporzione di fumatori entro il 2025: per l'Italia significa che la quota di fumatori dovrebbe scendere di poco più di 2 punti percentuali. Altri indicatori confermano il trend positivo di lungo periodo: il numero medio di sigarette fumate al giorno è in calo (da 13,1 nel 2005 a 11,6 nel 2015) così come i forti fumatori (almeno 20 sigarette al giorno fumate) che scendono a 4,3% per 100 fumatori nel 2015.

Per quel che riguarda l'indicatore sul consumo a rischio di alcol (consumo abituale che supera le soglie specifiche per genere e fasce di età e *binge drinking*), nel 2015 si annulla il miglioramento registrato lo scorso anno, con il 16,4% delle persone di 14 anni e più che presenta abitudini di consumo di alcol considerate a rischio. L'analisi disgiunta delle due componenti dell'indicatore mostra che tale crescita è dovuta esclusivamente all'aumento del *binge drinking* (da 6,9% nel 2014 a 7,8% nel 2015), poiché rimane stabile la percentuale di persone che consumano alcol oltre le quantità giornaliere raccomandate. Va sottolineato che il trend degli ultimi 8 anni del consumo a rischio di alcol mostra un andamento decrescente, in linea con l'evoluzione del fenomeno nelle zone dell'Europa meridionale¹¹: in Italia la quota di consumatori di alcol a rischio è passata, infatti, dal 21,9% del 2007 al 16,4% del 2015, con una sola interruzione nei primi anni della crisi economica.

Le principali differenze

La dinamica della sopravvivenza osservata negli ultimi anni conferma la riduzione del vantaggio delle donne, che nel 2005 vivevano mediamente 5,4 anni in più degli uomini, mentre nel 2015 la differenza si è ridotta a 4,5 anni.

Sempre nel 2015 la speranza di vita in buona salute si conferma essere più favorevole per gli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 59,2 anni e 57,5 anni). La speranza di vita senza limitazioni a 65 anni continua molto lentamente a progredire per entrambi i sessi e non evidenzia differenze di genere, raggiungendo nel 2015 9,9 anni per gli uomini e 9,6 anni per le donne.

La flessione della speranza di vita nel 2015 per gli uomini è distribuita in modo pressoché simile in tutte le regioni, mentre per le donne mostra differenziazioni sul territorio. In alcune regioni, come ad esempio in Toscana, Abruzzo e Veneto, la riduzione si è manifestata già nel 2014 con una ripresa nell'anno successivo che riporta il dato regionale alla stima del 2013. In altre regioni, come il Piemonte, l'incremento del numero di anni di vita atteso registrato nel 2014, si annulla nell'anno successivo.

L'andamento del tasso di mortalità infantile si differenzia a seconda del genere, per le femmine si passa da 28,5 nel 2012 a 25,3 per 10.000 nate vive nel 2013; per i maschi, dopo il forte calo osservato nel 2012 (31,5 per 10.000 nati vivi), nel 2013 si attesta al 33,7 per 10.000 nati vivi. A livello territoriale permane lo svantaggio del Mezzogiorno con i tassi più elevati rispetto al resto del Paese, sebbene si riducano i differenziali territoriali. Nel 2013, nel Mezzogiorno, il tasso diminuisce rispetto al 2012 passando da 38,8 a 37,8 per 10.000 nati vivi, viceversa un lieve aumento si registra nel Centro Italia dove il tasso da 25,8 sale a 26,2 per 10.000 nati vivi; l'aumento riguarda soprattutto le regioni Marche e Lazio.

La riduzione della mortalità per incidenti da mezzi di trasporto nei giovani riguarda soprattutto i maschi (da 1,3 a 1,1 per 10.000 residenti) poiché il tasso femminile è notevolmente più basso e sostanzialmente stabile già dal 2010 (0,3 per 10.000). La forte contra-

¹¹ Istat, 2015. Le dimensioni della salute in Italia.

zione che si osserva nelle regioni del Nord e del Centro riduce sensibilmente i differenziali territoriali di mortalità per queste cause. Fanno eccezione le province autonome di Bolzano e Trento, per le quali il tasso maschile aumenta dal 2012 al 2013. Le stesse province, insieme alla Sardegna, sono peraltro le aree territoriali con i livelli più elevati di mortalità tra i maschi per queste cause.

Il calo nella mortalità per tumore tra gli adulti è particolarmente rilevante tra gli uomini, per i quali il tasso passa da 10,1 a 9,7 per 10.000 residenti, ciò ha ridotto lo scarto rispetto alle donne per le quali il tasso è pari a 7,6 per 10.000 nel 2013. La riduzione tra gli uomini si manifesta quasi esclusivamente nelle regioni del Nord e del Centro, mentre nel Mezzogiorno persistono valori del tasso superiori alla media nazionale, in particolare in Sardegna, Campania e Basilicata. Tra le donne le differenze territoriali non sono particolarmente marcate.

Il tasso standardizzato di mortalità oltre i 65 anni per demenze e malattie del sistema nervoso è pari a 26,9 per 10.000 abitanti per gli uomini e 24,6 per le donne. La geografia della mortalità per queste cause resta pressoché invariata nel 2013 con il primato negativo del Nord con un tasso pari a 29,6 per gli uomini e 26,5 (per 10.000), per le donne. Superiori alla media nazionale i valori registrati in Valle d'Aosta, Veneto, Liguria e Piemonte per entrambi i generi, mentre in Calabria, Campania, Molise e Basilicata si registrano i valori più bassi per entrambi i sessi.

L'analisi delle disuguaglianze nell'adozione di stili di vita salutari non può prescindere dall'analisi congiunta di alcune caratteristiche individuali e di contesto che hanno impatto sui comportamenti. A parità delle altre caratteristiche, sono le donne, le persone con un elevato titolo di studio e quelle residenti al Centro e al Nord ad adottare stili di vita più salutari. Si segnalano tuttavia alcune eccezioni, in particolare la sedentarietà è un'abitudine riscontrabile maggiormente tra le donne, il fumo e il consumo a rischio di alcol caratterizza maggiormente i residenti nel Centro-Nord e, nel caso dell'alcol, non emerge alcuna associazione con il titolo di studio¹².

L'eccesso di peso è un fenomeno che si differenzia particolarmente per età, in particolare le percentuali più elevate si osservano tra le persone di 65-74 anni (68,6% tra gli uomini e 55,1% tra le donne).

Il calo evidenziato nella prevalenza standardizzata di eccesso di peso tra il 2014 e il 2015 è più evidente tra le donne, che presentano da sempre percentuali molto più basse. Tuttavia, nel lungo periodo, il divario di genere rimane invariato, con circa 19 punti percentuali in più tra gli uomini dal 2005 a oggi. È interessante evidenziare anche la riduzione nella proporzione di donne obese, con una flessione maggiore nelle regioni del Nord (da 8,6% obese nel 2014 a 7,3% nel 2015). Il Mezzogiorno rimane la ripartizione con la percentuale più alta di adulti in eccesso di peso (47,9%). La diminuzione più consistente nel corso dell'ultimo anno si osserva in Friuli-Venezia Giulia e nelle Marche che, insieme a Lombardia e Trentino-Alto Adige, rappresentano le regioni con la più bassa quota di adulti in eccesso di peso.

La relazione tra sedentarietà e eccesso di peso, evidenziata in molti studi epidemiologici, trova conferma nei dati del 2015: a parità di genere, classe di età, ripartizione territoriale e titolo di studio, il rischio di essere in eccesso di peso aumenta del 23% tra le persone sedentarie rispetto alle persone più attive¹³.

¹² 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.

¹³ Vedi nota 12.

Nel Mezzogiorno e tra gli uomini più persone in eccesso di peso

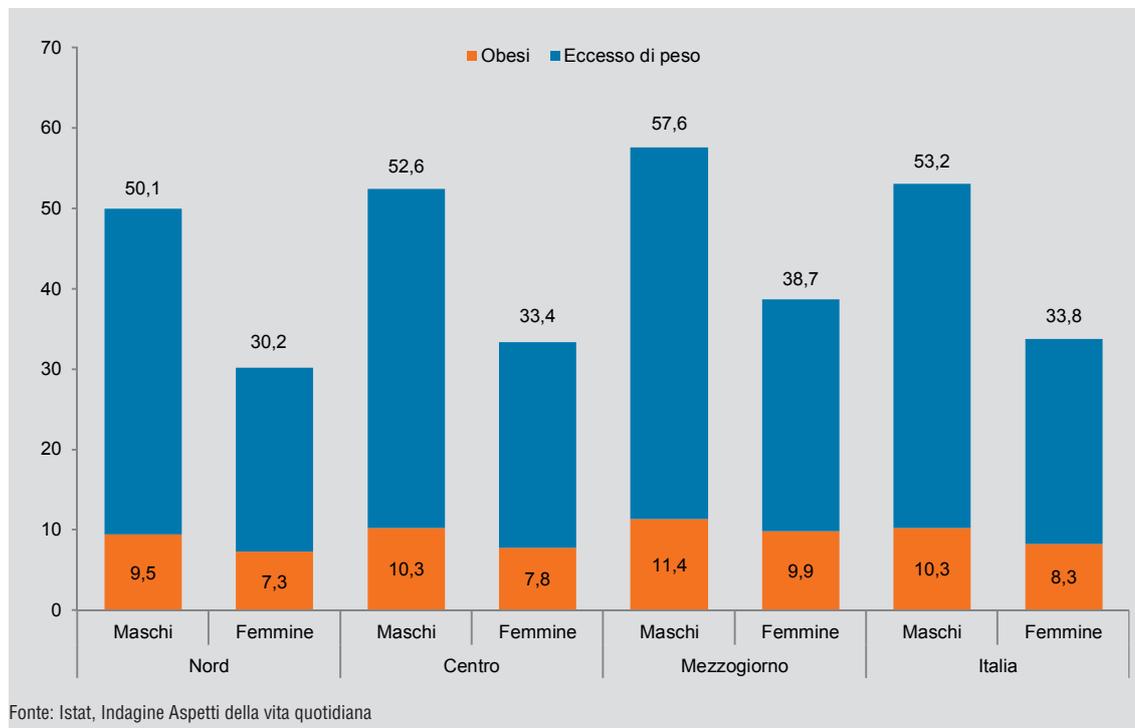


Figura 5. Proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso e obese per sesso e ripartizione geografica. Anno 2015. Per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche.

Stili di vita sedentari sono maggiormente diffusi tra le persone più anziane, tuttavia anche tra i giovani le percentuali sono rilevanti: tra le giovani donne di 20-24 anni circa un terzo non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero.

Le disuguaglianze relative a comportamenti sedentari sono costanti nel tempo, lo svantaggio del Mezzogiorno si mantiene intorno a 25 punti percentuali e quello delle donne a 8 punti percentuali. In alcune regioni si rileva tuttavia un miglioramento nel corso dell'ultimo anno, in particolare Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige e Marche raggiungono nel 2015 la percentuale più bassa di sedentari dal 2005, e in Puglia tale percentuale cala tra il 2014 e il 2015 di oltre 5 punti percentuali.

Per il consumo di porzioni non adeguate di frutta e verdura, le differenze tra le regioni sono rilevanti, con le percentuali più basse di consumo adeguato in Molise e Basilicata (entrambe sotto il 10% nel 2015). Al contrario in Piemonte e nelle Marche oltre un quarto della popolazione di 3 anni e più consuma almeno 4 porzioni al giorno tra frutta e verdura.

Le differenze di genere a svantaggio degli uomini e lo svantaggio del Mezzogiorno tendono ad ampliarsi negli ultimi due anni, a causa dell'incremento dell'indicatore registrato nel corso dell'ultimo anno prevalentemente tra le donne del Centro-Nord. Riguardo invece l'abitudine al fumo, il maggiore decremento della prevalenza di fumatori tra gli uomini registrato negli ultimi anni, rispetto alle loro coetanee, determina una lenta riduzione del loro svantaggio nella propensione al fumo, sebbene le differenze nella prevalenza rimangano consistenti: nel 2015, infatti, un quarto degli uomini dichiara di fumare, rispetto al 15,8% delle donne. Le percentuali più basse si osservano tra le donne residenti in Puglia, Basilicata, e Calabria (circa 11%), le più alte tra gli uomini della Campania (30,5%).

Sono marcate le differenze di genere anche nel caso del consumo di alcol a rischio: tra gli uomini la percentuale di persone che presenta almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol è di circa 15 punti percentuali superiore a quella che si registra tra le donne, con differenze invariate rispetto al 2014. Il divario tra il Nord e il Mezzogiorno, nel 2015 torna ad acuirsi a causa dell'aumento rilevato al Nord e al Centro.

Le regioni nelle quali il consumo a rischio è maggiormente diffuso rimangono la Valle d'Aosta (24,3%), il Friuli-Venezia Giulia (22,2%), il Trentino-Alto Adige (21,3%) e la Sardegna (21,0%); tra queste l'unica in cui si registra una diminuzione consistente è il Trentino-Alto Adige, che nel 2015 sperimenta la percentuale più bassa dal 2007.

Particolare attenzione merita il monitoraggio del *binge drinking* tra i più giovani, le percentuali più elevate si osservano tra i maschi di 20-24 anni (23,7%), di 25-29 anni (20,1%) e di 30-34 anni (19,5%). In queste fasce di età si osserva un incremento di circa 2 punti percentuali rispetto al 2014.

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. **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) standardizzati* all'interno della fascia di età 15-34 anni.
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) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni.
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) standardizzati* all'interno della fascia di età 65 anni e più.
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 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 italiana al censimento 2001.

Indicatori e indice composito per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	1	2	3	4	5	6	7
	Speranza di vita alla nascita (a)	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 standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto (d)	Tasso standardizzato di mortalità per tumore (e)
	2015	2015	2013	2013	2013	2013	2013
Piemonte	82,1	58,3	51,7	49,0	23,8	0,8	8,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	81,1	60,2	51,4	49,4	18,9	0,4	8,2
Liguria	82,2	59,0	51,7	50,1	23,7	0,4	8,6
Lombardia	82,8	59,1	51,7	49,4	24,8	0,6	8,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	83,3	67,6	51,8	50,3	26,0	1,1	7,8
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>83,2</i>	<i>70,1</i>	<i>51,9</i>	<i>51,1</i>	<i>24,6</i>	<i>1,3</i>	<i>7,8</i>
<i>Trento</i>	<i>83,5</i>	<i>65,2</i>	<i>51,7</i>	<i>49,6</i>	<i>27,4</i>	<i>0,8</i>	<i>7,8</i>
Veneto	82,9	59,5	51,4	49,3	22,4	0,9	8,0
Friuli-Venezia Giulia	82,4	60,2	51,6	49,6	33,0	1,0	9,1
Emilia-Romagna	82,9	60,9	51,3	49,2	27,9	0,8	8,1
Toscana	82,8	60,4	51,9	48,9	18,7	0,6	8,1
Umbria	82,9	59,6	51,2	49,3	23,1	0,5	7,9
Marche	83,0	58,9	51,4	48,0	21,4	0,5	8,6
Lazio	82,2	57,6	51,2	49,4	32,0	0,8	9,0
Abruzzo	82,3	58,5	51,3	49,0	28,7	0,4	7,8
Molise	82,1	56,3	51,0	49,7	39,7	0,8	7,7
Campania	80,5	56,1	50,9	48,3	39,8	0,4	10,0
Puglia	82,4	57,2	50,6	48,7	29,1	0,8	8,5
Basilicata	82,0	57,3	50,5	48,9	36,6	0,7	8,5
Calabria	81,9	50,2	49,9	48,7	47,3	0,7	7,6
Sicilia	81,3	56,5	50,8	48,9	41,4	0,8	8,8
Sardegna	82,2	54,8	50,2	49,4	34,5	1,1	10,0
Nord	82,7	59,6	51,6	49,4	25,0	0,7	8,4
Centro	82,6	58,8	51,5	49,1	26,2	0,7	8,6
Mezzogiorno	81,6	56,0	50,7	48,8	37,8	0,7	9,0
Italia	82,3	58,3	51,2	49,1	29,6	0,7	8,6

- a) Numero medio di anni;
 (b) Punteggi medi standardizzati;
 (c) Per 10.000 nati vivi;
 (d) Per 10.000 persone di 15-34 anni;
 (e) Per 10.000 persone di 20-64 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;
 (i) Per 100 persone di 3 anni e più;
 (l) Composito degli indicatori 1, 2, 3, 4 e 9. Italia 2010 = 100.

8	9	10	11	12	13	14	Composito Salute (l)
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)	
2013	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
29,2	10,9	38,6	21,1	19,7	29,4	25,7	106,7
39,4	8,8	39,2	19,8	24,3	23,7	18,1	100,9
30,3	10,0	40,4	23,8	15,8	33,6	19,5	110,1
27,2	11,4	38,3	19,7	18,5	30,8	20,2	111,7
26,8	10,7	37,5	17,4	21,3	13,2	18,0	121,3
26,8	11,0	39,4	20,2	23,2	10,6	12,3	125,7
27,0	10,5	35,7	14,7	19,5	15,7	23,5	116,9
30,2	10,7	42,4	17,9	20,3	26,6	18,4	109,7
25,2	11,0	38,4	19,5	22,2	28,8	20,8	111,0
25,8	9,8	42,5	21,7	18,7	30,0	24,4	108,0
25,1	11,3	42,6	21,4	18,4	32,5	22,8	111,3
22,3	10,9	41,6	22,4	15,7	39,5	22,0	109,1
27,5	8,7	38,3	20,0	19,0	33,8	25,8	100,1
21,1	9,6	43,7	21,5	13,4	43,2	21,9	104,1
27,9	9,4	46,9	21,6	16,0	41,1	12,3	103,6
21,3	9,7	49,8	22,7	18,1	54,3	8,5	103,3
20,6	6,8	50,8	22,5	10,6	58,2	13,6	86,8
25,4	8,7	48,9	17,6	14,5	51,0	10,7	97,5
20,4	9,4	47,9	19,0	15,2	51,2	9,3	98,1
19,4	7,7	47,0	18,2	14,7	56,9	11,4	86,3
24,4	7,4	46,1	20,4	10,2	58,3	15,0	93,2
29,6	9,2	41,0	21,1	21,0	35,3	20,0	97,0
28,0	10,8	39,9	19,9	19,2	29,4	21,3	110,4
23,6	10,1	42,6	21,1	15,9	38,7	22,5	107,0
23,7	7,9	47,9	20,2	13,0	53,8	13,4	93,8
25,8	9,7	43,2	20,2	16,4	39,7	18,8	103,9