

Salute



Vita media in aumento, ma stabile quella in buona salute. Disuguaglianze territoriali in crescita, disuguaglianze di genere in diminuzione

L'Italia ha un livello di speranza di vita tra i più elevati in Europa e la longevità continua ad aumentare. La mortalità infantile, con tassi già molto contenuti, decresce ancora, come pure la mortalità per incidenti da mezzi di trasporto dei giovani, soprattutto tra i maschi, e quella per tumori maligni tra gli adulti. Migliorano inoltre, rispetto al 2005, le condizioni di salute fisica. Qualche andamento positivo si evidenzia anche sul fronte degli stili di vita, con il consolidarsi della riduzione progressiva di fumatori e di consumatori di alcol a rischio.

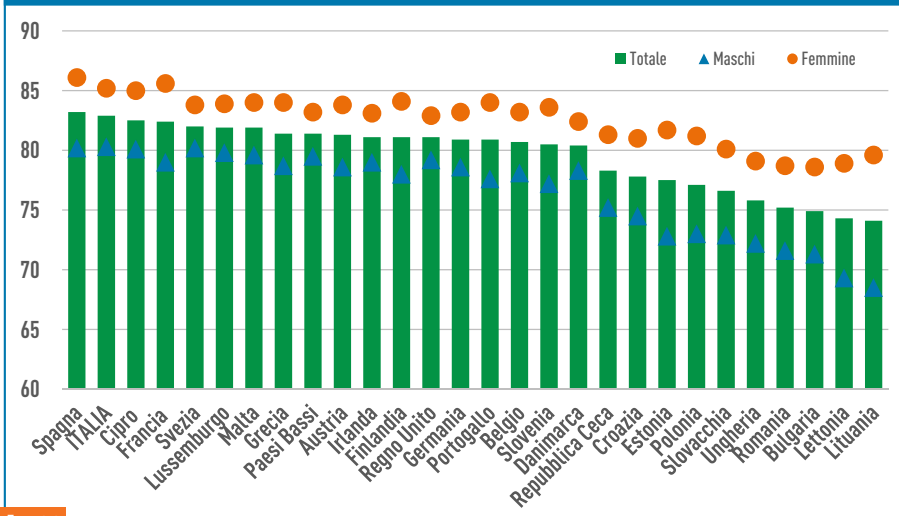
In un simile contesto si rilevano tuttavia alcune criticità di sicura rilevanza. In primo luogo, non migliora nel 2013 la qualità della sopravvivenza e si registra, rispetto al 2005, un peggioramento del benessere psicologico. Si riconferma la tendenza all'aumento della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso tra gli anziani, e soprattutto tra i grandi anziani. Il rilevante carico assistenziale che queste patologie comportano sulle famiglie e sui servizi socio-sanitari si può rivelare di difficile sostenibilità sociale ed economica, riflettendosi negativamente sulla qualità della vita, non solo dei malati ma anche dei loro familiari. Continuano ad essere diffusi sedentarietà, eccesso di peso e un non adeguato consumo di frutta e verdura.

Le donne hanno da sempre un vantaggio in termini di sopravvivenza rispetto agli uomini, dai quali si distinguono anche per una maggiore propensione alla prevenzione e agli stili di vita più salutari. In termini di qualità della sopravvivenza, invece, sono più spesso penalizzate da patologie che comportano limitazioni nelle attività che le persone abitualmente svolgono. Nel tempo però le differenze tendono ad assottigliarsi, dato il progressivo incremento di anni mediamente vissuti dagli uomini che sta consentendo loro di recuperare una parte del divario di genere. Al contrario, le differenze territoriali sono in crescita, con il Mezzogiorno che, anche per effetto della crisi, vede aumentare il proprio svantaggio nella speranza di vita e nella qualità della vita media nelle età anziane, ma anche nella mortalità infantile. Permangono nette le differenze geografiche nella salute fisica e psicologica, sempre a vantaggio del Centro-Nord, e nei fattori di rischio legati agli stili di vita. Ad eccezione del consumo di alcol a rischio, comportamento più frequente al Nord, nel Mezzogiorno la situazione è critica per la maggiore diffusione di comportamenti poco salutari: sedentarietà, eccesso di peso e scorrette abitudini alimentari. Anche le disuguaglianze sociali negli stili di vita si mantengono marcate, le persone con elevato titolo di studio, a parità di età, godono di migliori condizioni sia di salute fisica che mentale e hanno generalmente comportamenti più salutari.

Le condizioni di salute: un quadro d'insieme

L'allungamento della vita continua a progredire e, nel 2013, l'Italia diventa il primo paese in Europa per la più elevata speranza di vita degli uomini (80,3 anni - stima Eurostat).¹ Rispetto alla media dei 28 paesi europei (80,6 anni) nel nostro paese la vita media attesa della popolazione in complesso è più lunga di almeno 1 anno e mezzo, attestandosi al secondo posto della graduatoria (82,9 anni) dopo la Spagna. Inoltre, la speranza di vita delle donne continua a collocarsi al terzo posto (85,2 anni), dopo Spagna (86,1 anni) e Francia (85,6 anni).

L'ITALIA È AL PRIMO POSTO IN GRADUATORIA PER LONGEVITÀ DEGLI UOMINI E AL TERZO POSTO PER LE DONNE, DOPO SPAGNA E FRANCIA



Fonte: Eurostat

FIGURA 1. Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28. Anno 2013. In anni

La speranza di vita alla nascita registra ogni anno in Italia un lieve ma costante incremento, passando da un valore di 80,7 anni nel 2004 a 82,2 nel 2013.² Non migliora, invece, la qualità della sopravvivenza, che torna ai livelli del 2011. La speranza di vita in buona salute alla nascita³ si attesta a 58,2 anni e quella senza limitazioni funzionali a 65 anni si stima pari a 9,2 anni. Sebbene tra il 2008 e il 2013 le persone di 65 anni abbiano guadagnato mediamente oltre mezzo anno di vita, solo metà del tempo guadagnato è vissuto senza limitazioni funzionali. Considerando i punteggi medi standardizzati dell'indice di stato fisico e di quelli di stato psicologico,⁴ il confronto temporale sulla percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, mostra un miglioramento delle condizioni di salute fisica e un peggioramento del benessere psicologico.

Prosegue il trend in diminuzione per gli indicatori di mortalità monitorati nel BES, con la sola eccezione della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso.

NON MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA SOPRAVVIVENZA

Infatti, il valore del tasso di mortalità infantile in Italia è da anni stabilmente tra i più bassi d'Europa e continua a diminuire (tra il 2011 e il 2012 da 31 a 30 decessi ogni 10.000 nati vivi) principalmente per effetto della riduzione dei tassi di mortalità infantile dei cittadini stranieri che tuttavia mantengono tassi di mortalità lievemente superiori rispetto agli italiani. Dal 2006 al 2012 si osserva infatti una riduzione del tasso di mortalità infantile per 10.000 nati vivi residenti da 32,3 a 28,1 per i cittadini italiani e da 49,9 a 41,3 per i bambini che hanno entrambi i genitori di cittadinanza straniera.

Il tasso di mortalità per accidenti di trasporto tra i giovani, responsabile di quasi la metà dei decessi nella fascia d'età 15-34, ha ripreso a diminuire, attestandosi, nel 2012, a 0,8 decessi per 10.000 residenti.

PROSEGUE IL TREND IN DIMINUZIONE DELLA MORTALITÀ PER TUMORI MALIGNI TRA GLI ADULTI

Nelle età centrali della vita la mortalità per tumore potrebbe essere contenuta sia grazie alla prevenzione primaria, sia attraverso interventi volti a facilitare una diagnosi tempestiva e una migliore cura. Nella classe di età 20-64 anni, nel 2012, il tasso di mortalità per tumori è pari a 8,9 per 10.000 residenti, con un trend di generale riduzione nel tempo.

Al contrario, il progressivo invecchiamento della popolazione ha tra le sue conseguenze l'aumento della diffusione delle demenze e delle malattie mentali. Dopo avere assistito ad un rallentamento della crescita nel 2010 e 2011, il dato del 2012

AUMENTA LA MORTALITÀ PER DEMENZE

marca una chiara tendenza all'aumento della mortalità per queste cause (27,3 decessi per questa causa per 10.000 abitanti). Da un'analisi più dettagliata per età si osserva che la mortalità è molto elevata soprattutto nei molto anziani; il 56% di coloro che muoiono per demenze o malattie del sistema nervoso ha un'età superiore a 85 anni.

Luci e ombre emergono sul piano degli stili di vita particolarmente importanti per il presente e il futuro della qualità della vita della popolazione. I segnali positivi riguardano la progressiva riduzione di fumatori e dei modelli di

DIMINUISCONO I FUMATORI E I CONSUMATORI DI ALCOL A RISCHIO. STABILE ECCESSO DI PESO, SEDENTARIETÀ E CONSUMO ADEGUATO DI FRUTTA E VERDURA

consumo di bevande alcoliche più rischiosi (consumo abituale eccedentario e *binge drinking*), mentre non si evidenziano sostanziali miglioramenti per sedentarietà, eccesso di peso e consumo di quantità adeguate di frutta e verdura. Nel 2014 continua infatti a diminuire la quota di fumatori tra le persone di 14 anni e più, che cala al 20%. Continua a diminuire anche la percentuale di persone di 14 anni e più che eccedono rispetto alle raccomandazioni sul consumo di alcol.⁵ La percentuale di sedentari, invece, dopo l'aumento registrato

nel 2013, torna ai livelli dei due anni precedenti, senza modificare il trend di lungo periodo, in lenta e minima riduzione (dal 41,2% nel 2005 al 39,7% nel 2014).

L'attività fisica nel nostro Paese stenta a diventare una priorità nonostante il Ministero della salute abbia recepito le linee guida sui livelli di attività fisica emesse dall'Oms nel 2010. Anche la quota di persone in eccesso di peso rimane sostanzialmente stabile nel lungo periodo, con il 44,6% delle persone di 18 anni e più obeso o in sovrappeso. Seb-

bene il livello sia più basso rispetto alla maggior parte dei paesi europei⁶ si tratta comunque di una quota considerevole di popolazione. Anche per quanto riguarda il consumo giornaliero di porzioni adeguate di frutta e verdura, cioè in quantità tali da svolgere un ruolo protettivo per la salute, la percentuale di popolazione interessata da questo stile alimentare continua ad essere molto bassa e non accenna ad aumentare (18,1%) anche per una scarsa conoscenza dei rischi connessi a un'alimentazione povera di questi alimenti che è trasversale alle diverse generazioni. Poco meno della metà della popolazione consuma al massimo due porzioni al giorno tra frutta e verdura.

Le disuguaglianze

Considerando il complesso degli indicatori del dominio emerge come gli uomini siano maggiormente penalizzati, seppure le differenze di genere siano in molti casi in diminuzione.

Continuano ad assottigliarsi nel tempo le differenze di genere nella speranza di vita: in 10 anni gli uomini hanno guadagnato in media più di 2 anni mentre le donne 1,4 anni, anche se restano più longeve (4,7 anni in più rispetto agli uomini).

Una maggiore longevità ha però come contropartita un maggior numero di anni vissuti con limitazioni nelle attività da parte delle donne. Nel 2013, una donna di 65 anni può contare di vivere in media ancora 22 anni, ma di questi solo 9 saranno vissuti senza limitazioni; un suo coetaneo invece vivrà in media 18,5 anni, 9,5 anni dei quali senza alcuna limitazione nelle attività. Le donne, inoltre, evidenziano un peggiore benessere psicologico e, dopo i 50 anni, un peggiore stato di salute fisica.

LE DONNE VIVONO PIÙ ANNI CON LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ E MOSTRANO UN PEGGIOR STATO DI SALUTE PSICOLOGICA

Le cause di morte monitorate nel BES mostrano una situazione più critica per i maschi, tra i quali si osservano tassi di mortalità infantile più alti, anche se la loro riduzione nel tempo è più accentuata rispetto a quella che si riscontra tra le femmine. Inoltre, gli uomini di 15-34 anni hanno rischi di morte per incidenti da mezzi di trasporto fino a quattro volte superiori a quelli delle loro coetanee. Tali differenze sono in lieve diminuzione tra il 2011 e il 2012 poiché il tasso di mortalità per incidenti di trasporto passa da 1,6 a 1,3 per 10.000 residenti di sesso maschile, mentre resta stabile, sebbene a livelli nettamente più bassi, tra le donne (0,3 per 10.000). Sono ancora forti le differenze di genere per la mortalità per tumori maligni degli adulti e gli uomini hanno rischi di morte per queste cause di circa il 30% superiori alle loro coetanee (10,1 per 10.000 maschi e 7,8 per 10.000 femmine). Anche la mortalità degli anziani per demenze e malattie del sistema nervoso è più elevata tra gli uomini, con differenze più contenute ma costanti nel tempo.

GLI UOMINI HANNO RISCHI DI MORTE PER TUMORI MALIGNI DEL 30% SUPERIORI ALLE LORO COETANEE

Stili di vita poco salutari continuano ad essere più diffusi tra gli uomini, ad eccezione della sedentarietà che prevale tra le donne. Sono sempre molto evidenti le

GLI UOMINI HANNO STILI DI VITA MENO SALUTARI, MA TRA LE DONNE PREVALE LA SEDENTARIETÀ

differenze di genere nell'abitudine al fumo, con il 24,8% di fumatori tra gli uomini e il 15,5% tra le donne di 14 anni e più, anche se i divari tendono a ridursi a causa di una più rapida diminuzione dell'abitudine al fumo tra gli uomini, particolarmente significativa tra i giovani maschi di 20-24 anni.

Ancora più accentuata la prevalenza maschile nel consumo non moderato di alcol (23,5% contro l'8,5% delle donne) con un picco tra gli uomini di 65 anni e più (38%) che eccedono soprattutto sulle quantità raccomandate. L'altro gruppo particolarmente a rischio è quello dei giovani e delle giovani di 14-17 anni (33,4% per i maschi e 25,5% per le femmine),⁷ per i quali l'assunzione di qualsiasi bevanda alcolica è considerata dannosa. Il fenomeno del *binge drinking* è maggiormente diffuso tra i ragazzi di 18-24 anni. Un segnale positivo è da intravedersi nel fatto che proprio in questi gruppi di popolazione più critici si registra la diminuzione più decisa nel tempo del consumo non moderato di alcol.

Per l'eccesso di peso permangono ampie differenze di genere a svantaggio degli uomini, con il 54,1% di uomini obesi o in sovrappeso, contro il 35,5% delle donne. Al contrario la sedentarietà caratterizza maggiormente le donne, con il 43,1% di sedentarie contro il 36,1% degli uomini di 14 anni e più.

Il consumo di porzioni adeguate di frutta e verdura è più frequente tra le donne, in particolare nelle fasce di età centrali dove le differenze rispetto agli uomini arrivano a 10 punti, seppure per entrambi i sessi i livelli siano molto bassi.

Se le differenze di genere tendono a diminuire, le disuguaglianze territoriali nelle condizioni di salute si acuiscono. Nel Mezzogiorno la durata della vita media continua ad essere più breve, con una differenza di almeno un anno rispetto al Nord e poco inferiore rispetto al Centro. La forbice diventa più ampia quando si considera il numero medio di anni vissuti in buona salute. Nel 2013 nel Nord si osserva un valore della speranza di vita in buona salute di circa 5 anni superiore rispetto a quello del Mezzogiorno. Un nuovo nato nel 2013 al Nord, può contare di vivere almeno 61,3

SI ACUISCONO NEL TEMPO LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI CON ULTERIORI GUADAGNI DI ANNI DI VITA IN BUONA SALUTE AL NORD

anni di vita in buona salute se maschio e 58,8 se femmina, mentre nel Mezzogiorno gli anni si riducono rispettivamente a 56,3 per i maschi e a 54,6 per le femmine. Le differenze territoriali, già marcate negli anni precedenti, si sono acuite nel 2013. Infatti, i guadagni di anni di vita in buona salute hanno riguardato in misura minore il Mezzogiorno, sia per gli uomini che per le donne. In particolare le donne del Nord, con un trend sempre in aumento, in cinque anni guadagnano 2,9 anni in buona salute, poco più contenuto il guadagno delle donne del Centro

(2,4), e degli uomini del Nord (2,5 anni), invece bassi e non significativi sono gli incrementi del Mezzogiorno.

Il divario tra vita media attesa e quella vissuta in buona salute è più evidente in alcune regioni del Mezzogiorno. Tra queste, la Campania pur restando la regione

GLI UOMINI DEL NORD VIVONO PIÙ A LUNGO IN BUONA SALUTE MENTRE SONO LE DONNE DEL MEZZOGIORNO LE PIÙ PENALIZZATE

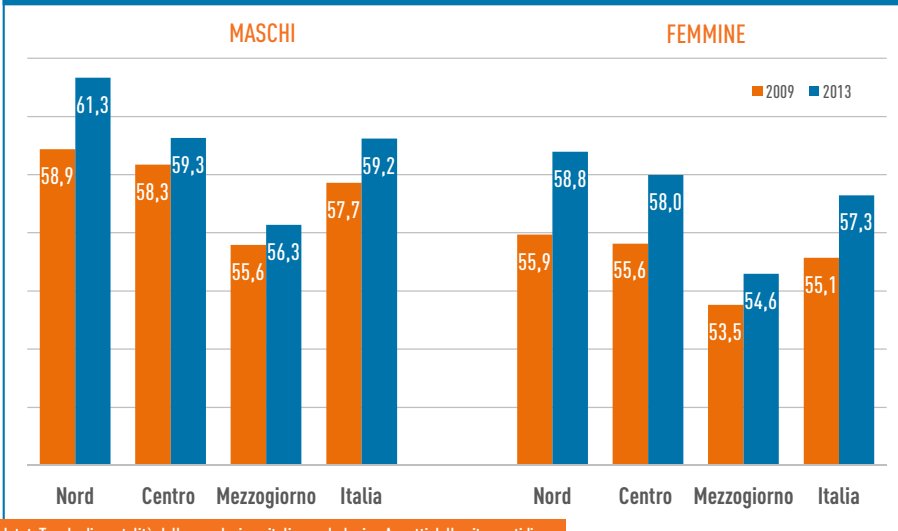


FIGURA 2. Speranza di vita in buona salute per sesso e ripartizione geografica. Anni 2009 e 2013. In anni

Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

con la più bassa speranza di vita alla nascita (80,5 anni), mostra una forbice meno accentuata rispetto a quella della Calabria, con una vita media attesa più elevata (81,8 anni) ma con la più bassa speranza di vita in buona salute (52,3 anni). La provincia autonoma di Bolzano oltre a presentare livelli tra i più elevati di longevità

IN ALCUNE REGIONI DEL MEZZOGIORNO SI VIVONO PIÙ ANNI IN CONDIZIONI DI SALUTE NON BUONE

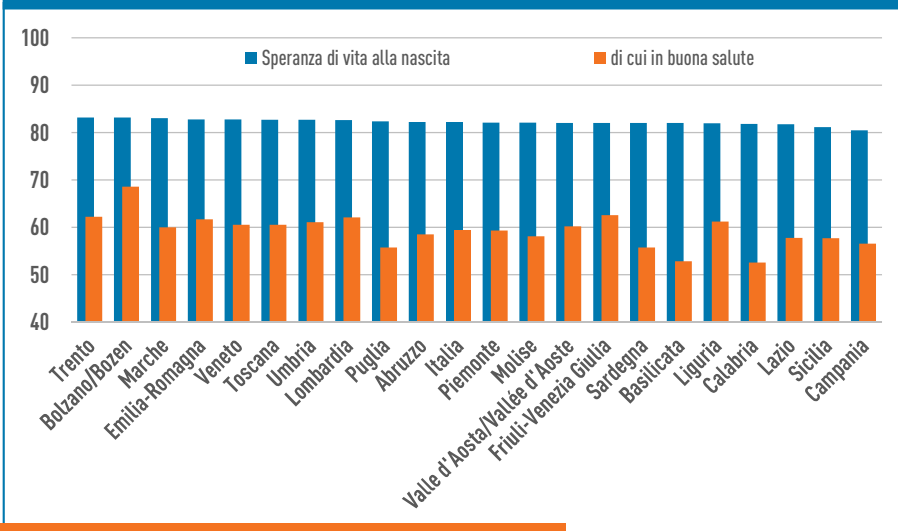


FIGURA 3. Speranza di vita alla nascita, di cui in buona salute per regione. Anno 2013. In anni

Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

(83,1 anni) registra anche la più elevata speranza di vita in buona salute (69 anni). Nel Mezzogiorno anche la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni

**DONNE DEL MERIDIONE
PARTICOLARMENTE
PENALIZZATE PER
LA QUALITÀ DELLA
SOPRAVVIVENZA
ALLE ETÀ ANZIANE**

è più breve di quasi 3 anni rispetto a quella del Nord (7,5 anni a fronte di 10,3 anni). Le donne del Meridione appaiono le più penalizzate, a 65 anni possono aspettarsi di vivere appena 7,0 anni senza incorrere in limitazioni nelle attività a fronte dei 10,4 anni delle loro coetanee del Nord. Anche per gli uomini si registrano analoghe differenze territoriali, sebbene più contenute.

Gli indici di stato fisico e psicologico, standardizzati per età, evidenziano complessivamente un'analoga geografia, che penalizza il Sud del paese. In particolare il peggioramento del benessere psicologico, più evidente nel Mezzogiorno, ha determinato differenze territoriali non rilevate fino al 2005 per tale indicatore. Nel 2013 è la regione Marche quella che continua a registrare i punteggi medi più bassi dell'indice di stato psicologico, immediatamente preceduta dalle regioni meridionali: Campania, Calabria e Puglia.

Il profilo territoriale degli indicatori di mortalità studiati nel Bes è piuttosto differenziato. Rispetto a una riduzione generalizzata a livello territoriale della mortalità infantile, i dati più recenti mostrano un andamento diverso nel Mezzogiorno, area in cui non si registra tale diminuzione nell'ultimo anno. La mortalità per incidenti di trasporto tra i giovani è più diffusa nel Lazio, in Basilicata, Sardegna e Puglia, e nell'area del Nord-Est. La mortalità per tumori maligni ha una variabilità piuttosto contenuta tra le regioni. Nel 2012 i tassi più elevati si osservano in Sardegna e Campania per entrambi i generi e, solo per le donne, in Liguria e Lazio. In controtendenza rispetto al trend in riduzione, nel 2012 si nota un aumento della mortalità per tumori maligni in alcune regioni centrali, quali Umbria, Toscana e Lazio (solo per gli uomini).

**AL NORD MAGGIORI QUOTE
DI CONSUMO DI ALCOL
CONSIDERATO A RISCHIO**

Nel 2012 il Nord è ancora l'area geografica con i tassi standardizzati di mortalità per demenze più elevati, con valori pari a 30,1 e 27,8 (per 10.000), rispettivamente per uomini e donne.

Anche per gli stili di vita la distribuzione sul territorio presenta diverse caratterizzazioni. Il Centro, nonostante il calo consistente che si registra nel 2014, rimane la ripartizione con la maggiore quota di fumatrici, mentre tra gli uomini la percentuale più elevata si rileva nel Mezzogiorno.

**SVANTAGGIO DEL
MEZZOGIORNO PER
SEDENTARIETÀ, ECCESSO
DI PESO E CONSUMO DI
FRUTTA E VERDURA**

Il Nord si caratterizza per maggiori quote di consumo di alcol considerato a rischio, con oltre un quarto di consumatori a rischio tra gli uomini di 14 anni ed oltre, mentre sono circa un quinto al Mezzogiorno. In particolare il maggior rischio si riscontra tra gli uomini residenti in Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Si registra tuttavia un segnale positivo di forte diminuzione nel comportamento a rischio tra i minorenni nel Nord, con una percentuale che scende dal 52,4% del 2007 al 32% del 2014.

Per sedentarietà, eccesso di peso e consumo di quantità adeguate di frutta e ver-

NELLE REGIONI DEL MEZZOGIORNO PIÙ SEDENTARI E PIÙ AMPIE DISUGUAGLIANZE DI GENERE

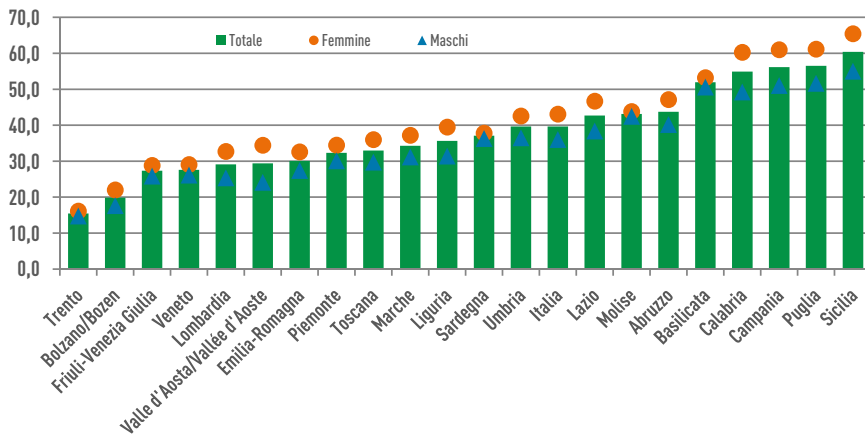


FIGURA 4. Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per sesso e regione. Anno 2014. Per 100 persone di 14 anni e più con le stesse caratteristiche

Fonti: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

dura si rileva un persistente svantaggio del Mezzogiorno. Infatti le più alte quote di sedentari si osservano in Sicilia (con oltre il 60%), seguita da Puglia e Campania, mentre percentuali più basse si registrano nelle province di Trento e di Bolzano (sotto il 20%). Le regioni con la percentuale più alta di persone di 18 anni e più in eccesso di peso sono la Campania, Molise, Calabria e Puglia, con valori superiori al 50% (superiori al 60% tra gli uomini). Trento, Valle d'Aosta e Piemonte rilevano la situazione più favorevole, con percentuali di individui in eccesso di peso inferiori al 40%. Tuttavia va segnalato che per l'eccesso di peso le differenze territoriali si riducono rispetto al 2005 per l'effetto combinato di un lieve aumento al Nord e una

PIÙ PERSONE IN ECCESSO DI PESO AL MEZZOGIORNO E TRA GLI UOMINI

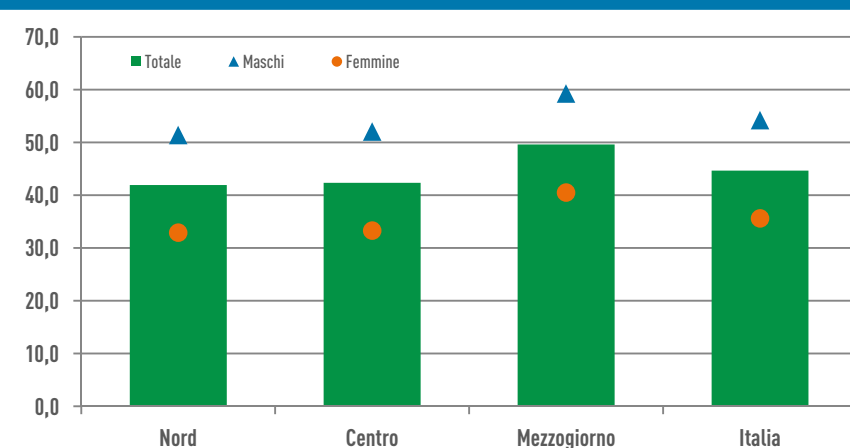


FIGURA 5. Proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese per sesso e ripartizione geografica. Anno 2014. Per 100 persone di 18 anni e più con le stesse caratteristiche

Fonti: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

diminuzione nel Mezzogiorno. In questa zona si registrano comunque le più basse percentuali di consumo giornaliero adeguato di frutta e verdura (13,7% contro 21,2% nel Centro e 19,9% nel Nord).

**PERSISTONO LE
DISUGUAGLIANZE SOCIALI
NEI FATTORI DI RISCHIO
PER LA SALUTE**

Permangono le disuguaglianze sociali: le persone con elevato titolo di studio, a parità di età, godono di migliori condizioni sia di salute fisica che mentale, hanno comportamenti più salutari, ad eccezione del consumo a rischio di alcol, per il quale non si registra questa associazione. Il rischio di essere in eccesso di peso, a parità di età, genere e ripartizione territoriale, raddoppia tra le persone con bassa istruzione rispetto a quelle con titolo di studio più elevato. Le differenze sono stabili nel tempo anche se più marcate, ma in diminuzione, tra le donne.

Ancora più accentuate, ma stabili nel tempo, le disuguaglianze sociali per la sedentarietà, infatti il rischio di essere sedentari tra le persone con basso livello di istruzione è tre volte e mezzo il rischio tra le persone con almeno la laurea.

In sintesi

L'indice composito di questo dominio ha l'obiettivo di rendere agevole l'analisi dell'andamento complessivo dello stato di salute nel nostro Paese. Sono stati quindi selezionati esclusivamente gli indicatori globali di *outcome*, riferiti al livello e alla qualità della sopravvivenza del complesso della popolazione: speranza di vita alla nascita, speranza di vita in buona salute alla nascita, speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, indici sintetici di stato fisico e psicologico. Gli stili di vita non sono stati considerati in quanto fattori di potenziale rischio per la salute, legati quindi più al concetto di "sostenibilità". Analogamente sono stati esclusi dall'analisi gli indicatori sulla mortalità (mortalità infantile, mortalità per incidenti da mezzi di

TAVOLA 1 - INDICATORI SELEZIONATI PER L'INDICE COMPOSITO DI SALUTE

N.	Indicatore	Polarità	Valore minimo	Valore massimo	Anni
1	Speranza di vita alla nascita	+	79,8	83,3	2009-2013
2	Speranza di vita in buona salute alla nascita	+	49,2	69,0	2009-2013
3	Indice di stato fisico (Pcs)	+	49,2	52,0	2009-2013 (a)
4	Indice di stato psicologico (Mcs)	-	48,0	51,7	2009-2013 (a)
9	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni	+	6,6	13,4	2009-2013

(a) Indicatori disponibili per il 2005, 2012 (media settembre-dicembre) e per il 2013 (media di 4 rilevazioni effettuate tra il 2012 e il 2013). Gli anni 2009, 2010 e 2011 sono stati interpolati.

trasporto tra i giovani, per tumore tra gli adulti e per demenze tra gli anziani) - monitorati nel Bes perché individuano quei rischi di morte nelle diverse fasi del ciclo di vita che rappresentano una sorta di campanello d'allarme nelle diverse fasce d'età. Le condizioni di salute in Italia continuano a registrare miglioramenti, anche se con ritmi più contenuti nel 2013. Posto l'anno 2010 uguale a 100, l'indicatore sale da 97,6 nel 2009 a 102,6 nel 2013. Questo andamento compensa il costante miglioramento

DIVARIO TERRITORIALE AMPIO E IN LIEVE AUMENTO

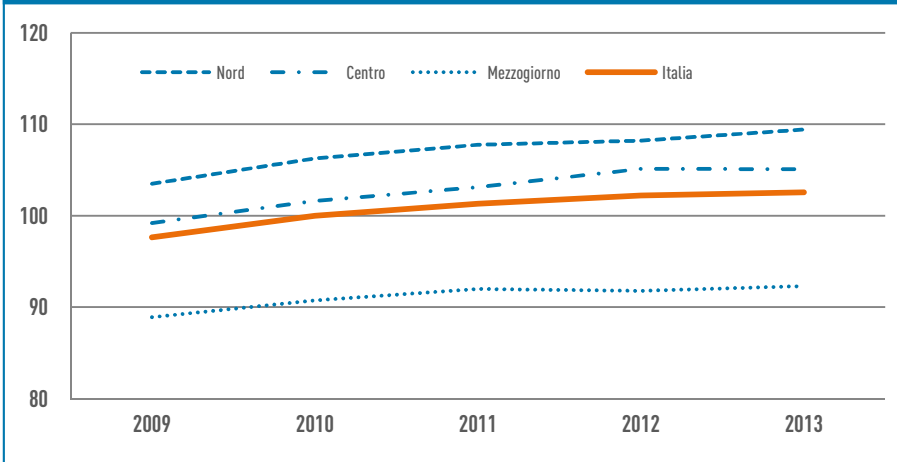


FIGURA 6.
Indice composto di salute. Anni 2009-2013. Metodo AMPI. Italia 2010=100

registrato nel tempo dalla speranza di vita e dall'indice medio dello stato di salute fisica, con la lieve flessione tra il 2012 e il 2013 degli indicatori della vita media in buona salute o senza limitazioni, nonché con il peggioramento del benessere psicologico.

Il divario tra Nord e Mezzogiorno è ampio e in lieve aumento: era di circa 15 punti nel 2009 e supera i 17 punti nel 2013. Tale aumento delle disuguaglianze è determinato dai più significativi miglioramenti riscontrabili al Nord, anche nel 2013, che sono meno evidenti nel Mezzogiorno, e che si arrestano nell'ultimo anno nel Centro.

Va segnalato come l'andamento delle ripartizioni nasconda situazioni molto diversificate a livello regionale. Tra le regioni del Nord per esempio in Emilia-Romagna si registra un deciso miglioramento nelle condizioni di salute nel 2013, mentre la situazione opposta si evidenzia in Piemonte e Veneto. Al Centro la situazione è generalmente peggiorata nel 2013, ma fa eccezione l'Umbria dove migliora di oltre tre punti nell'ultimo anno. Tra le regioni del Mezzogiorno il peggioramento dell'ultimo anno è piuttosto generalizzato, a eccezione di due delle regioni in cui le condizioni di salute sono tra le peggiori in Italia, Sicilia e Calabria, che avevano registrato una battuta d'arresto nel corso del 2012 ma sembrano in lieve ripresa, pur rimanendo tra le più svantaggiate.

note

- 1 Il metodo di calcolo della stima Istat differisce da quello utilizzato da Eurostat per l'adozione di un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più).
- 2 Vedi nota 1.
- 3 La speranza di vita in buona salute alla nascita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute nell'ipotesi che i rischi di morte e le condizioni di salute percepita rimangano costanti.
- 4 Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale per indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, l'Istat ha selezionato fin dal 2000 il questionario Sf12 che fa riferimento a due indici di salute percepita: uno relativo allo stato fisico (Physical Component Summary, PCS) e l'altro allo stato psicologico (Mental Component Summary, MCS). A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) dell'indice PCS corrisponde una condizione di "sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente". Un basso indice MCS evidenzia, invece, "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente". I punteggi medi di tali indici sono da confrontare in termini relativi: all'aumentare del punteggio medio migliora la valutazione delle condizioni di salute.
- 5 Il consumo non moderato di alcol comprende sia il consumo abituale oltre le quantità raccomandate, secondo quanto proposto nei nuovi livelli di assunzione di riferimento di nutrienti (LARN), sia il binge drinking, vale a dire episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni. Recenti evidenze scientifiche hanno permesso di rivedere i limiti del consumo abituale di bevande alcoliche da non superare per non incorrere in problemi per la salute. Le raccomandazioni relative ai nuovi limiti pubblicati dal Ministero della Salute e acquisiti dai nuovi LARN ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a minor rischio (lower-risk drinking) per non incorrere in problemi per la salute. In particolare, per le donne adulte e gli anziani di 65 anni e più il consumo giornaliero non deve superare una UA (UA = 12 grammi di alcol puro), per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA al giorno, mentre sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato. Nel 2014 si è proceduto all'aggiornamento di tutti gli indicatori in serie storica rispetto ai nuovi livelli di assunzione di riferimento di nutrienti (LARN 2014) per consentire i confronti temporali.
- 6 Il confronto si basa sulle stime dell'ultimo anno disponibile nel database dell'OCSE 2012-2013 (per 9 paesi le stime variano tra il 2006-2011). Le prevalenze sono riferite alla popolazione di 15 anni e oltre, senza standardizzare rispetto alla diversa distribuzione per età delle popolazioni, considerando le misure antropometriche di peso ed altezza autoriferiti per un confronto omogeneo.
- 7 Va sottolineato che per i ragazzi sotto i 18 anni qualsiasi tipo di consumo di alcol viene considerato a rischio per la salute. Infatti, anche se nel 2014 tre ragazzi di 14-17 anni su dieci presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol, è di circa il 7% la percentuale di quanti hanno comportamenti maggiormente a rischio (consumano bevande alcoliche tutti i giorni, oppure hanno l'abitudine al binge drinking o al consumo settimanale di alcolici fuori pasto).

Dato l'approccio utilizzato, basato sulla selezione ragionata degli indicatori inseriti nel dominio, l'Analisi delle Componenti Principali (ACP) ha uno scopo meramente descrittivo, tuttavia i risultati ottenuti hanno fornito buoni elementi a sostegno dell'impianto concettuale di riferimento.

INDICATORI UTILIZZATI PER L'ANALISI ESPLORATIVA

N.	Indicatore	Ultimo anno disponibile
1	Speranza di vita alla nascita	2013
2	Speranza di vita in buona salute alla nascita	2013
3	Indice di stato fisico (Pcs)	2013
4	Indice di stato psicologico (Mcs)	2013
5	Tasso di mortalità infantile	2012
6	Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto	2012
7	Tasso standardizzato di mortalità per tumore	2012
8	Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso	2012
9	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni	2013
10	Eccesso di peso	2014
11	Fumo	2014
12	Alcol	2014
13	Sedentarietà	2014
14	Alimentazione	2014

L'analisi della matrice di correlazione evidenzia che gli indicatori del dominio non sono tra loro sempre correlati. Le correlazioni più forti si registrano tra la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni e l'indice di stato fisico (0,86) e tra la prima e la speranza di vita in buona salute (0,81). Anche la percentuale di sedentari e di persone in eccesso di peso presentano una correlazione positiva (0,81). Le correlazioni negative più forti si registrano tra la sedentarietà e vari indicatori di salute: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (-0,87), la speranza di vita in buona salute (-0,78), l'indice di stato fisico (-0,74) e la speranza di vita alla nascita (-0,73).

Le prime 3 componenti principali spiegano il 70,7% della varianza totale, in particolare la prima spiega 45,6%, la seconda il 14,4% e la terza il 10,7%. Scendendo nel dettaglio possiamo evidenziare gli indicatori che caratterizzano la struttura latente e che mostrano una migliore qualità della rappresentazione nel sottospazio selezionato. In relazione alla prima componente l'ACP conferma l'opportunità di utilizzare degli indicatori in grado di legare gli anni di sopravvivenza con la loro qualità, in termini di assenza di malattia e di limitazioni nelle attività, e di introdurre gli indicatori soggettivi di disagio

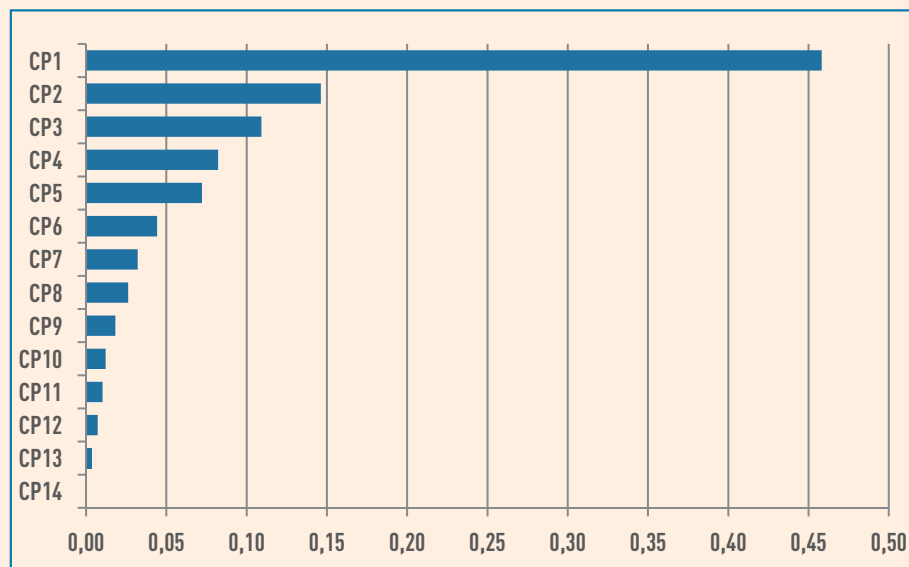
fisico e psicologico come importante componente del benessere nella salute. E' questa la componente che misura la "qualità della sopravvivenza", ed è caratterizzata dalla speranza di vita e dagli stili di vita a rischio.⁸ In generale l'asse mostra un continuum che va dalla sedentarietà e l'eccesso di peso, rappresentati nel semiasse negativo, alla speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, agli anni di vita in buona salute e all'indicatore di benessere fisico nel semiasse positivo.

Considerando le comunalità tra gli indicatori e gli assi si nota che la prima componente spiega circa il 90% della variabilità della speranza di vita senza limitazioni a 65 anni e della percentuale di sedentari, il 71,1% della varianza della speranza di vita in buona salute, il 66,6% della variabilità dell'indicatore di benessere fisico e il 64,3% della variabilità dell'eccesso di peso.

La seconda componente è legata alla mortalità per tumore, di cui riproduce il 72,3% di variabilità, e non a caso associa quest'ultima a uno dei più noti comportamenti a rischio ad esso correlato: il fumo. Questa componente può essere definita "mortalità in età adulta per tumore".

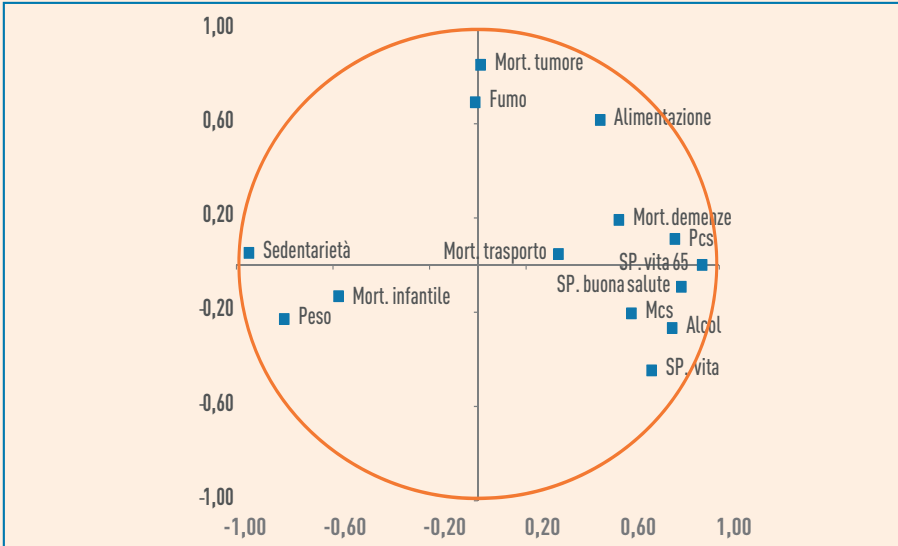
La terza componente, denominata "mortalità in età giovanile per incidenti da mezzi di trasporto", rappresenta la mortalità per questa causa in età giovanile che, sebbene sia legata più a un problema di natura sociale, ha rilevanti risvolti sul benessere di una collettività. L'asse riproduce il 72% della variabilità di questo indicatore.

VARIANZA SPIEGATA DALLE COMPONENTI PRINCIPALI



⁸ Fa eccezione l'indicatore sull'assunzione a rischio di alcol che evidenzia una correlazione di segno positivo con lo stato di salute, tale circostanza coglie la correlazione spuria dovuta al gradiente Nord-Sud che caratterizza queste due dimensioni.

**CERCHIO DELLE CORRELAZIONI (ASSI 1 E 2) DEL DOMINIO SALUTE.
ULTIMO ANNO DISPONIBILE**



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.
Fonti: 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 accidenti di trasporto (d)	Tasso standardizzato di mortalità per tumore (e)
	2013	2013	2013	2013	2012	2012	2012
Piemonte	82,1	57,9	51,7	49,0	23,2	0,9	9,1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	82,1	59,1	51,4	49,4	25,5	1,6	9,0
Liguria	81,9	60,8	51,7	50,1	31,1	0,6	9,2
Lombardia	82,6	60,7	51,7	49,4	24,1	0,8	9,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	83,2	65,5	51,8	50,3	33,1	0,7	8,4
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>83,1</i>	<i>69,0</i>	<i>51,9</i>	<i>51,1</i>	<i>24,0</i>	<i>0,9</i>	<i>8,2</i>
<i>Trento</i>	<i>83,2</i>	<i>62,3</i>	<i>51,7</i>	<i>49,6</i>	<i>42,7</i>	<i>0,5</i>	<i>8,6</i>
Veneto	82,7	59,0	51,4	49,3	26,3	1,1	8,6
Friuli-Venezia Giulia	82,0	60,4	51,6	49,6	22,4	1,0	9,4
Emilia-Romagna	82,8	60,2	51,3	49,2	26,2	1,0	8,4
Toscana	82,7	59,6	51,9	48,9	21,5	0,8	8,6
Umbria	82,7	60,0	51,2	49,3	27,6	0,8	8,7
Marche	83,0	59,0	51,4	48,0	16,7	0,8	8,3
Lazio	81,8	57,5	51,2	49,4	30,4	1,1	9,5
Abruzzo	82,2	58,8	51,3	49,0	40,2	0,6	7,8
Molise	82,1	57,5	51,0	49,7	25,7	0,3	8,0
Campania	80,5	55,7	50,9	48,3	42,1	0,3	10,0
Puglia	82,3	55,0	50,6	48,7	33,6	1,0	8,2
Basilicata	82,0	52,8	50,5	48,9	24,6	1,2	7,8
Calabria	81,8	52,3	49,9	48,7	45,2	0,7	8,2
Sicilia	81,2	56,2	50,8	48,9	42,3	0,7	8,9
Sardegna	82,0	53,9	50,2	49,4	22,5	1,0	10,1
Nord	82,5	60,0	51,6	49,4	25,4	0,9	8,9
Centro	82,3	58,6	51,5	49,1	25,8	0,9	9,0
Mezzogiorno	81,5	55,4	50,7	48,8	38,8	0,7	9,0
Italia	82,2	58,2	51,2	49,1	30,0	0,8	8,9

(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. |

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)	
2012	2013	2014	2014	2014	2014	2014	2013
30,4	9,9	38,9	21,0	18,9	32,3	23,6	104,8
39,0	10,4	38,6	18,8	23,1	29,4	16,1	106,7
31,7	10,2	40,6	19,3	15,4	35,6	19,9	110,4
28,7	10,4	41,3	20,3	17,1	29,1	17,8	110,7
27,0	10,4	38,7	18,7	24,3	17,6	16,4	119,2
29,7	11,0	42,4	20,6	27,6	19,8	12,9	125,1
24,8	9,9	35,1	16,9	21,0	15,4	19,7	113,3
30,7	9,5	43,4	16,9	19,8	27,6	20,6	106,8
24,9	10,6	42,6	21,1	21,2	27,4	19,2	109,2
27,0	11,2	45,7	20,3	16,7	30,1	21,4	109,7
26,1	10,5	42,0	18,0	16,9	33,0	20,5	109,3
26,9	9,0	44,8	22,1	15,5	39,6	28,3	105,5
28,9	9,7	45,1	20,7	14,8	34,3	21,2	102,2
24,2	8,8	41,2	21,6	12,9	42,7	20,6	101,2
30,9	8,6	48,4	21,2	17,1	43,8	17,3	102,0
23,2	8,8	50,7	18,3	18,8	43,1	14,6	102,2
20,9	6,9	52,6	22,3	11,9	56,2	16,5	86,6
26,7	7,6	50,0	18,9	13,6	56,5	8,5	93,9
20,0	7,9	49,6	19,5	15,7	52,0	6,2	92,5
22,0	6,7	50,3	16,5	12,8	54,9	10,0	85,7
26,9	7,7	48,7	20,2	10,7	60,4	13,3	92,8
32,2	8,0	40,6	20,2	19,4	37,1	20,4	93,5
29,1	10,3	41,9	19,7	18,2	29,4	19,9	109,4
25,8	9,5	42,2	20,4	14,6	38,3	21,2	105,1
25,4	7,5	49,5	20,2	13,2	54,4	13,7	92,3
27,3	9,2	44,6	20,0	15,8	39,7	18,1	102,6

(l) Composito degli indicatori 1, 2, 3, 4 e 9. Italia 2010 = 100