

FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE: PESO, SEDENTARIETÀ, FUMO E ALCOL | ANNO 2025

Sedentarietà in calo, stabili eccesso di peso, consumo di alcol a rischio e abitudine al fumo

 Nel 2025 continua a ridursi la sedentarietà (**-2,4 punti percentuali** rispetto al 2024), problema che ancora riguarda tre persone su 10 nella popolazione di 3 anni e più (30,8%).

Con valori stabili negli ultimi 3 anni, la quota di persone adulte in eccesso di peso è pari al **46,4%**.

Il **15,1%** della popolazione di 11 anni e più ha almeno un comportamento di consumo di **alcol a rischio** mentre il **18,6%** è fumatore.

Quasi raddoppiato in 4 anni l'uso della sigaretta elettronica e di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (dal 3,9% nel 2021 al 7,4% nel 2025).

49,8%

La quota di sedentari di 25 anni e più tra le persone con basso titolo di studio.

Scende al 15,0% tra i laureati.

51,1%

La quota di popolazione adulta con obesità e/o con altre patologie croniche.

26,0%

La quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso (media 2024-2025).

Sale al 34,1% nelle regioni del Sud.

www.istat.it

UFFICIO STAMPA

tel. +39 06 4673.2243/44
ufficiostampa@istat.it

CONTACT CENTRE

[Contact Centre](#)
[Contact per i media](#)



I principali fattori di rischio per la salute e l'azione di prevenzione

Eccesso di peso, sedentarietà, abitudine al fumo e uso non moderato di alcol costituiscono stili di vita che aumentano il rischio di sviluppare patologie croniche. Poiché si tratta per lo più di comportamenti modificabili, il loro monitoraggio, la diagnosi precoce e le azioni di contrasto rappresentano interventi essenziali di prevenzione.

Nel confronto europeo (Ue27), l'Italia presenta tassi molto bassi di obesità e una quota inferiore di fumatori abituali; tuttavia, il nostro Paese si distingue anche per la scarsa diffusione dell'attività fisica tra gli adulti, che spesso non raggiunge i livelli raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il mantenimento di un buon stato salute.

Secondo il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025ⁱ, i principali fattori di rischio, insieme alle condizioni ambientali e al contesto sociale, economico e culturale, sono responsabili di circa il 60% delle malattie croniche non trasmissibili, ossia di quelle cause più frequentemente responsabili della mortalità in Italia e nel mondo. Il Piano adotta una visione integrata della salute fondata sull'equilibrio tra benessere umano, ecosistemi e ambiente, sottolineando l'importanza di interventi di prevenzione primaria fin dalle prime fasi della vita, affinché producano benefici duraturi per l'individuo, la comunità e le generazioni future.

Rilevante, in questo quadro, anche la recente approvazione della Legge n. 149/2025, che riconosce l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. La norma prevede l'inclusione delle prestazioni per la sua cura nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e istituisce un programma nazionale dedicato alla prevenzione e al trattamento.

Oltre quattro adulti su 10 in eccesso di peso

Nel 2025 è pari al 46,4% la quota di persone di 18 anni e più in eccesso di peso, tra queste il 34,8% è in sovrappeso e l'11,6% in condizione di obesità (5 milioni 750mila persone).

Il dato è stabile rispetto a quanto registrato nell'ultimo triennio (era pari al 46,3% nel 2023). Tuttavia, l'analisi degli ultimi 10 anni mette in evidenza un incremento di 1,3 punti percentuali, determinato dalla componente dell'indicatore relativa all'obesità, passata dal 9,8% all'11,6%. È diminuita leggermente, invece, la quota relativa al sovrappeso, passata dal 35,5% nel 2015 al 34,8% nel 2025.

L'incremento dell'obesità nel tempo ha riguardato in egual misura uomini e donne, interessando soprattutto la popolazione di 18-54 anni (+2,4 punti percentuali), mentre nelle altre classi di età il fenomeno si è mantenuto complessivamente stabile.



ECCESSO DI PESO, SEDENTARIETÀ, FUMO E ALCOL NEL 2025: I NUMERI CHIAVE

INDICATORE	VALORE ASSOLUTO (in migliaia)	VALORE PERCENTUALE*	VARIAZIONE IN PUNTI PERCENTUALI RISPETTO AL 2015**
ECCESSO DI PESO			
Persone in eccesso di peso di 18 anni e più	23.074	46,4	+1,3
- di cui in sovrappeso	17.324	34,8	-0,5
- di cui obese	5.750	11,6	+1,8
Persone in eccesso di peso di 3-17 anni*	2.008	26,0	-0,5
SEDENTARIETÀ (3 anni e più)			
Persone che nel tempo libero non praticano né sport né attività fisica	17.674	30,8	-2,4
FUMO, SIGARETTA ELETTRONICA, TABACCO RISCALDATO NON BRUCIATO (11 anni e più)			
Fumatori tradizionali	9.999	18,6	-0,4
Sigaretta elettronica e/o tabacco riscaldato non bruciato*	3.968	7,4	+3,4
CONSUMO DI ALCOL A RISCHIO (11 anni e più)			
Almeno un comportamento di consumo a rischio ⁱ	8.079	15,1	-0,6
- di cui Consumo abituale eccedentario	4.439	8,3	-2,3
- di cui Binge drinking	4.408	8,2	+1,3

ⁱPer l'eccesso di peso dei minori di 3-17 anni il dato è riferito alla media 2024-2025.
^{**}Per l'eccesso di peso dei minori di 3-17 anni il confronto è con la media 2014-2015, per sigaretta elettronica e/o tabacco riscaldato non bruciato con il 2021.

Un minore su quattro in eccesso di peso

Tra gli adulti l'eccesso di peso colpisce soprattutto gli uomini: nel 2025, infatti, il 55,1% degli uomini risulta in eccesso ponderale contro il 38,2% delle donne. Il divario è particolarmente evidente tra i 35 e i 59 anni, dove gli uomini superano le donne di oltre 20 punti percentuali. Tale differenza si riduce a circa 7 punti percentuali tra i 18 e i 34 anni e a circa 10 dai 75 anni in su.

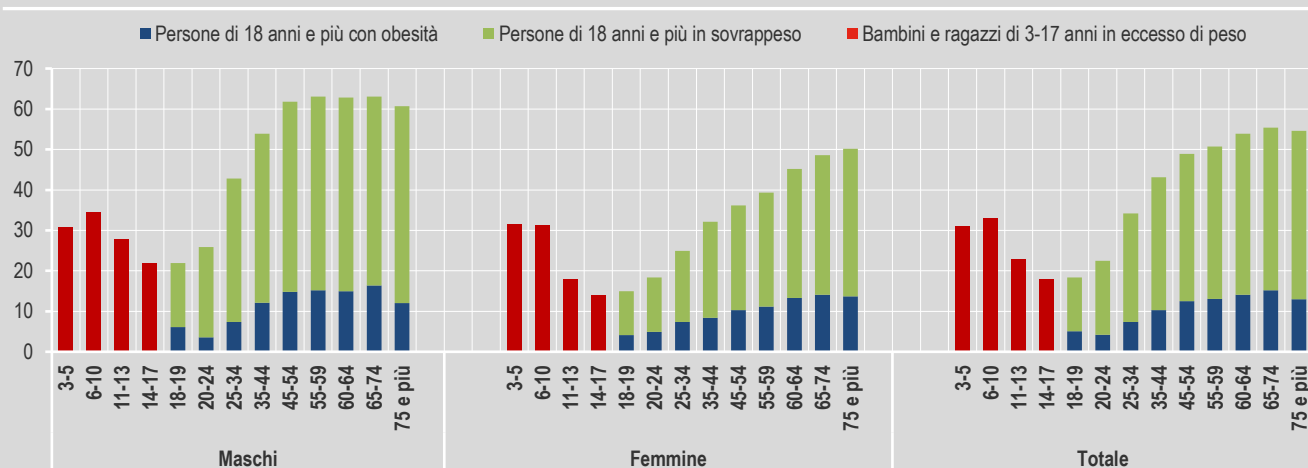
Anche nel caso specifico dell'obesità, le prevalenze sono più alte tra gli uomini, ma con differenze per età meno marcate, pari al massimo a quattro punti nell'età centrale. Il picco di prevalenza dell'obesità, sia per gli uomini sia per le donne, è a 65-74 anni: pari al 16,4% tra i primi e al 14,1% per le seconde. Dopo i 74 anni l'obesità si riduce (12,0% e 13,7%, rispettivamente).

La quota di persone in eccesso di peso cresce all'aumentare dell'età. In particolare, il sovrappeso passa dal 16,8% nella fascia di età 18-24 anni al 41,6% tra le persone di 75 anni e più, mentre l'obesità varia dal 4,4% tra i 18-24 anni e il 15,2% tra i 65 e i 74 anni.

Nella fascia di età dai 3 ai 17 anni nel biennio 2024-2025ⁱⁱⁱ poco più di un ragazzo su quattro (il 26,0%) risulta in eccesso di peso^{iv} (per un totale di circa 2 milioni tra bambini e ragazzi). In modalità pressoché costante nel tempo, si osserva una maggiore diffusione tra i bambini di 3-10 anni, dove si raggiunge il 32,3%. Al crescere dell'età, il sovrappeso va diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni (17,9% in eccesso di peso).

Come in passato, anche nel biennio 2024-2025 permane una forte differenza di genere anche tra i più piccoli, con valori più elevati di eccesso di peso tra i maschi (il 28,6% contro il 23,1%). Le differenze di genere si osservano specialmente a partire dalla classe di età 6-10 anni e aumentano nelle classi di età successive.

FIGURA 1. PERSONE DI 3-17 ANNI IN ECCESSO DI PESO E PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ IN SOVRAPPESO OPPURE OBESE PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2025*, valori percentuali



*Per l'eccesso di peso dei minori di 3-17 anni il dato è riferito alla media 2024-2025. Per questa fascia di età si considera solo l'indicatore complessivo di eccesso di peso.

Continua a ridursi la sedentarietà, ma riguarda ancora tre persone su 10

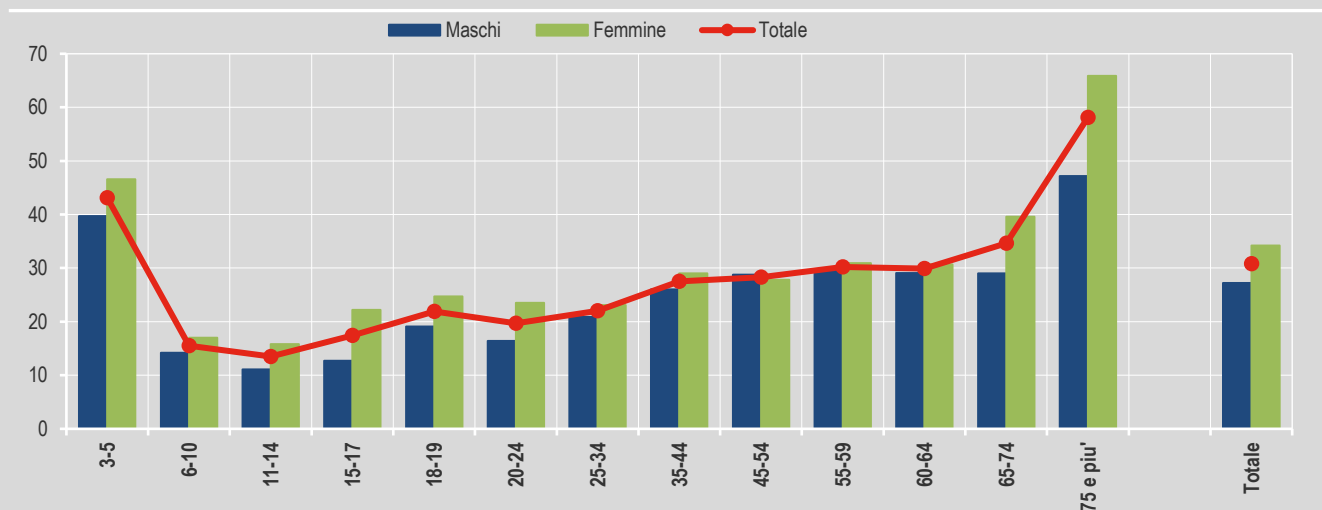
Nel 2025 è pari al 30,8% la quota di persone di 3 anni e più sedentarie, che dichiarano cioè di non svolgere né sport né attività fisica nel tempo libero (circa 17 milioni 670mila persone). L'indicatore di sedentarietà mostra un significativo miglioramento rispetto al 2024 (quando aveva raggiunto il 33,1%), a conferma del *trend* di diminuzione registrato negli ultimi anni. In particolare, la riduzione risulta particolarmente elevata se confrontata con quanto osservato già tre anni prima (-6,4 punti percentuali rispetto al 2022) e ancora di più nel confronto a 10 anni (nel 2015 la sedentarietà riguardava il 39,9% della popolazione).

Rispetto al 2024, la riduzione della sedentarietà ha riguardato uomini e donne (-2,6 punti percentuali gli uni e -2,3 le altre). Inoltre, la sedentarietà è diminuita in quasi ogni fascia di età, con punte di riduzione maggiore tra i 20 e i 54 anni (-3,4 punti percentuali) e tra la popolazione anziana di 75 anni e più (-3,6 punti). Fanno eccezione le bambine di 3-5 anni per le quali, viceversa, si osserva un aumento di inattività fisico-sportiva (dal 39,4% del 2024 al 46,6% del 2025).

Le donne presentano livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini (34,2% contro 27,2%), anche se nel tempo il divario di genere è andato riducendosi (pari a 9,2 punti percentuali nel 2015, scende a 7 punti percentuali nel 2025). Le donne risultano più sedentarie degli uomini a quasi ogni età e, in particolare, tra le persone di 75 anni e più dove si dichiara sedentario il 47,2% degli uomini e il 65,9% delle donne.

La quota di sedentari è pari al 15,5% tra i bambini di 6-10 anni e si mantiene bassa tra i minori, mentre a partire dai 35-44 anni riguarda già più di un adulto su quattro. Tra le persone di 65 anni, invece, più di una persona su tre si dichiara sedentaria, con particolare impatto tra gli ultra-settantaquattrenni, fra i quali quasi sei su 10 dichiarano di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero.

FIGURA 2. PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ SEDENTARIE (NON PRATICANO NÉ SPORT NÉ ATTIVITÀ FISICA NEL TEMPO LIBERO) PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2025, valori percentuali



Nel Mezzogiorno cinque su 10 in eccesso di peso e quattro su 10 sedentari

La geografia dell'eccesso di peso mette in evidenza un forte gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno. Nel 2025 la quota di persone adulte in eccesso di peso raggiunge il 49,3% nel Mezzogiorno (di cui il 37,0% in sovrappeso e il 12,3% con obesità), mentre nel Nord si registrano prevalenze più basse (32,1% e 10,6%, rispettivamente). Si osservano valori particolarmente elevati in Campania (51,5%), Puglia (50,8%), Sicilia (50%) e Molise (48,5%). Rispetto al 2024, aumenta la quota di persone con eccesso di peso nelle regioni dell'Italia insulare (+1,4 punti percentuali) e, viceversa, si riduce nelle regioni del Nord-est (dal 45,2% al 43,6%); la situazione si mantiene pressoché stabile nel resto del territorio. Come per gli adulti, anche per i bambini e i ragazzi si osserva un significativo gradiente territoriale, consolidatosi nel tempo. Le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i minori aumentano significativamente, infatti, passando dal Nord al Sud del Paese. La geografia del problema è tale che delle otto regioni che presentano valori di eccesso di peso superiori alla media nazionale sette si trovano nel Mezzogiorno; si aggiunge il Lazio, sostanzialmente in linea con la media (26,1%). I livelli più elevati, con oltre un terzo di ragazzi in eccesso di peso, si registrano in Campania (36,8%), Calabria (35,7%) e Sicilia (34,6%).

La distribuzione per tipo di comune evidenzia sia, per i giovani che per gli adulti, valori più bassi di eccesso di peso nei comuni centro delle aree metropolitane e più elevati nei comuni fino a 10mila abitanti, con un gradiente che tende a ridursi nei grandi Comuni.

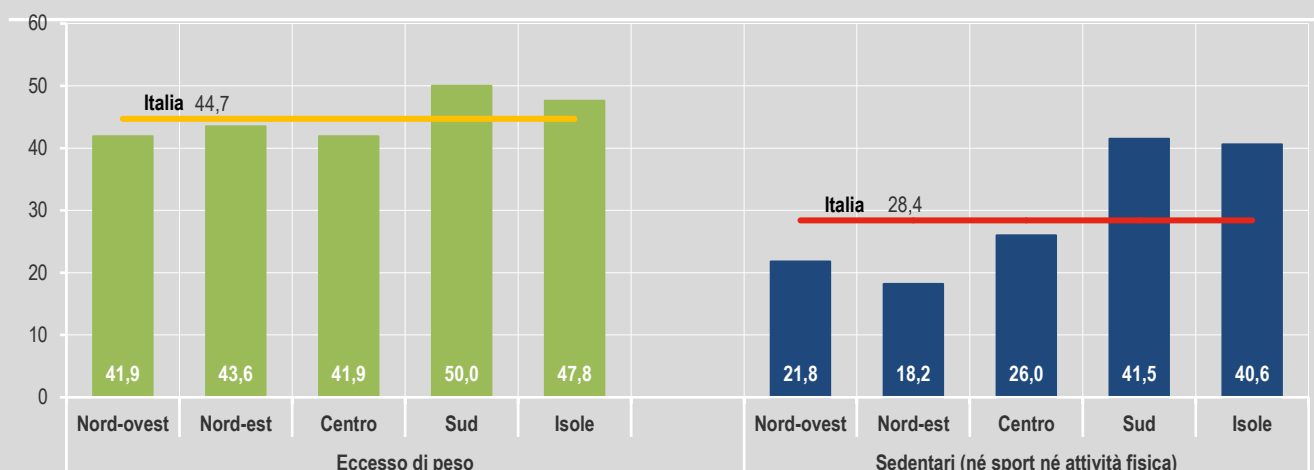
Anche per la sedentarietà l'analisi territoriale mostra una situazione analoga a quella del peso, ma con differenze più marcate. Le prevalenze di persone che non svolgono sport né attività fisica aumentano significativamente passando dal Nord (20,3%) al Centro (26,0%) e al Mezzogiorno (41,2%). In particolare, nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più del 40% della popolazione non pratica né sport né attività fisica, fatta eccezione per la Sardegna dove la percentuale di sedentari si attesta al 26,5%. Le percentuali più elevate di sedentarietà si rilevano in Calabria (46%), Sicilia (45,7%), Campania (44,8%) e Basilicata (41,3%).

Più eccesso di peso e più sedentarietà tra le persone con basso titolo di studio

Per l'eccesso di peso si osservano anche marcate differenze rispetto al titolo di studio. Tra le persone laureate la prevalenza di eccesso di peso è pari al 35,9% (28,9% in sovrappeso e 7,0% obeso), sale al 47,1% tra i diplomati (35,7% in sovrappeso e 11,4% obeso) e raggiunge il 56,4% (15,5% e 40,9%) tra quanti hanno al massimo la licenza media. La prerogativa in base alla quale le persone con titolo di studio più elevato risultano meno esposte ai fattori di rischio dovuti all'eccesso di peso corporeo si riscontra in tutte le fasce di età, sia per gli uomini sia per le donne.

Analogamente, anche i livelli di inattività fisica sono più elevati tra le persone con titolo di studio più basso: la prevalenza di chi non pratica né sport né attività fisica nel tempo libero è pari al 15,0% tra i laureati, sale al 26,1% tra i diplomati e raggiunge il 49,8% tra quanti hanno la licenza media. Le differenze più marcate si osservano nella fascia di età dei 25-44enni, dove la quota di persone con basso titolo di studio che non praticano sport o attività fisica è tre volte e mezzo quella di chi ha i titoli di studio più elevati (44,8% contro 12,6%).

FIGURA 3. PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ IN ECCESSO DI PESO (IN SOVRAPPESO O OBESE) E PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ SEDENTARIE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2025, tassi standardizzati^v per età



Quasi un adulto su tre presenta due o più patologie croniche, inclusa l'obesità

Nel 2025 il 46,8% della popolazione adulta di 18 anni e più ha dichiarato di essere affetto da almeno una patologia cronica in una lista di 19 patologie^{vi}, mentre è pari al 26,5% la quota di chi riferisce la presenza di comorbidità (almeno due patologie croniche).

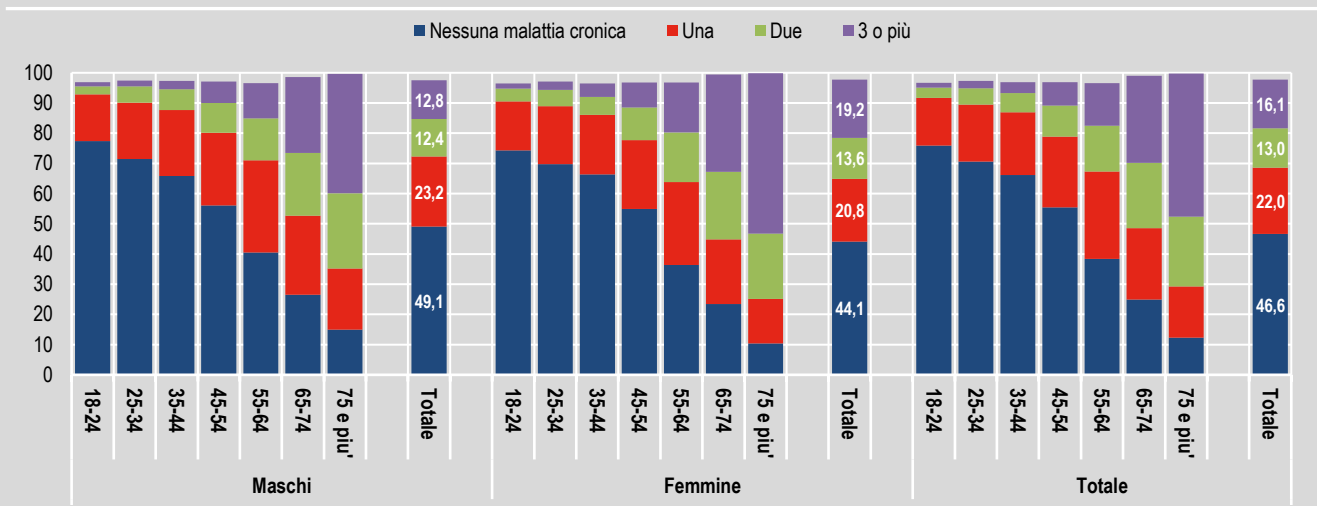
Se oltre a tali malattie croniche si considera anche la presenza di obesità, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come vera e propria patologia cronica, causata da molteplici fattori e caratterizzata da un rischio di persistenza e peggioramento nel tempo se non adeguatamente trattata^{vii}, la quota di persone con almeno una patologia cronica sale al 51,1% mentre, parallelamente, la comorbidità passa al 29,1%.

Sempre includendo l'obesità tra le patologie, l'analisi della cronicità mostra un'evidente differenza di genere sfavorevole alle donne, per le quali si riscontrano maggiori prevalenze rispetto agli uomini (48,4% contro 53,6% per almeno una patologia cronica, 25,2% contro 32,8% per almeno due e 12,8% contro 19,2% per 3 o più patologie croniche).

Le malattie cronicodegenerative sono più comuni tra gli adulti e gli anziani: già a partire dalla fascia di età 45-54 anni circa due persone su cinque dichiarano di soffrire di almeno una patologia cronica (41,4%), mentre quasi una su cinque di soffrirne almeno due (18,1%). Tra le persone ultra75enni si raggiungono quote, rispettivamente, dell'87,5% e del 70,5%.

Dal confronto tra l'indicatore di cronicità che include l'obesità e quello che invece non la considera, emerge che il primo indicatore mette in evidenza una maggiore cronicità tra gli uomini e riduce il divario di genere per le donne, generalmente meno colpite da obesità. Inoltre, l'indicatore comprensivo dell'obesità individua una quota più elevata di persone giovani, più spesso affette da obesità ma meno da altre patologie; tra gli adulti e anziani di 55 anni e più, invece, tale indicatore identifica una quota più elevata di persone con tre o più malattie croniche.

FIGURA 4. PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER PRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE (COMPRESA L'OBESITÀ), PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2025, valori percentuali



Quasi una persona su cinque fuma

Nel 2025 è pari al 18,6% la quota di fumatori tra la popolazione di 11 anni e più (pari a circa 10 milioni di persone), valore che risulta in diminuzione rispetto a quanto registrato nel 2024 (19,2%). Per fumatore si intende una persona che dichiara di consumare tabacco e comprende il fumo di sigarette, sigari o pipa.

La positiva variazione dell'ultimo anno, tuttavia, non è sufficiente a riportare la quota relativa di fumatori al suo minimo storico. L'analisi degli ultimi anni, infatti, evidenzia una tendenza alla diminuzione di tale quota tra il 2015 (19,0%) e il 2019 (17,8%), mentre dal 2020 in poi (18,2%) si è registrata un'inversione di tendenza che ha riportato complessivamente la quota dei fumatori al valore di 10 anni prima.

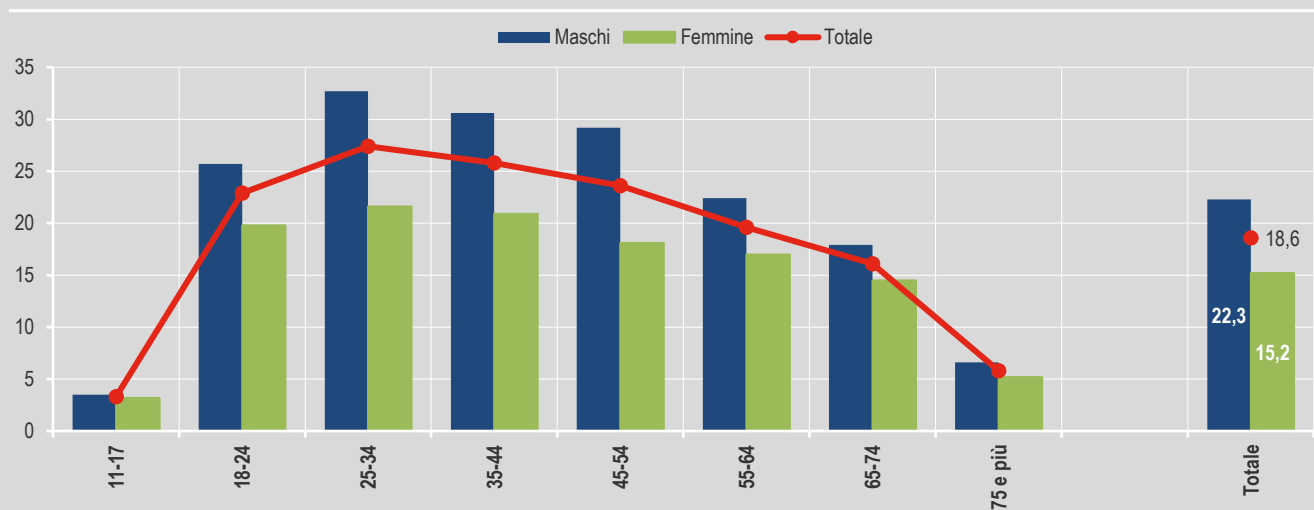
L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini (22,3%) che tra le donne (15,2%). Nel corso del tempo, però, il divario di genere si è significativamente ridotto: era di 9,2 punti percentuali nel 2015 ed è sceso a 7,1 punti nel 2025. Questo risultato riflette una tendenza di lungo periodo in cui il consumo di tabacco è diminuito tra gli uomini (-1,5 punti percentuali tra il 2015 e il 2025), mentre è lievemente aumentato tra le donne (+0,6).

Nel confronto a 10 anni, tra gli uomini, la diminuzione della prevalenza di fumatori è stata particolarmente evidente tra i giovani di 18-24 anni (-2,6 punti percentuali) e gli adulti di 55-64 anni (-2,8 punti). Al contrario, tra le donne si sono registrati aumenti significativi in quasi tutte le fasce d'età, con incrementi particolarmente marcati tra i 18 e i 44 anni (+ 2,8 punti percentuali) e tra le over 65enni (+2,1).

Quote più elevate di fumatori si osservano a partire dalla fascia dei giovani di 18-24 anni (22,9%), fino a raggiungere il livello più elevato tra le persone di 25-34 anni (27,4%). Le prevalenze diminuiscono leggermente nelle fasce di età successive, mantenendosi tuttavia abbastanza elevate fino a 65-74 anni (16,1%) e si riducono, invece, in maniera marcata nella popolazione ultrasettantacinquenne (5,8%).

La prevalenza di forti fumatori (20 sigarette o più al giorno) è pari al 3,2% (pari al 17,8% dei fumatori di sigarette), quota che si è significativamente ridotta negli ultimi 10 anni (4,1% nel 2015), soprattutto tra gli uomini (dal 6,2% al 4,8%).

FIGURA 5. PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2025, valori percentuali



Otto milioni di persone consumatrici di alcol a rischio

Nel 2025 il 15,1% della popolazione di 11 anni e più (pari a 8 milioni e 79mila persone) ha almeno un comportamento a rischio di consumo di bevande alcoliche (consumo abituale eccedentario o ubriacature, il cosiddetto *binge drinking*). Tra gli uomini la quota è pari al 21,3% (5 milioni 565mila persone) mentre tra le donne è pari al 9,1% (2 milioni 515mila). Si riscontra una sostanziale stabilità nella proporzione dei consumatori a rischio rispetto al 2024 (15,0%).

Il consumo abituale eccedentario riguarda l'8,3% della popolazione (11,4% gli uomini, 5,3% le donne), il *binge drinking* l'8,2% (12,0% gli uomini, 4,6% le donne).

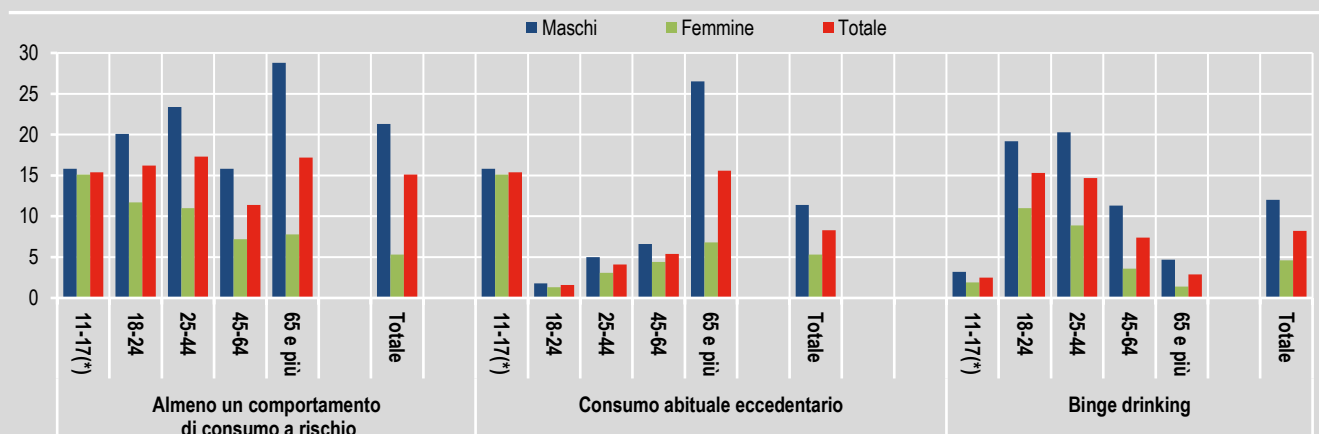
Nell'arco degli ultimi 10 anni si è osservata una forte contrazione del consumo abituale eccedentario (-2,3 punti percentuali), viceversa, la quota di chi ha abitudine alle ubriacature è significativamente aumentata (+1,3 punti). Questo andamento ha portato i due comportamenti a rischio, un tempo molto diversi per diffusione, a convergere. Nel tempo, inoltre, si è ridotta la distanza di genere e i comportamenti a rischio delle donne si sono leggermente avvicinati a quelli degli uomini (nel 2015 la distanza uomo-donna era pari a 14 punti percentuali contro i 12,2 del 2025).

Comportamenti non moderati nel consumo di bevande alcoliche si osservano più frequentemente tra gli adolescenti di 11-17 anni (il 15,4%, con valori allineati tra ragazzi e ragazze, rispettivamente il 15,8% e il 15,1%), tra i giovani e gli adulti fino a 44 anni (il 17,0%, 22,6% per gli uomini e 11,2% per le donne) e tra gli ultrasessantacinquenni (il 17,2%, 28,8% per gli uomini e 7,8% per le donne),

Nelle classi di età anziane il superamento delle quantità raccomandate avviene con il consumo abituale di vino soprattutto durante il pasto (tra coloro che dichiarano un consumo abituale eccedentario ciò si verifica per il 49,8% degli uomini e il 68,0% delle donne). L'abitudine a un consumo non moderato di alcol tra gli anziani si lega a una scarsa conoscenza della quantità di alcol da consumare senza incorrere in rischi per la salute (per la popolazione di 65 anni e più, già una quantità di due o più unità è considerata a rischio) ma anche a fattori culturali legati alla tradizione che vedono in tale consumo una consuetudine comportamentale.

Oltre agli anziani, anche i ragazzi rappresentano una sottopopolazione con un'elevata diffusione di comportamenti a rischio. Mentre l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la Legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni. Tra le persone di 11-17 anni si registra che il 15,4% ha presentato almeno un comportamento a rischio nel corso dell'anno. Più allarmante è che in questa fascia d'età il 3,3% ha abitudini ben più rischiose perché si caratterizza per un consumo giornaliero di bevande alcoliche e/o per l'abitudine al *binge drinking* e/o per il consumo fuori pasto almeno settimanale, mentre il 12,1% ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale).

FIGURA 6. PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ PER COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI ALCOL, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2025, valori percentuali



(*) Per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno; quindi, i consumatori con almeno un comportamento a rischio coincidono con i consumatori nell'anno.

Più consumo di alcol a rischio nel Nord, più fumatori nel Mezzogiorno

Le prevalenze più elevate di consumo di alcol a rischio si osservano nelle regioni del Nord, specialmente nel Nord-est (17,9%) che precede di un solo punto percentuale il Nord-ovest (16,9%). Più distante la prevalenza di consumatori di alcol a rischio nel Centro (14,8%) e, soprattutto, nel Mezzogiorno (13,2% al Sud e 12,1% nelle Isole). Nel confronto con il 2024 si osserva un lieve aumento della prevalenza nelle regioni del Mezzogiorno (+0,6 punti) e, viceversa, una riduzione in quelle del Centro (-0,7) e del Nord (-0,6), con una conseguente lieve riduzione delle differenze territoriali esistenti.

Il consumo di alcol a rischio è più elevato nei piccoli Comuni fino a 2mila abitanti (17,4%), mentre si mantiene più contenuto nei comuni periferie dell'area metropolitana (14,2%), nei Comuni centro delle aree metropolitane e nei grandi Comuni (14,6%).

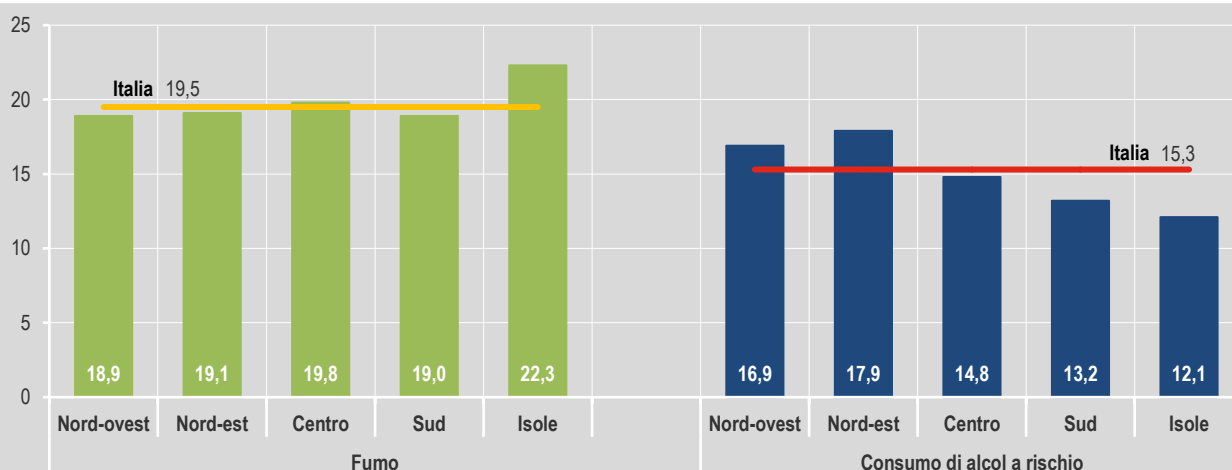
Analizzando la distribuzione sul territorio si osservano quote analoghe di fumatori su quasi tutte le aree del Paese, con il Mezzogiorno (20%) lievemente davanti al Centro (19,8%) e al Nord (19,0%). Tra il 2024 e il 2025 si evidenzia un lieve ma significativo incremento della quota di fumatori nelle regioni insulari (dal 21,6% al 22,3%) che segue il *trend* di aumento degli ultimi 10 anni (in questa ripartizione geografica nel 2015 i fumatori erano il 19,3%).

Tra gli adulti di 25-64 anni meno fumatori al crescere del titolo di studio

Per l'abitudine al fumo si evidenziano comportamenti differenziati per fascia di età. Tra la popolazione di 25-64 anni, per esempio, la quota di fumatori è negativamente correlata con il titolo di studio: nel 2025 la percentuale di fumatori è pari al 16,9% tra i laureati e sale al 27,8% tra chi ha la licenza media; viceversa, nella popolazione di 65 anni e più le prevalenze sono più alte per chi possiede titoli di studio medio-alti (pari al 13,3% tra chi possiede diploma di scuola superiore o laurea contro il 9,2% di chi ha la licenza media).

Per il consumo di alcol a rischio si osservano comportamenti diversificati non solo rispetto al titolo di studio e all'età, ma anche rispetto al tipo di consumo a rischio considerato: infatti, tra la popolazione adulta di 25-64 anni, se si considerano le "ubriacature", le quote più consistenti riguardano chi possiede titoli di studio più alti (12,6% tra i laureati contro 8,0% di chi ha la licenza media), mentre se si considera il consumo abituale eccedentario, i livelli più elevati si osservano tra chi possiede titoli di studio più bassi (6,2% tra chi ha la licenza media contro 3,7% tra i laureati). Nella popolazione di 65 anni e più, invece, al pari di quanto si verifica nell'abitudine al fumo, le prevalenze di consumo a rischio sono sempre più elevate tra chi possiede titoli di studio medio-alti.

FIGURA 7. PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO E ALMENO UN COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI ALCOL PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2025, tassi standardizzati^{viii} per età



In aumento il consumo di prodotti alternativi al fumo tradizionale

Negli ultimi anni, accanto alle tradizionali modalità di consumo di tabacco (sigarette, prevalentemente, ma anche sigari, pipa ecc.), si stanno affermando nuovi prodotti come le sigarette elettroniche e i dispositivi a tabacco riscaldato non bruciato (HnB). Sebbene tali prodotti coinvolgano ancora una fetta limitata della popolazione, il loro utilizzo è in continua crescita, soprattutto tra i giovani.

Nel 2025 è pari al 7,4% la quota di popolazione di 11 anni e più che ha abitudine a utilizzare la sigaretta elettronica e/o i prodotti a tabacco riscaldato non bruciato, con una prevalenza abbastanza allineata tra uomini e donne (7,7% e 7,1%, rispettivamente). Tra questi, il 3,6% utilizza esclusivamente la sigaretta elettronica, l'1,8% solo i prodotti a tabacco riscaldato non bruciato e il 2,0% entrambe le tipologie di prodotto.

Presi sia singolarmente sia in associazione, le due tipologie di prodotto sono più diffuse tra i giovani: sono maggiormente utilizzate dai 18-34enni (16,5%), mentre il loro interesse diminuisce via via nelle classi di età successive, fino a raggiungere il livello più basso di utilizzo tra la popolazione di 65 anni e più (1,4%).

L'analisi territoriale evidenzia un'equa distribuzione dei consumi nelle diverse aree del Paese, con valori che si attestano all'8% nel Centro, al 7,6% nel Mezzogiorno e al 7% nel Nord.

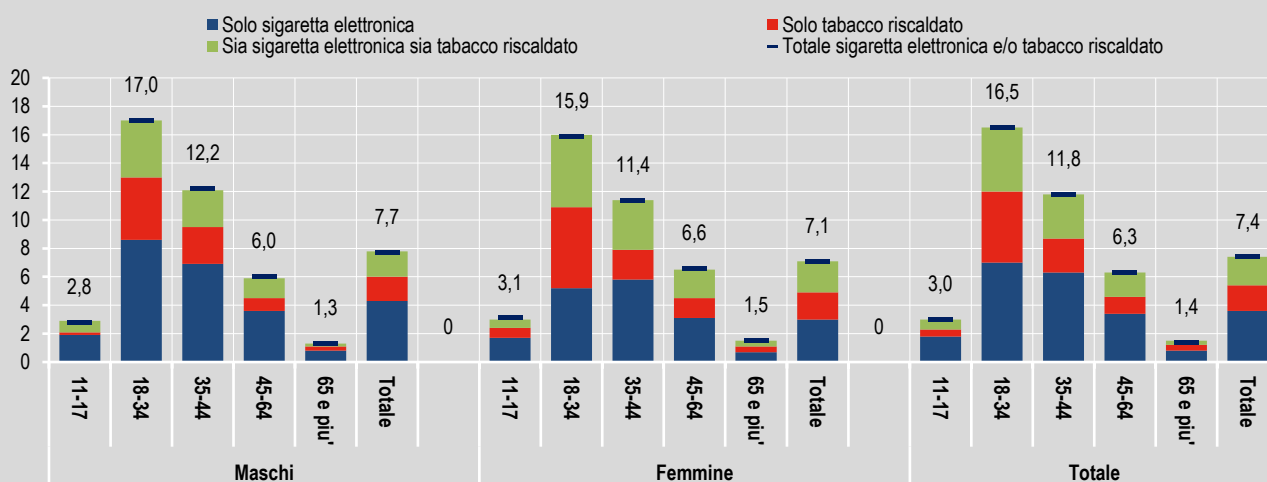
La maggior parte di chi fa uso di sigaretta elettronica o di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato è anche un fumatore tradizionale (circa due persone su tre della popolazione di 11 anni e più). L'uso di tali forme alternative di consumo è diffuso anche tra gli ex fumatori (1,7%), mentre solo una quota residuale di consumatori è un non fumatore (0,5%). La sigaretta elettronica e i prodotti a tabacco riscaldato non sembrano, pertanto, rappresentare reali dispositivi per smettere di fumare, visto che la maggior parte di chi li utilizza continua anche a fumare sigarette tradizionali, rendendo il loro impiego un'aggiunta e non una reale alternativa.

L'analisi in serie storica sull'utilizzo della sigaretta elettronica, monitorato a partire dal 2014, mostra un andamento in crescita: inizialmente lento, ma via via più rapido soprattutto a partire dal 2017. Nel 2014 gli utilizzatori di 11 anni e più erano circa 800mila, nel 2025 sono saliti a circa 3 milioni.

Anche il consumo dei prodotti a tabacco riscaldato (HnB), rilevato a partire dal 2021, ha registrato un incremento significativo in un arco di tempo molto breve: in soli quattro anni, la quota di utilizzatori è quasi raddoppiata (da poco più di un milione a più di due nel 2025).

Per entrambi i dispositivi, l'aumento di consumo ha interessato indifferentemente uomini e donne, con una crescita particolarmente marcata tra i giovani di 18-34 anni (+8,5 punti percentuali tra il 2021 e il 2025).

FIGURA 8. PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE ALL'UTILIZZO DELLA SIGARETTA ELETTRONICA E DEL TABACCO RISCALDATO NON BRUCIATO, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2025, valori percentuali



Glossario

Binge drinking: il consumo di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.

Consumo di alcol: il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) almeno una volta nell'anno.

Consumo abituale eccedentario di alcol: il consumo che eccede: due unità alcoliche al giorno per l'uomo; una unità alcolica al giorno per la donna; una unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

Comportamento di consumo di alcol a rischio per la salute:

- il consumo che eccede: due unità alcoliche al giorno per l'uomo; una unità alcolica al giorno per la donna; una unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

- il consumo di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione (*binge drinking*);

Eccesso di peso delle persone adulte (18 anni e più): in condizione di sovrappeso od obesità. Seguendo le Linee guida internazionali adottate dall'OMS, si considerano in sovrappeso le persone di 18 anni e più con un valore dell'indice di massa corporea (IMC) compreso tra 25 e 29, mentre si considerano obese le persone di 18 anni e più con un valore dell'indice di massa corporea (IMC) maggiore o uguale a 30.

Eccesso di peso di bambini e adolescenti (3-17 anni): per la definizione dell'eccesso di peso di bambini ed adolescenti di 3-17 anni si è fatto ricorso ai valori soglia per sesso e mese di vita elaborati da Cole TJ, Lobstein T. (2012) e adottati dall'International obesity Task force (IOTF).

Forti fumatori: coloro che fumano 20 o più sigarette al giorno

Indice di massa corporea (IMC o Body Mass Index BMI): è dato dal rapporto tra peso corporeo di un individuo, espresso in Kg, e il quadrato della sua statura, espressa in metri.

Sedentarietà: si considerano sedentarie le persone che dichiarano di non praticare sport (né continuamente né saltuariamente) e di non svolgere alcun tipo di attività fisica (come passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta, ecc.) nel tempo libero.

Sigaretta elettronica: è un dispositivo elettronico, nato con l'obiettivo di fornire una esperienza di consumo alternativa al consumo di tabacchi lavorati (sigarette, sigari e pipe), con ricariche con o senza nicotina.

Tabacco riscaldato non bruciato (Hnb): mini-sigarette o capsule riscaldate da appositi dispositivi a temperature più basse di quelle raggiunte nelle sigarette convenzionali.

Unità alcoliche: una unità alcolica corrisponde a 12 grammi di alcol puro ed equivale a un bicchiere di vino (125 ml a 12°), una lattina di birra (330 ml a 4,5°), un aperitivo (80 ml a 38°) o un bicchierino di superalcolico (40 ml a 40°).

Nota metodologica

Obiettivi conoscitivi dell'indagine

L'indagine "Aspetti della vita quotidiana" fa parte del sistema integrato di Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993 che ha l'obiettivo di produrre informazioni su individui e famiglie. Le informazioni statistiche raccolte, integrate con quelle desumibili da fonte amministrativa e dalle imprese, contribuiscono a determinare la base informativa del quadro sociale del Paese.

Attraverso la rilevazione sono indagate diverse aree tematiche, esplorate da un punto di vista individuale e familiare. I contenuti informativi possono essere raggruppati in quattro grandi aree: famiglia, abitazione e zona in cui si vive; condizioni di salute e stili di vita; cultura, socialità ed attività del tempo libero e interazione tra i cittadini e servizi.

Tra le informazioni raccolte inerenti alla cultura, socialità ed attività del tempo libero, ci sono quelle sul grado di soddisfazione degli individui per alcuni aspetti della vita (relazioni familiari e amicali, salute, situazione economica, tempo libero e lavoro), sul benessere soggettivo (soddisfazione per la vita nel complesso) e sul grado di fiducia generalizzata. Nella sezione dedicata alla famiglia sono invece i quesiti sulla percezione della situazione economica e i principali problemi della zona in cui si vive.

L'indagine rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale).

Cadenza e periodo di rilevazione

La rilevazione, di tipo campionario, è condotta con cadenza annuale nel primo trimestre dell'anno.

Popolazione di riferimento

La popolazione di interesse è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dagli individui che le compongono, (sono escluse le persone che risiedono in istituti di convivenza). La famiglia è intesa come famiglia di fatto, ossia un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi.

L'indagine è condotta su un campione di circa 25mila famiglie e si è svolta nel primo trimestre del 2025.

Strategie e strumenti di rilevazione

L'indagine si avvale di due modelli di rilevazione. Il primo è il questionario base della rilevazione, per intervista diretta, composto da: una "Scheda Generale", in cui si rilevano le relazioni di parentela e altre informazioni di natura socio-demografica e socio-economica relative ai componenti della famiglia; delle "Schede Individuali", una per ciascun componente della famiglia e da un "Questionario familiare" che contiene quesiti familiari ai quali risponde un solo componente adulto. L'altro è un modello per autocompilazione. Il modello viene consegnato dal rilevatore a ciascun componente della famiglia e contiene quesiti che possono essere agevolmente compilati in autonomia dal rispondente anche senza l'intervento diretto del rilevatore.

Le famiglie sono state in prima battuta invitate a partecipare alla rilevazione rispondendo alle domande presenti nei modelli di rilevazione tramite *web* (tecnica CAWI). In questa modalità i questionari vengono entrambi compilati direttamente dal rispondente. Successivamente, alle famiglie che non hanno partecipato all'indagine via *web* è stata data la possibilità di essere intervistate tramite tecnica CAPI-PAPI, con l'ausilio di un rilevatore comunale che ha provveduto a somministrare uno dei due modelli di rilevazione per intervista diretta in tecnica CAPI, mentre l'altro modello è stato consegnato a ciascun componente delle famiglie che ha provveduto a compilarlo personalmente.

Le informazioni vengono fornite direttamente da tutti gli individui di 14 anni e più, mentre i bambini e i ragazzi al di sotto dei 14 anni vengono intervistati in modalità *proxy*, ciò significa che è un genitore o un componente maggiorenne a fornire le informazioni in loro vece. Taluni quesiti della rilevazione, per la sensibilità dell'argomento trattato, prevedono la facoltà di non rispondere.

Ulteriori informazioni sull'indagine Aspetti della vita quotidiana e i questionari utilizzati per la raccolta dei dati sono disponibili al seguente link: <http://www.istat.it/it/archivio/91926>.

La strategia campionaria e il livello di precisione delle stime

Disegno di campionamento

I domini di studio (gli ambiti di riferimento per i parametri di popolazione oggetto di stima) sono:

- l'intero territorio nazionale;
- le cinque ripartizioni geografiche (Italia nord-occidentale, Italia nord-orientale, Italia centrale, Italia meridionale, Italia insulare);

- le regioni geografiche (a eccezione del Trentino-Alto Adige le cui stime sono prodotte separatamente per le province di Bolzano/Bozen e Trento);
- la tipologia comunale ottenuta suddividendo i comuni italiani in sei classi formate in base a caratteristiche socio-economiche e demografiche:

A) Comuni appartenenti all'area metropolitana suddivisi in:

A1, Comuni centro dell'area metropolitana: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania, Cagliari;

A2, Comuni che gravitano intorno ai comuni centro dell'area metropolitana;

B) Comuni non appartenenti all'area metropolitana suddivisi in:

B1, Comuni aventi fino a 2.000 abitanti;

B2, Comuni con 2.001-10.000 abitanti;

B3, Comuni con 10.001-50.000 abitanti;

B4, Comuni con oltre 50.000 abitanti.

Il disegno di campionamento ha una struttura generale che ricalca quella degli schemi campionari della maggior parte delle indagini sulle famiglie, ossia un disegno a più stadi comuni-famiglie, con stratificazione dei Comuni.

Per l'indagine il campione è stato integrato con il disegno campionario seguito per il *Master Sample* del Censimento permanente.

A tale scopo, lo schema campionario classico utilizzato per le indagini sulle famiglie, di seguito descritto, è stato implementato sul sotto-universo dei comuni rilevati per il Censimento Permanente a ottobre del 2024. I comuni campione per la corrente indagine sono stati individuati quindi come sotto-insieme del campione di 2531 comuni del *Master Sample* utilizzato per il 2024.

Nell'ambito di ogni area ottenuta dall'incrocio delle regioni con le sei tipologie comunali di cui sopra, i Comuni universo sono stati suddivisi in due sottoinsiemi: i Comuni di maggiore dimensione demografica costituiscono strato a sé stante e vengono definiti Auto Rappresentativi (AR); i rimanenti Comuni sono definiti Non Auto Rappresentativi (NAR) e sono suddivisi, sulla base della dimensione demografica, in strati di uguale ampiezza; da tali strati i Comuni campione (due per ogni strato) sono stati selezionati con probabilità proporzionali alla loro dimensione.

Per ognuno dei Comuni coinvolti nell'indagine (AR e NAR), viene effettuato un campionamento a grappoli: i grappoli - le famiglie - sono selezionati in maniera casuale dalla lista anagrafica e tutti i componenti che appartengono alla famiglia di fatto vengono sottoposti a rilevazione. La numerosità minima di famiglie campione per ciascun Comune è stata posta pari a 24.

Le famiglie sono selezionate per ciascun Comune campione; per ogni famiglia inclusa nel campione vengono rilevate le caratteristiche oggetto di indagine di tutti i componenti di fatto appartenenti alla famiglia medesima.

Procedimento per il calcolo delle stime

Le stime prodotte dall'indagine sono di frequenze assolute e relative, riferite alle famiglie e agli individui o stime di totali di variabili quantitative. Sono ottenute mediante uno stimatore di ponderazione vincolata. Il principio su cui è basato ogni metodo di stima campionaria è che le unità appartenenti al campione rappresentino anche le unità della popolazione che non sono incluse nel campione. Questo principio viene realizzato attribuendo a ogni unità campionaria un peso che indica il numero di unità della popolazione rappresentata dall'unità medesima. Per esempio, se a un'unità campionaria viene attribuito un peso pari a 30, ciò indica che questa unità rappresenta se stessa e altre 29 unità della popolazione non incluse nel campione.

La procedura che consente di costruire i pesi finali da attribuire alle unità campionarie rispondenti, è articolata in generale nelle seguenti fasi:

- 1) si calcolano i pesi diretti come reciproco della probabilità di inclusione delle unità;
- 2) si calcolano i fattori correttivi per mancata risposta totale, come l'inverso del tasso di risposta in opportuni sottoinsiemi di unità e si ottengono i pesi base, o pesi corretti per mancata risposta totale, moltiplicando i pesi diretti per i corrispondenti fattori correttivi per mancata risposta totale;
- 3) si costruiscono i fattori correttivi che consentono di soddisfare, a livello regionale, la condizione di uguaglianza tra i totali noti di alcune variabili ausiliarie e le corrispondenti stime campionarie;
- 4) si calcolano, infine, i pesi finali mediante il prodotto dei pesi base per i fattori correttivi ottenuti al passo 3.

Per l'indagine in oggetto il calcolo dei pesi diretti del passo 1 ha tenuto conto del fatto che il campione è stato selezionato come sotto-campione del campione del *Master Sample* del Censimento della popolazione.

I fattori correttivi del passo 3 sono ottenuti dalla risoluzione di un problema di minimo vincolato, in cui la funzione da minimizzare è una funzione di distanza (opportunamente prescelta) tra i pesi base e i pesi finali e i vincoli sono definiti dalla condizione di uguaglianza tra stime campionarie dei totali noti di popolazione e valori noti degli stessi. La funzione di distanza prescelta è la funzione logaritmica troncata; l'adozione di tale funzione garantisce che i pesi finali siano positivi e contenuti in un predeterminato intervallo di valori possibili, eliminando in tal modo i pesi positivi estremi (troppo grandi o troppo piccoli). Le variabili ausiliarie considerate a livello regionale sono: tipologia comunale, classi di età, sesso, cittadinanza (italiani/stranieri).

Livello di dettaglio territoriale delle stime fornite

Le stime di indagine vengono fornite con il seguente dettaglio territoriale:

- L'intero territorio nazionale;
- Le cinque ripartizioni geografiche: Italia nord-occidentale, Italia nord-orientale, Italia centrale, Italia meridionale, Italia insulare;
- Le regioni geografiche (a eccezione del Trentino-Alto Adige le cui stime sono prodotte separatamente per le province autonome di Bolzano/Bozen e Trento);
- Le tipologie comunali: Comuni centro dell'area metropolitana; Comuni che gravitano intorno ai Comuni centro dell'area metropolitana; Comuni aventi fino a 2.000 abitanti; Comuni con 2.001-10.000 abitanti; Comuni con 10.001-50.000 abitanti; Comuni con oltre 50.000 abitanti.

I principali risultati dell'Indagine sono resi disponibili sul sito dell'Istat attraverso la piattaforma IstatData (<https://esploradati.istat.it/databrowser/>), tramite tavole di dati, infografiche, "Statistiche report", "Statistiche today" e "Statistiche focus" su vari argomenti.

I dati raccolti, inoltre, vengono analizzati e pubblicati anche su volumi a carattere generale e nelle collane di approfondimento o analisi dell'Istat.

Valutazione del livello di precisione delle stime

Al fine di valutare l'accuratezza delle stime prodotte da un'indagine campionaria è necessario tenere conto dell'errore campionario che deriva dall'aver osservato la variabile di interesse solo su una parte (campione) della popolazione. Tale errore può essere espresso in termini di errore assoluto (*standard error*) o di errore relativo (cioè l'errore assoluto diviso per la stima, che prende il nome di coefficiente di variazione, CV).

Nei prospetti B e C sono riportati gli errori relativi associati a determinati livelli di stima puntuale distinti per i vari domini di studio. Nel prospetto B ci sono gli errori relativi riferiti alle stime delle famiglie, mentre nel prospetto C quelli per le stime delle persone.

A partire dagli errori campionari relativi è possibile costruire l'intervallo di confidenza che con un prefissato livello di fiducia, contiene al suo interno il valore vero, ma ignoto, del parametro oggetto di stima. L'intervallo di confidenza è calcolato aggiungendo e sottraendo alla stima puntuale il suo errore campionario assoluto, moltiplicato per un coefficiente che dipende dal livello di fiducia; considerando il tradizionale livello di fiducia del 95%, il coefficiente corrispondente è pari a 1,96.

In pratica, data una stima puntuale, nei prospetti B (famiglie) o C (persone) si cerca in corrispondenza del dominio territoriale di interesse (colonne) il livello di stima più vicino a quello in esame (righe) per individuare l'errore relativo percentuale associato.

Nel Prospetto A sono illustrate le modalità di calcolo per la costruzione dell'intervallo di confidenza delle stime puntuali riferite al numero di famiglie che dichiarano "adeguate" le proprie risorse economiche in Sicilia e al numero di persone di 11 anni e più residenti nelle Marche che dichiarano di fumare.

PROSPETTO A. CALCOLO ESEMPLIFICATIVO DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA

	Famiglie in Sicilia che dichiarano "adeguate" le proprie risorse economiche	Persone residenti nelle Marche che dichiarano di fumare
Stima puntuale:	1.275.000	239.000
Errore relativo (CV)	$3,2/100=0,032$	$4,9/100=0,049$
Stima intervallare		
Errore assoluto	40.800	11.711
Limite inferiore dell'intervallo di confidenza:	1.195.032	216.046
Limite superiore dell'intervallo di confidenza:	1.354.968	261.954

PROSPETTO B. VALORI INTERPOLATI DEGLI ERRORI CAMPIONARI RELATIVI PERCENTUALI DELLE STIME RIFERITE ALLE FAMIGLIE PER TOTALE ITALIA, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, TIPO DI COMUNE E REGIONE. Anno 2025

STIME	Italia	Nord	Nord- ovest	Nord- est	Centro	Mezzogiorno	Sud	Isole	A1	A2	B1	B2	B3	B4
20.000	30,1	31,1	31,1	28,1	26,9	26,0	25,5	25,0	28,5	28,7	16,7	27,1	28,6	26,7
30.000	24,1	24,9	24,8	22,3	21,5	20,8	20,4	20,1	22,8	23,0	13,7	21,7	22,8	21,2
40.000	20,5	21,2	21,2	19,0	18,4	17,8	17,4	17,2	19,4	19,7	11,8	18,5	19,5	18,0
50.000	18,2	18,7	18,7	16,7	16,3	15,7	15,3	15,2	17,2	17,5	10,6	16,4	17,2	15,9
60.000	16,4	16,9	16,9	15,1	14,7	14,3	13,9	13,8	15,5	15,8	9,7	14,9	15,6	14,3
70.000	15,1	15,5	15,6	13,8	13,5	13,1	12,7	12,7	14,2	14,6	8,9	13,6	14,3	13,2
80.000	14,0	14,4	14,5	12,8	12,5	12,2	11,8	11,8	13,2	13,5	8,4	12,7	13,3	12,2
90.000	13,2	13,5	13,6	12,0	11,8	11,4	11,1	11,1	12,4	12,7	7,9	11,9	12,4	11,4
100.000	12,4	12,7	12,8	11,3	11,1	10,8	10,4	10,5	11,7	12,0	7,5	11,2	11,7	10,8
200.000	8,5	8,6	8,7	7,6	7,6	7,4	7,1	7,2	8,0	8,2	5,3	7,7	8,0	7,3
300.000	6,8	6,9	7,0	6,1	6,0	5,9	5,7	5,8	6,4	6,6	4,3	6,2	6,4	5,8
400.000	5,8	5,9	6,0	5,2	5,2	5,0	4,8	4,9	5,4	5,7	3,7	5,3	5,5	4,9
500.000	5,1	5,2	5,3	4,6	4,6	4,5	4,3	4,4	4,8	5,0	3,3	4,7	4,8	4,3
750.000	4,1	4,1	4,2	3,6	3,6	3,6	3,4	3,5	3,8	4,0	2,7	3,7	3,9	3,4
1.000.000	3,5	3,5	3,6	3,1	3,1	3,1	2,9	3,0	3,3	3,4	2,4	3,2	3,3	2,9
2.000.000	2,4	2,4	2,5	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	2,2	2,4	1,7	2,2	2,2	2,0
3.000.000	1,9	1,9	2,0	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7	1,8	1,9	1,4	1,7	1,8	1,6
4.000.000	1,6	1,6	1,7	1,4	1,5	1,4	1,3	1,4	1,5	1,6	1,2	1,5	1,5	1,3
5.000.000	1,4	1,4	1,5	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,4	1,1	1,3	1,3	1,2
7.500.000	1,2	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2	0,9	1,1	1,1	0,9
10.000.000	1,0	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	1,0	0,7	0,9	0,9	0,8
15.000.000	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,7	0,6
20.000.000	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5
25.000.000	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5

STIME	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino- Alto Adige	Bolzano/ Bozen	Trento	Veneto	Friuli- Venezia Giulia	Emilia- Romagna	Toscana	Umbria
20.000	23,2	5,0	17,4	34,3	11,8	11,5	10,8	28,9	15,9	27,5	24,1	14,5
30.000	22,2	4,0	13,7	27,4	9,3	9,0	8,7	23,1	12,7	21,9	19,3	11,6
40.000	19,2	3,3	11,6	23,4	7,9	7,6	7,4	19,6	10,8	18,6	16,4	9,8
50.000	17,1	2,9	10,2	20,7	7,0	6,7	6,5	17,3	9,6	16,4	14,5	8,7
60.000	15,6	2,6	9,1	18,7	6,3	6,0	5,9	15,7	8,6	14,8	13,1	7,8
70.000	14,4	2,4	8,4	17,2	5,7	5,5	5,4	14,4	7,9	13,6	12,0	7,2
80.000	13,4	2,2	7,7	15,9	5,3	5,1	5,0	13,4	7,4	12,6	11,1	6,7
90.000	12,7	2,1	7,2	14,9	5,0	4,7	4,7	12,5	6,9	11,8	10,4	6,2
100.000	12,0	2,0	6,8	14,1	4,7	4,4	4,4	11,8	6,5	11,1	9,8	5,9
200.000	8,4	1,3	4,5	9,6	3,1	3,0	3,0	8,0	4,4	7,5	6,7	4,0
300.000	6,8	1,0	3,6	7,7	2,5	2,3	2,4	6,4	3,5	6,0	5,3	3,2
400.000	5,9	0,9	3,0	6,5	2,1	2,0	2,1	5,4	3,0	5,1	4,5	2,7
500.000	5,3	0,8	2,6	5,8	1,8	1,7	1,8	4,8	2,7	4,5	4,0	2,4
750.000	4,3	0,6	2,1	4,6	1,5	1,4	1,4	3,8	2,1	3,6	3,2	1,9
1.000.000	3,7	0,5	1,8	3,9	1,2	1,1	1,2	3,3	1,8	3,0	2,7	1,6
2.000.000	2,6	0,3	1,2	2,7	0,8	0,8	0,8	2,2	1,2	2,1	1,9	1,1

STIME	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
20.000	16,9	30,0	15,4	8,2	26,5	25,2	10,8	18,6	26,9	16,9
30.000	13,5	23,9	12,3	6,5	21,3	20,1	8,6	14,8	21,6	13,5
40.000	11,6	20,3	10,5	5,5	18,2	17,0	7,4	12,6	18,5	11,5
50.000	10,2	17,9	9,3	4,9	16,1	15,0	6,5	11,1	16,4	10,2
60.000	9,3	16,1	8,4	4,4	14,6	13,5	5,9	10,0	14,8	9,2
70.000	8,5	14,8	7,7	4,0	13,5	12,4	5,4	9,2	13,6	8,4
80.000	7,9	13,7	7,1	3,7	12,5	11,5	5,0	8,5	12,7	7,8
90.000	7,4	12,8	6,7	3,5	11,8	10,7	4,7	8,0	11,9	7,3
100.000	7,0	12,1	6,3	3,3	11,1	10,1	4,4	7,5	11,2	6,9
200.000	4,8	8,2	4,3	2,2	7,6	6,8	3,0	5,1	7,7	4,7
300.000	3,8	6,5	3,4	1,8	6,1	5,4	2,4	4,0	6,2	3,8
400.000	3,3	5,5	2,9	1,5	5,3	4,6	2,1	3,4	5,3	3,2
500.000	2,9	4,9	2,6	1,3	4,7	4,1	1,8	3,0	4,7	2,8
750.000	2,3	3,9	2,1	1,0	3,7	3,2	1,5	2,4	3,8	2,3
1.000.000	2,0	3,3	1,8	0,9	3,2	2,7	1,2	2,0	3,2	1,9
2.000.000	1,4	2,2	1,2	0,6	2,2	1,8	0,8	1,4	2,2	1,3

PROSPETTO C. VALORI INTERPOLATI DEGLI ERRORI CAMPIONARI RELATIVI PERCENTUALI DELLE STIME RIFERITE ALLE PERSONE PER TOTALE ITALIA, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, TIPO DI COMUNE E REGIONE. Anno 2025

STIME	Italia	Nord	Nord- ovest	Nord-est	Centro	Mezzogiorno	Sud	Isole	A1	A2	B1	B2	B3	B4
20.000	33,6	33,9	34,4	29,5	28,2	28,6	28,2	26,7	31,3	31,7	20,1	29,1	30,7	29,3
30.000	26,8	26,9	27,3	23,4	22,6	22,9	22,6	21,4	24,7	25,2	16,1	23,1	24,5	23,2
40.000	22,8	22,8	23,2	19,9	19,3	19,5	19,2	18,3	20,9	21,5	13,8	19,7	20,9	19,6
50.000	20,2	20,1	20,4	17,5	17,1	17,3	17,0	16,2	18,4	18,9	12,2	17,4	18,4	17,2
60.000	18,2	18,1	18,4	15,8	15,5	15,6	15,4	14,7	16,5	17,1	11,1	15,7	16,6	15,5
70.000	16,7	16,6	16,8	14,4	14,2	14,4	14,1	13,5	15,1	15,7	10,2	14,4	15,2	14,1
80.000	15,5	15,4	15,6	13,4	13,2	13,4	13,1	12,6	14,0	14,5	9,5	13,3	14,1	13,1
90.000	14,5	14,4	14,6	12,5	12,4	12,5	12,3	11,8	13,1	13,6	8,9	12,5	13,2	12,2
100.000	13,7	13,5	13,7	11,8	11,7	11,8	11,6	11,1	12,3	12,8	8,4	11,8	12,5	11,5
200.000	9,3	9,1	9,2	7,9	8,0	8,1	7,9	7,6	8,2	8,7	5,8	8,0	8,5	7,7
300.000	7,4	7,2	7,3	6,3	6,4	6,5	6,3	6,1	6,5	6,9	4,6	6,4	6,8	6,1
400.000	6,3	6,1	6,2	5,3	5,5	5,5	5,4	5,2	5,5	5,9	4,0	5,4	5,7	5,1
500.000	5,6	5,4	5,5	4,7	4,9	4,9	4,7	4,6	4,8	5,2	3,5	4,8	5,1	4,5
750.000	4,5	4,3	4,3	3,7	3,9	3,9	3,8	3,7	3,8	4,1	2,8	3,8	4,0	3,5
1.000.000	3,8	3,6	3,7	3,2	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,5	2,4	3,2	3,4	3,0
2.000.000	2,6	2,5	2,5	2,1	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,4	1,6	2,2	2,3	2,0
3.000.000	2,1	1,9	2,0	1,7	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,9	1,3	1,7	1,9	1,6
4.000.000	1,8	1,7	1,7	1,4	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,6	1,1	1,5	1,6	1,3
5.000.000	1,6	1,5	1,5	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,4	1,0	1,3	1,4	1,2
7.500.000	1,2	1,2	1,2	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1	0,8	1,0	1,1	0,9
10.000.000	1,1	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	0,7	0,9	0,9	0,8
15.000.000	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,8	0,6
20.000.000	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5
25.000.000	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,5
STIME	Piemonte	Valle d'Aosta	Liguria	Lombardia	Trentino- Alto Adige	Bolzano/ Bozen	Trento	Veneto	Friuli- Venezia Giulia	Emilia- Romagna	Toscana	Umbria		
20.000	25,6	5,6	18,9	37,1	12,8	12,1	11,7	30,3	16,6	29,8	25,7	15,7		
30.000	20,3	4,5	15,0	29,5	10,2	9,6	9,3	24,0	13,2	23,6	20,4	12,5		
40.000	17,2	3,8	12,7	25,0	8,7	8,1	7,9	20,4	11,2	20,0	17,3	10,6		
50.000	15,1	3,3	11,2	22,0	7,7	7,1	7,0	17,9	9,8	17,6	15,3	9,4		
60.000	13,6	3,0	10,1	19,9	6,9	6,4	6,3	16,2	8,9	15,9	13,8	8,4		
70.000	12,5	2,7	9,2	18,2	6,3	5,9	5,8	14,8	8,1	14,6	12,6	7,7		
80.000	11,6	2,5	8,5	16,9	5,9	5,4	5,3	13,7	7,5	13,5	11,7	7,2		
90.000	10,8	2,4	8,0	15,8	5,5	5,1	5,0	12,8	7,0	12,6	11,0	6,7		
100.000	10,2	2,2	7,5	14,9	5,2	4,8	4,7	12,1	6,6	11,9	10,3	6,3		
200.000	6,8	1,5	5,0	10,0	3,5	3,2	3,2	8,1	4,5	8,0	7,0	4,3		
300.000	5,4	1,2	4,0	8,0	2,8	2,5	2,5	6,4	3,5	6,3	5,6	3,4		
400.000	4,6	1,0	3,4	6,8	2,4	2,1	2,1	5,5	3,0	5,4	4,7	2,9		
500.000	4,0	0,9	3,0	5,9	2,1	1,9	1,9	4,8	2,6	4,7	4,2	2,5		
750.000	3,2	0,7	2,4	4,7	1,7	1,5	1,5	3,8	2,1	3,8	3,3	2,0		
1.000.000	2,7	0,6	2,0	4,0	1,4	1,3	1,3	3,2	1,8	3,2	2,8	1,7		
2.000.000	1,8	0,4	1,3	2,7	1,0	0,8	0,9	2,2	1,2	2,1	1,9	1,2		
3.000.000	1,4	0,3	1,1	2,1	0,8	0,7	0,7	1,7	0,9	1,7	1,5	0,9		
4.000.000	1,2	0,3	0,9	1,8	0,7	0,6	0,6	1,5	0,8	1,4	1,3	0,8		
5.000.000	1,1	0,2	0,8	1,6	0,6	0,5	0,5	1,3	0,7	1,3	1,1	0,7		
STIME	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna				
20.000	18,3	35,3	16,3	8,8	29,7	27,3	11,8	20,4	28,7	18,6				
30.000	14,5	27,7	13,1	7,0	23,9	21,5	9,4	16,2	23,0	14,9				
40.000	12,3	23,4	11,2	5,9	20,6	18,2	8,0	13,8	19,7	12,7				
50.000	10,8	20,5	9,9	5,2	18,3	16,0	7,0	12,1	17,5	11,2				
60.000	9,7	18,4	8,9	4,7	16,6	14,3	6,4	10,9	15,8	10,1				
70.000	8,9	16,8	8,2	4,3	15,3	13,1	5,8	10,0	14,6	9,3				
80.000	8,3	15,5	7,6	4,0	14,3	12,1	5,4	9,3	13,5	8,6				
90.000	7,7	14,5	7,2	3,7	13,4	11,3	5,1	8,7	12,7	8,1				
100.000	7,3	13,6	6,8	3,5	12,7	10,6	4,8	8,2	12,0	7,6				
200.000	4,9	9,0	4,6	2,4	8,8	7,1	3,2	5,5	8,3	5,2				
300.000	3,9	7,1	3,7	1,9	7,1	5,6	2,6	4,4	6,6	4,2				
400.000	3,3	6,0	3,2	1,6	6,1	4,7	2,2	3,7	5,7	3,5				
500.000	2,9	5,2	2,8	1,4	5,4	4,1	1,9	3,3	5,0	3,1				
750.000	2,3	4,1	2,2	1,1	4,4	3,3	1,5	2,6	4,0	2,5				
1.000.000	1,9	3,5	1,9	0,9	3,8	2,8	1,3	2,2	3,5	2,1				
2.000.000	1,3	2,3	1,3	0,6	2,6	1,8	0,9	1,5	2,4	1,5				
3.000.000	1,0	1,8	1,0	0,5	2,1	1,5	0,7	1,2	1,9	1,2				
4.000.000	0,9	1,5	0,9	0,4	1,8	1,2	0,6	1,0	1,6	1,0				
5.000.000	0,8	1,3	0,8	0,4	1,6	1,1	0,5	0,9	1,4	0,9				

Note

ⁱ Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/il-piano-nazionale-della-prevenzione/>

ⁱⁱ Ai fini della valutazione dei rischi alcol correlati per la salute vengono presi in considerazione sia il consumo abituale di vino, birra o altri alcolici che superi le quantità raccomandate (consumo abituale eccedentario), secondo quanto riportato nei "Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti" (LARN 2014), sia gli episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (*binge drinking*). Per i ragazzi al di sotto dei 18 anni qualsiasi tipo di consumo viene considerato a rischio per la salute, in quanto i giovanissimi non sono ancora in grado di metabolizzare adeguatamente l'alcol.

ⁱⁱⁱ Per i bambini e ragazzi si forniscono stime biennali che consentono la possibilità di arrivare a un livello di analisi più granulare.

^{iv} Per la definizione dell'eccesso di peso dei bambini e degli adolescenti di 3-17 anni si è fatto ricorso ai valori soglia per sesso e mese di vita elaborati da Cole TJ, Lobstein T. (2012) e adottati dall'International obesity Task force (IOTF).

^v Standardizzati con la popolazione europea al 2013.

^{vi} Le patologie croniche considerate sono: diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore, ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi o artrite, osteoporosi, disturbi nervosi (compreso parkinson e alzheimer), ictus, depressione.

^{vii} La Legge n. 149/2025 ha riconosciuto l'obesità come malattia cronica progressiva e recidivante e prevede la sua inclusione nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e istituisce un programma nazionale dedicato alla sua prevenzione e al suo trattamento.

^{viii} Standardizzati con la popolazione europea al 2013.

Per chiarimenti tecnici e metodologici

Emanuela Bologna

06 4673 2195

bologna@istat.it