Sezione II

I determinanti della salute

PAGINA BIANCA

1 Determinanti socioeconomici

1.1 Introduzione Diseguaglianze sociali nella salute

Negli ultimi anni le diseguaglianze sociali nella salute sono diventate un tema importante nella sanità pubblica europea. In poco tempo in molti Paesi si è passati dalla misurazione alla ricerca delle cause e alla definizione di interventi di correzione [1]. Anche in Italia il quadro delle diseguaglianze nella salute evidenzia questo tema come una priorità assoluta per le politiche di salute: nessun singolo fattore di rischio è in grado di spiegare una quota così alta di mortalità e di morbosità nella popolazione. Tutti gli indicatori socioeconomici utilizzati – classe, educazione, casa, risorse economiche, contesto – misurano variazioni sociali dello stesso segno, seppure di intensità variabile, su tutti gli indicatori di salute e di accesso all'assistenza analizzati [2].

In questo quadro generale è ancor più opportuno mantenere il criterio dell'equità come una delle priorità nell'agenda della politica italiana, soprattutto in vista del processo di decentramento delle responsabilità – noto sotto il nome di federalismo – che sta interessando progressivamente i diversi livelli di progettazione, organizzazione e funzionamento del sistema sanitario italiano (finanziamento, modello organizzativo, livelli di assistenza) e di cui sarà necessario stimare l'impatto sulla salute e sulla sua distribuzione nella popolazione.

1.2 Presentazione dei dati

Svantaggio della basse posizioni sociali e del Sud

L'indagine speciale sulla salute condotta nel 1999-2000 dall'ISTAT, in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni [3], fornisce immagini aggiornate su come si distribuiscono la salute, gli stili di vita e l'uso dell'assistenza sanitaria in Italia, proprio nel periodo d'avvio dei cambiamenti in senso federalista nel Paese: questa fonte offre dunque informazioni preziose sia per orientare le politiche di piano nazionale e regionali, sia per descrivere il punto di riferimento con il quale dovranno confrontarsi i risultati delle numerose trasformazioni in atto nel Paese nelle politiche sanitarie e non sanitarie.

Dal punto di vista della salute, i principali indicatori ricavabili dall'indagine dimostrano che l'Italia è attraversata da profonde differenze in tutte le dimensioni di salute osservate: salute soggettiva, salute fisica, salute mentale, morbosità cronica, disabilità. Le differenze più intense si osservano per la disabilità e per la salute soggettiva, segue la morbosità cronica con differenze di minore intensità, quasi che si sommino gli effetti di due meccanismi di generazione delle disuguaglianze: un primo meccanismo, che si esplica attraverso una diversa probabilità d'insorgenza del problema di salute, e un secondo meccanismo, che si riferisce a una diversa probabilità di soffrire delle conseguenze sfavorevoli di questi problemi, in termini di salute percepita e di capacità funzionali.

Tali differenze sono sia geografiche, a sfavore soprattutto delle regioni del meridione, sia socio-demografiche, a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate, in particolare i meno istruiti, i meno abbienti, e i più poveri di risorse di rete familiare.

La **Tabella 1** descrive le differenze sociali in alcuni dei principali indicatori di salute e accesso ai servizi sanitari ricavati dall'indagine.

A questo profilo di salute corrisponde un profilo degli stili di vita per nulla incoraggiante. Se la distribuzione degli stili di vita predice, infatti, la distribuzione della salute futura, l'indagine sulla salute del 2000 evidenzia una serie di criticità, riguardanti tutti gli stili di vita più pericolosi per la salute (sovrappeso, obesità, sedentarietà, cattiva alimentazione, dipendenza da alcol e fumo), che vanno tutte nel segno di un approfondimento degli svantaggi a carico delle regioni del meridione e delle posizioni sociali più svantaggiate.

Tabella 1 Diseguaglianze sociali nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari (Italia, 1999-2000 - ISTAT)

Alcuni indicatori selezionati di salute e accesso	Rischi relativi tra gli estremi della classificazione sociale	
	Uomini	Donne
Cattiva salute percepita[a]	4.71	4.77
Disabilità[b]	1.92	1.37
Fumo giovanile (<18 anni)[c]	1.95	1.29
Fumo negli adulti (25-74 anni)[d]	1.80	1.00
Ricorso al pap-test[e]		0.40
Consumo di tranquillanti[f]	1.40	1.20

[a] odds ratio di licenza elementare vs. laurea [4]
[b] rapporti di prevalenza di classe operaia vs. borghesia [5]
[c] rapporti di prevalenza per istruzione familiare (licenza elementare vs. almeno diploma superiore) [6]
[d] rapporti di prevalenza di licenza elementare vs. laurea [7]
[e] odds ratio di licenza elementare vs. laurea [8]
[f] odds ratio di alto vs. basso indice di deprivazione composito [9]

Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, il profilo appare, per certi versi, più equilibrato. La popolazione italiana sembra, infatti, fruire dell'assistenza sanitaria in modo proporzionale al bisogno di salute, dato che gli indicatori di salute (morbosità, salute percepita, età, stili di vita) e la loro distribuzione sociale risultano i principali determinanti del consumo di servizi sanitari [10]. Non appena si scende nel dettaglio di specifici percorsi assistenziali (come il percorso di nascita o lo screening dei tumori femminili o la prevenzione e assistenza odontoiatrica) o si analizza l'accesso a specifiche prestazioni (tecnologie innovative, interventi chirurgici ad alta specializzazione) emergono tuttavia di nuovo profonde differenze a svantaggio del meridione e delle classi meno abbienti [9,11].

1.3 Analisi quantitativa

Le diseguaglianze sociali spiegano quelle geografiche

Le differenze sociali nella salute riferita, ricavate dall'indagine, sono consistenti con quanto noto sulle diseguaglianze di mortalità e complessivamente risultano compatibili per intensità e direzione con quelle osservate negli altri Paesi europei [12,13]. Le differenze geografiche risultano invece un po' dissonanti con quanto noto della distribuzione geografica di altri indicatori di salute come la mortalità e l'incidenza di patologie tumorali, che in passato colpivano con maggiore intensità le regioni del Nord (Nord-Est prima di tutto), per attenuarsi scendendo di latitudine. Negli anni più recenti, tuttavia, le differenze geografiche nella mortalità italiana si sono molto attenuate in generale e sono di segno opposto per le donne, come gli indicatori di salute delle indagini multiscopo sulle famiglie documentano già da tempo.

La novità più importante consiste nel fatto che nella recente indagine ISTAT sulla salute si è potuto osservare che gran parte del differenziale Nord-Sud negli indicatori di salute è attribuibile alla diversa distribuzione delle caratteristiche sociodemografiche che descrivono lo svantaggio culturale e di reddito delle regioni meridionali (un effetto composizionale). A questo fenomeno va aggiunto un lieve effetto di contesto che fa sì che nelle regioni del meridione l'effetto sfavorevole sulla salute della bassa posizione sociale degli individui sia molto più intenso di quello osservato nel Nord, in particolare nel Nord-Est.

Se si passa dalla popolazione generale ai singoli sottogruppi, sono identificabili particolari criticità nella distribuzione degli indicatori della salute dei minori, degli anziani e della popolazione lavorativa. Tra i minori in condizioni socioeconomiche svantaggiate risulta evidente la particolare fragilità della maggior parte delle dimensioni di salute considerate: dall'obesità, agli stili di vita, alla salute soggettiva, alle condizioni di povertà della rete familiare e alle condizioni culturali e di reddito della famiglia di origine; anche in questo caso sono le regioni meridionali a farne maggiormente le spese. Discorso analogo si potrebbe fare sull'anziano, per il quale sono molto evidenti profonde differenze sociali nella salute, che agiscono in modo particolarmente intenso sulla disabilità. In questo caso, l'indagine suggerisce l'ipotesi che l'anziano erediti svantaggi nella salute dall'età adulta, ma che questi svantaggi subiscano ulteriori accelerazioni differenziali verso la disabilità in età anziana. Di segno simile sono le differenze sociali nella salute osservate nella popolazione lavorativa, con le professioni operaie usuranti che sono più colpite e accumulano svantaggi nella speranza di vita in buona salute.

1.4 Valutazione critica

L'equità nella salute come obiettivo delle politiche

I risultati relativi alle diseguaglianze sociali nella salute e, in particolare, quelli relativi alle peggiori condizioni di salute delle regioni meridionali e a come gli effetti negativi sulla salute di una bassa posizione sociale siano più forti al Sud che nel resto del Paese, chiamano in causa tutti i fattori che influenzano la distribuzione dei determinan-

ti dello svantaggio sociale (produzione e distribuzione di ricchezza, occupazione femminile, istruzione, legalità), e le politiche che si preoccupano di moderare gli effetti sfavorevoli sulla qualità della vita e sulla salute dello svantaggio (in particolare i servizi di sostegno alle persone e alle famiglie, i servizi sanitari, la rigenerazione urbana ecc).
Le differenze sociali nella salute degli anziani indicano che, nella prospettiva demografica di rapido invecchiamento della popolazione, occorre che le politiche si concentrino a contrastare i meccanismi di transizione da pre-disabilità a disabilità, che agirebbero con particolare virulenza sui gruppi più svantaggiati. Analogamente, la popolazione lavorativa che invecchia non dimostra la stessa probabilità di mantenere un livello adeguato di capacità lavorativa, con le professioni manuali più colpite e con le politiche di sviluppo della tecnologia, di ergonomia dei posti di lavoro e di revisione dell'organizzazione del lavoro che stentano ad adeguarsi a queste nuove evidenze. Questi differenziali sono poi ereditati nella transizione al pensionamento con svantaggi nella speranza di salute, che possono non essere adeguatamente compensati da riforme previdenziali che trattano tutte le carriere lavorative allo stesso modo, sia per l'età pensionabile, sia per il trattamento pensionistico.
I minori continuano a rappresentare il gruppo più vulnerabile per gli effetti precoci degli svantaggi sociali sulla salute e sugli stili di vita. I comportamenti dannosi per la salute appaiono solo moderatamente sensibili alle politiche di informazione e di educazione sanitaria, che comunque dovrebbero essere mirate ai gruppi di popolazione più svantaggiati e del meridione, gruppi in cui tali abitudini mostrano una particolare tendenza a concentrarsi.
Inoltre, un'assistenza sanitaria organizzata in modo gratuito e universalistico non sembra sufficiente a garantire un equo accesso a cure tempestive, appropriate ed efficaci, se non è espressamente orientata a porre attenzione particolare alle persone e ai gruppi socialmente più vulnerabili, attraverso formule di medicina d'iniziativa e di prossimità per i soggetti più difficili da assistere.

1.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Dai principi di piano alle azioni concrete di contrasto

In alcuni Paesi europei l'attenzione alle diseguaglianze nella salute e alle loro spiegazioni ha fatto nascere iniziative per contrastarle e una discussione sulla loro efficacia ed utilità. Margaret Whitehead ha proposto uno schema che rappresenta il percorso attraverso cui le diverse società stanno passando per mettere a tema le diseguaglianze di salute nell'agenda delle politiche e per tradurle in programmi di intervento [14]: si va dunque dalla misura e dal riconoscimento del fenomeno, alla presa in carico del problema attraverso iniziative politiche, che inizialmente sono focalizzate su un singolo problema e localmente isolate e diventano via via sempre più strutturate, su scala nazionale ed intersettoriali.
Un network europeo costituito appositamente ha esaminato con questo schema le esperienze nazionali riconoscendo uno spettro molto vario di posizioni [1]. L'Italia sarebbe in uno stadio di incipiente responsabilizzazione, dove la pubblicazione di rapporti specialistici sulla questione avrebbe aperto l'attenzione al tema da parte della pianificazione sanitaria [15]. Non c'è un'unica spiegazione alle differenze osservate tra i Paesi in questo tracciato. Occorrono i dati, ma non bastano come nel caso della Spagna. Occorre la volontà politica, ma non basta: infatti in Olanda e Svezia il tema delle diseguaglianze rimane in agenda e si trasforma in politiche indifferentemente dal colore politico delle coalizioni che guidano i Paesi. Anche la congiuntura economica può essere importante, ma il suo andamento temporale non è molto diverso da Paese a Paese in Europa. Anche il ruolo di advocacy delle Agenzie internazionali può risultare significativo: è il caso della WHO per la Lituania.
Sul tema delle disuguaglianze nella salute, le politiche sanitarie italiane degli ultimi anni si sono espresse in modo formale. Nei due ultimi piani sanitari nazionali le disuguaglianze nella salute sono state messe in agenda, con grande rilievo nel piano del 1998-2000 [16], dove risultavano un punto qualificante che avrebbe dovuto caratterizzare tutte le politiche sanitarie nazionali e locali, e con una attenzione più settoriale nel piano 2003-2005 [17], dove esse riguardano le politiche specifiche per i gruppi più deprivati o a rischio, come gli anziani poveri, gli stranieri, i disabili. I richiami del primo piano circa la responsabilità di tutti – ciascuno per il proprio campo di competenza – sulle possibili soluzioni correttive alle diseguaglianze nella salute non sono stati tuttavia propagati in modo sistematico. Viceversa, il secondo approccio risulta meno sistematico nell'interpellare tutti gli angoli dell'organizzazione sanitaria e tutti i per-

corsi assistenziali in cui si snodano i problemi di salute della popolazione, ma può dar luogo a iniziative più concrete per particolari sottogruppi vulnerabili, come è stato il caso della sperimentazione degli interventi per la protezione dagli effetti delle ondate di calore sulla mortalità degli anziani. Fuori dalle politiche sanitarie, sia la salute sia la sua diseguale distribuzione stentano a diventare un criterio di valutazione *ex ante* ed *ex post* degli interventi. Eppure, proprio le conseguenze del federalismo, insieme con il protrarsi dei problemi di compatibilità economica e di sostenibilità del sistema sanitario e sociale, sollecitano la sanità e lo stato sociale italiani a interrogarsi su quanta equità geografica e sociale sia perseguibile nella salute e nell'assistenza sanitaria nel nostro Paese. Per trasformare le diseguaglianze nella salute in bersaglio di politiche e interventi di contrasto, occorre che diventi di dominio pubblico sia la loro esistenza, sia la loro evitabilità, sia l'efficacia dimostrata dalle esperienze più concrete di attenuazione o contrasto.

1.6 Health impact assessment

Prime documentazioni di efficacia sugli interventi di contrasto

Per quanto riguarda le specifiche esperienze di intervento, il rapporto del network europeo sulle politiche [1] ha esaminato numerosi casi di dimostrata utilità sulla base di una buona documentazione empirica relativa agli anni 90: si tratta di interventi sul mercato del lavoro e sulle condizioni di lavoro, di programmi di correzione dei comportamenti individuali correlati alla salute, di interventi sull'accesso ai servizi sanitari, di interventi territoriali su zone ad alta concentrazione di svantaggio e persino di interventi sui processi di sviluppo delle politiche, come l'introduzione dell'Health Inequalities Impact Assessment. Ma nessuno di queste azioni singolarmente sembra in grado di modificare significativamente il quadro delle diseguaglianze intense, regolari e crescenti descritto ovunque.

Solo un programma multipolare, coordinato e orientato allo scopo può essere capace di aggredirle, ma finora se ne sono visti solo tre esempi, e tutti ancora in una fase molto iniziale, nel Regno Unito [18], in Olanda [19] e in Svezia [20]. Scorrendo le raccomandazioni proposte, si scopre che esse sono fondate su livelli molto diversi di documentazione di efficacia; infatti quelle inglesi e quelle svedesi sono fondate solo sulle prove del ruolo causale di singoli fattori determinanti nella nascita delle diseguaglianze nella salute, più che sull'efficacia dimostrata degli interventi che dovrebbero agire su tali determinanti. Mentre le raccomandazioni olandesi sono basate su prove quasi-sperimentali realizzate da dodici differenti studi-intervento promossi dalla commissione. Solo nel caso olandese le raccomandazioni si spingono a definire *target* quantitativi, con proposte molto orientate a specifici interventi su piccola scala, mirati a modificare la distribuzione sociale di specifici mediatori di salute. Nel caso inglese e svedese invece, le raccomandazioni includono obiettivi per le cosiddette "mainstream policies" insieme a interventi su fattori più prossimali per la salute delle persone. Tra la fine degli anni 90 e nei primi anni 2000, peraltro, in questi Paesi sono stati impostati molti studi di valutazione degli interventi intrapresi, che dovrebbero fornire presto interessanti indicazioni.

1.7 Indicazioni per la programmazione

Equity audit: una formula per contrastare le diseguaglianze

Le diseguaglianze nella salute possono costituire un criterio innovativo per le scelte di programmazione. Infatti esse rappresentano uno strumento molto sensibile per identificare riserve di salute e di qualità dell'assistenza per la popolazione, a cui si può accedere con opportune azioni mirate: si tratta di introdurre la posizione sociale degli individui e delle aree come criterio di "benchmarking" dei sistemi sanitari regionali, delle aziende sanitarie, dei professionisti. A questo scopo occorre dapprima sviluppare nuove capacità di "equity audit" attraverso i sistemi informativi sanitari, in modo da saper identificare sistematicamente dove sono e come nascono questi svantaggi sociali nella salute, in particolare nei percorsi assistenziali presidiati da linee guida. Sarebbe inoltre necessario che venissero esaminate criticamente, magari da un'apposita commissione di esperti, o da un progetto di ricerca *ad hoc*, le esperienze di intervento che sono state intraprese negli altri Paesi per contrastare le diseguaglianze sociali nella salute o attenuarne gli effetti, al fine di valutarne l'efficacia, diffonderne la conoscenza e promuoverne l'adozione attraverso appropriate formule di raccomandazioni e incentivazioni.

Bibliografia essenziale

1. Mackenbach JP, Bakker MJ and the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362:1409-14.
2. Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di). *Diseguaglianze di salute in Italia*. Epidemiol Prev 2004; 28 suppl.
3. Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004.
4. Marinacci C, Spadea T, Cesaroni G, Vittori P, Costa G. La geografia della salute in Italia: immagini di salute e immagini di povertà. In: Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del convegno*. Roma, ISTAT, 2004:215-31.
5. Costa G, Spadea T, Vannoni F, Biocca M, Perticaroli S. Salute e lavoro in una popolazione che invecchia. In: Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004:269-284.
6. Vannoni F, Marinacci C, Costa G, Saraceno C, Negri N, Cardano M. Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata. Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004:233-51.
7. Gallus S, Pacifici R, Zuccaro P, Massari M, Iannucci L, Verzino E, Faggiano F, La Vecchia C. Andamento della prevalenza del fumo in Italia. In: Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004: 75-96.
8. Mancini E, Segnan N, Ronco G. I determinanti al ricorso allo screening dei tumori femminili. In: Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004: 353-65.
9. Michelozzi P, Accetta G, Perucci CA. L'equità nell'accesso ai servizi. In: Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004: 129-39.
10. Zocchetti C, Tasco C, Forni S. I determinanti del ricorso ai servizi: fattori individuali e di contesto. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004: 117-27.
11. Rapiti E, Perucci CA, Agabiti N, Ancona C, Arca M, Di Lallo D, Forastiere F, Miceli M, Porta D. Diseguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiol Prev* 1999; 23:153-60.
12. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE, Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *Int J Epidemiol*. 2003; 32:830-7.
13. Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JAA, Geurts JJM, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger WJ, Mackenbach JP. Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2004, Advanced access Nov 24.
14. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Millbank Quarterly* 1998; 76:469-92.
15. Costa G, Spadea T, Dirindin N. Italy. In: Mackembach J, Bakker M. (ed), *Reducing inequalities in Health. A European Perspective*. London & New York, Routledge, 2002.
16. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma, Ministero della Sanità, 1998.
17. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.PDF
18. Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London, The Stationery Office, 1998.
19. Health Research and Developement Council of the Netherlands. Reducing Socio-economic Inequalities in Health. Final report and policy recommendations from the second Dutch Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health (SEGV II), 2001.
20. Ostlin P, Diderichsen F. *Equality-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden. A Case Study*. Policy Learning Curve Series, 1. Brussels, European Centre for Health Policy, 2000.

2 Stili di vita

2.1 Attività fisica

2.1.1 Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo stile di vita sedentario può a buon titolo rientrare tra le prime dieci cause di mortalità ed inabilità nel mondo. Numerose evidenze scientifiche dimostrano gli effetti benefici sulla salute prodotti da un'attività fisica moderata, ma svolta regolarmente.
Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico è dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di malattie metaboliche (diabete), di malattie osteoarticolari (in particolare osteoporosi), ma influisce positivamente anche sull'ipertensione e sul rischio di cancro.
L'esercizio fisico praticato non deve necessariamente essere di elevata intensità per produrre benefici. Un miglioramento della salute si può infatti ottenere anche accumulando nel corso della giornata piccoli periodi di attività moderata. Il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari.
L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso e riduce lo stress, l'ansia e il senso di depressione.
Negli Stati Uniti, il Piano Sanitario Nazionale "Healthy People 2010" individua l'incremento dell'attività fisica come uno dei principali obiettivi di salute per il Paese, definendo programmi per incentivare la pratica dell'esercizio in tutte le fasi della vita (solo il 25% degli adulti pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati, cioè 30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte alla settimana. Solo il 27% degli studenti tra i 9 e i 12 anni è impegnato in attività fisica moderata).
L'Unione Europea ha stabilito come priorità per l'anno 2004 la promozione e lo sviluppo dell'attività sportiva, da vivere come tappa indispensabile nel processo di socializzazione dei giovani. È quindi un'occasione per sviluppare progetti ed iniziative volte a sensibilizzare i cittadini europei, le scuole e le istituzioni sull'importanza di una corretta attività fisica.

2.1.2 Presentazione dei dati

In Italia secondo i più recenti dati ISTAT (anno 2002), solo il 20% della popolazione di 3 anni e più ha dichiarato di praticare con continuità uno o più sport, mentre il 10% ha dichiarato di praticarlo saltuariamente. Nel complesso la pratica sportiva ha interessato il 30% della popolazione di 3 anni e più, per un totale di oltre 16 milioni e 600 mila persone.
Le persone che, pur non praticando un'attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno due km, nuotare, andare in bicicletta) sono circa 16 milioni, pari al 29% della popolazione di 3 anni e più. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica è risultata pari al 41%, per un totale di oltre 22 milioni e 900 mila persone.
I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini (il 24% di essi pratica sport con continuità e il 13% lo pratica saltuariamente), rispetto alle donne (16% ed 8% rispettivamente). Le donne, però, si dedicano maggiormente allo svolgimento di qualche attività fisica (il 29% contro il 28% degli uomini). Nel complesso le donne risultano più sedentarie degli uomini: il 47% di esse, infatti, ha dichiarato di non praticare né sport né attività fisica a fronte di una quota più contenuta fra gli uomini (35%).
Le quote maggiori di sedentari si riscontrano fra le persone anziane, in particolare tra le donne di 65 anni e più: il 72% non pratica né sport né attività fisica, mentre fra gli uomini tale quota si attesta al 55%.

2.1.3 Analisi quantitativa

Il trend dal 1995 al 2002 mostra un aumento nella prevalenza di quanti praticano sport in modo continuativo (**Tabella 1**).
Evidenti differenze sono inoltre presenti a livello regionale; l'analisi territoriale mostra infatti come la pratica sportiva e l'attività fisica diminuiscano man mano che si scende dal Nord verso il Sud (**Figura 1**). Il Friuli Venezia Giulia è la regione con la più alta percentuale di persone che si dedicano alle attività fisiche (36%), seguito dal Trentino Alto Adige (35%); la regione con la percentuale più elevata di sedentari è la Sicilia (56%), seguita dalla Calabria (56%).
Rispetto al 2001 continua ad aumentare la quota degli italiani sedentari, in particolare tra i piccolissimi (3-5 anni), tra i giovani fino a 24 anni e tra la popolazione di 60-64 anni.

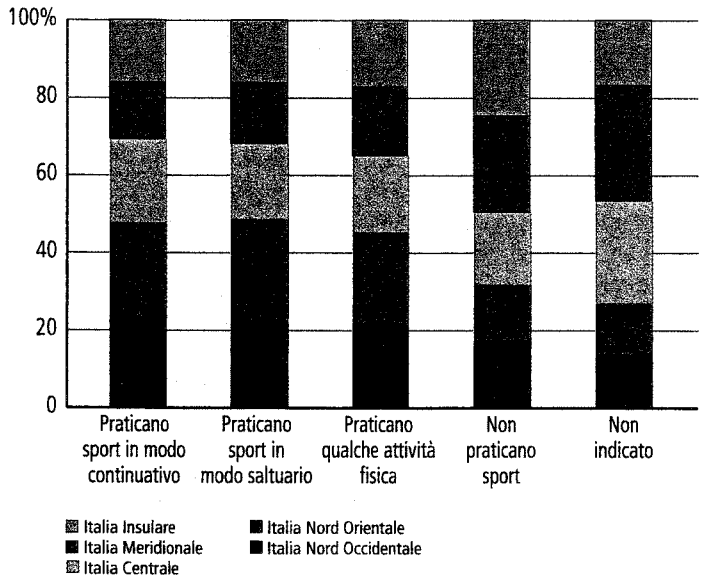
2.1.4 Valutazione critica

L'analisi territoriale mostra come la pratica sportiva diminuisca man mano che si scende dal Nord verso Sud. Circa il 23 per cento della popolazione residente al Nord dichiara di praticare sport con continuità (il 23,7 per cento nel Nord-Est e il 22,6 per cento nel Nord-Ovest), a fronte del 14,5 per cento della popolazione residente nell'Italia meridionale. Nel Nord del Paese la quota di sportivi saltuari supera il 10 per cento (il 12,9 per cento nel Nord-Est e l'11 per cento nel Nord-Ovest) mentre nell'Italia meridionale si scende al 7,8 per cento.
Anche per quanto riguarda l'attività fisica le quote maggiori di praticanti si riscontrano al Nord con oltre il 30 per cento, mentre nell'Italia meridionale e insulare il valore si attesta sul 25 per cento circa.
Le regioni in cui si riscontrano le quote più al-

Tabella 1 Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti per sesso - Anni 1995-2002[a] (per 100 persone dello stesso sesso)

Anni	Praticano sport		Praticano qualche attività fisica	Non praticano sport	Non indicato	Totale
	In modo continuativo	In modo saltuario				
Maschi						
1995[b]	23,2	11,8	33,7	30,9	0,4	100,0
1997	22,9	12,0	36,0	28,8	0,3	100,0
1998	24,0	11,4	35,8	28,2	0,6	100,0
1999	22,4	12,1	35,3	29,5	0,7	100,0
2000	22,3	13,4	31,7	31,8	0,8	100,0
2001	23,2	13,3	28,7	34,2	0,7	100,0
2002	24,0	12,5	27,8	35,0	0,6	100,0
Femmine						
1995[b]	12,6	6,0	36,7	44,2	0,4	100,0
1997	13,2	6,1	38,6	41,7	0,3	100,0
1998	14,1	5,8	39,5	40,1	0,6	100,0
1999	14,1	6,9	39,2	39,2	0,6	100,0
2000	13,9	7,6	34,7	42,9	0,9	100,0
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6	100,0
2002	15,8	7,6	29,3	46,7	0,6	100,0
TOTALE						
1995[b]	17,8	8,8	35,3	37,8	0,4	100,0
1997	17,9	8,9	37,4	35,5	0,4	100,0
1998	18,9	8,5	37,7	34,3	0,6	100,0
1999	18,1	9,4	37,3	34,5	0,6	100,0
2000	18,0	10,4	33,2	37,5	0,9	100,0
2001	19,2	10,6	29,3	40,3	0,6	100,0
2002	19,8	10,0	28,6	41,0	0,6	100,0

(a) Nel 1996 le informazioni non sono state inviate; (b) I dati del 1995 si riferiscono all'indagine "Tempo libero e cultura"
Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"



Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 1 Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti per ripartizione geografica (per 100 persone della stessa zona) - Anno 2002.

te di sportivi che praticano con continuità sono il Trentino Alto Adige (28,8 per cento), la Valle d'Aosta (25,7 per cento), il Veneto (24,4 per cento), la Lombardia (23,5 per cento) e la Toscana (23,1 per cento). Nel Trentino Alto Adige e nella Valle d'Aosta si riscontrano inoltre le quote più alte di sportivi saltuari (rispettivamente 18,7 per cento e 15,4 per cento).

2.1.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Alla luce di questi dati appare evidente la necessità che i responsabili decisionali e gli operatori di sanità pubblica incrementino gli sforzi per raggiungere sul territorio gli obiettivi sanitari prefissati, favorendo l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia nell'aumentare tra la popolazione la pratica dell'esercizio fisico.
Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" sottolinea il ruolo fondamentale dell'attività fisica per la protezione della salute. Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita e indicano con chiarezza il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare.
Anche la Campagna "2004: anno del cuore" promossa dal Ministero della Salute ha avuto tra gli obiettivi principali per la prevenzione delle patologie cardiovascolari la promozione di uno stile di vita salutare focalizzando quindi l'attenzione su corretta alimentazione, dissuasione dal fumo e dall'alcol e promozione dell'attività fisica.
La promozione dell'attività fisica è uno dei programmi che molte Regioni stanno sviluppando, coerentemente con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, che dedica particolare attenzione all'adozione di stili di vita salutari, con l'obiettivo di sensibilizzare ulteriormente tutti gli operatori del mondo della sanità, dello sport e della scuola.
Alcuni specifici progetti hanno riguardato, ad esempio, la promozione dell'attività fisica degli alunni delle scuole elementari e medie mediante l'organizzazione del percorso casa-scuola-casa, a piedi.
È opportuno infine menzionare la grave problematica del "doping". L'attività fisica è un fattore di protezione della salute e non ha nulla a che vedere con l'uso di farmaci e sostanze farmacologicamente attive, naturali e sintetiche, vietate nello sport.
La lotta all'uso di tali sostanze rappresenta un impegno mondiale contro un'emergenza sanitaria che impegna anche il nostro Paese (legge n. 376 del 2000 che ha introdotto una normativa restrittiva e penalistica; istituzione presso il Ministero della Salute-Direzione Generale per la Ricerca scientifica e tecnologica di una Commissione per la vigilanza e il controllo sul doping) per tutelare non solo l'etica sportiva, ma soprattutto la salute di chi pratica un'attività sportiva anche a livello amatoriale.

2.1.6 Indicazioni per la programmazione

Da quanto sopra esposto appare evidente che lo sviluppo di una strategia che porti ad un aumento del livello di attività fisica così come all'adozione di corrette abitudini alimentari all'interno della popolazione, mediante l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo di sanità pubblica che può essere raggiunto solo attraverso specifiche politiche sanitarie (interagenti con politiche di altri settori), condivisione di obiettivi e individuazione delle diverse responsabilità.
La strategia dovrebbe essere mirata a: