

SALUTE

1. Concetti di base

La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni, come documentato a livello globale dai lavori della Commissione WHO su Macroeconomics and Health (WHO 2001) e richiamato, a livello europeo, dalla Strategia di Lisbona per lo Sviluppo e il Lavoro lanciata dalla Commissione Europea nel 2000, in risposta alle sfide della globalizzazione e dell'invecchiamento. Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie. Via via che l'età cresce, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende a divenire sempre più importante, fino a svolgere un ruolo quasi esclusivo tra i molto anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e l'impatto sulla qualità della vita delle persone può essere anche molto severo.

Allo stesso tempo, molte dimensioni contribuiscono a definire la condizione di salute degli individui: dalla condizione fisica, sia quella legata all'assenza di malattia sia quella legata alla possibilità di svolgere autonomamente i diversi ruoli richiesti dal vivere sociale; alla condizione psicologica e mentale che consente di vivere pienamente e consapevolmente la propria esistenza (OECD-2010). Riconoscendo alla salute questa caratteristica multidimensionale, l'OMS (1946) definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" e lo individua come diritto alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

L'art. 32 della Costituzione Italiana stabilisce che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (unico diritto cui la costituzione riserva l'aggettivo di "fondamentale") e il nostro Servizio Sanitario Nazionale fa dell'universalità e dell'equità due dei suoi principi fondanti, mai rimessi in discussione dai successivi interventi di riforma (Cosmacini, 1994; Egidi, Reynaud, 2005; Taroni, 2011).

Se il primo di questi principi può ritenersi raggiunto, almeno in termini di eguali diritti dei cittadini ad accedere ai servizi sanitari essenziali, il tema dell'equità è tuttora aperto: a fronte dell'evoluzione favorevole dello stato di salute della popolazione nei decenni, i progressi ottenuti non hanno interessato equamente tutti i cittadini creando (o, almeno, non eliminando) per alcune dimensioni più che per altre, disuguaglianze tra individui, gruppi sociali, territori (Ricciardi, de Belvis, 2010; Costa *et al.*, 2004). Le riforme in senso federale che hanno inaugurato il nuovo millennio, nonostante la garanzia rappresentata dai Livelli Essenziali di Assistenza, hanno contribuito ad aumentare alcuni differenziali e la recente crisi rischia, in Italia come negli altri paesi, di acuire i problemi e le disuguaglianze (Ricciardi *et al.*, 2011; Biggeri *et al.*, 2011). Questa preoccupazione è stata ribadita a livello europeo con una Comunicazione sulla Solidarietà nella Salute (Commissione Europea 2009).

Hanno contribuito alla stesura del rapporto: Viviana Egidi, Giuseppe Costa, Roberta Cialesi, Lidia Gargiulo, Alessandro Solipaca.

2. Metodo seguito e fasi del lavoro

La strategia di lavoro si è articolata in due fasi. Nella prima, si è sviluppato il quadro di riferimento concettuale all'interno del quale collocare le misurazioni statistiche e si sono selezionati gli indicatori più rilevanti e condivisi sulla base dell'ampia letteratura nazionale e internazionale esistente sull'argomento. Già in questa fase si è tenuto conto dei vincoli di parsimonia mantenendo, tuttavia, un'ottica abbastanza ampia in modo da evitare eccessive semplificazioni e troppo drastiche riduzioni concettuali. Nella seconda fase del lavoro è stata dapprima effettuata una selezione degli indicatori sulla base dei risultati empirici, eliminando quelli le cui distribuzioni territoriali presentavano scarsa variabilità o forti correlazioni con altri indicatori. La presentazione degli indicatori che verrà effettuata nel seguito illustra queste diverse fasi dei lavori.

Successivamente, è stata anche condotta un'analisi ACP per verificare se gli indicatori selezionati descrivessero una o più strutture latenti coerenti con le ipotesi teoriche. L'ACP non ha dato risultati soddisfacenti pertanto il gruppo di lavoro suggerisce, qualora sia necessario ridurre ulteriormente il numero degli indicatori, di non utilizzare una metodologia di sintesi statistica quanto, piuttosto, una selezione di tipo logico degli indicatori stessi basata sia sulle indicazioni teoriche sia sulle risultanze empiriche, facendo in modo di mantenere le informazioni più rilevanti sulle diverse dimensioni della salute.

3. Il quadro concettuale di base per le misure della salute

La salute è il risultato di molteplici fattori riferibili al singolo individuo (patrimonio genetico, caratteristiche biologiche, demografiche, comportamentali, sociali, economiche), al contesto in cui vive e lavora, all'insieme delle conoscenze, delle strutture e delle risorse finalizzate alla protezione sanitaria e alla cura. Questi fattori possono agire sulla salute in particolari fasi critiche in modo cumulativo nel corso della vita, possono modificare reciprocamente il loro effetto che si può manifestare con una latenza variabile. Diverse sono, inoltre, le dimensioni da considerare nella valutazione delle condizioni di salute: la dimensione fisica, che si esprime nella valutazione del funzionamento dell'organismo e delle sue alterazioni a causa di malattie o incidenti; quella mentale ed emotiva, che prende in considerazione la capacità dell'individuo di mantenere la piena coscienza di sé e delle relazioni che lo legano al suo ambiente familiare e sociale; la dimensione funzionale, finalizzata a valutare la capacità dell'individuo di condurre una vita autonoma, tanto dal punto di vista fisico che sociale. Un ruolo importante è svolto dalla percezione che l'individuo ha della propria salute: una sorta di lente, culturalmente e socialmente determinata, attraverso la quale l'individuo legge e interpreta i segnali che provengono dal suo corpo e le opportunità presenti nel suo ambiente, orientandone i comportamenti (prevenzione secondaria, ricorso ai servizi sanitari, abitudini e stili di vita). Il concetto di salute è, quindi, per sua natura multidimensionale ma è anche dinamico, in quanto varia nel corso della vita delle persone e nel tempo, seguendo i ritmi dell'invecchiamento e degli eventi che si determinano nel corso dell'esistenza e, al tempo stesso, essendo influenzato dalle modificazioni che si producono nelle conoscenze mediche e nella cultura sanitaria della popolazione che alterano aspettative e opportunità.

Seguendo queste diverse dimensioni, la misurazione della condizione di salute dell'individuo (e, per aggregazione, di una popolazione) può essere effettuata seguendo diversi approcci e utilizzando vari modelli. Schematicamente si può far riferimento a:

- un approccio oggettivo: basato sulla rilevazione, da parte di personale specializzato e opportuna strumentazione, di specifici segni e sintomi in grado di indicare la presenza di specifiche condizioni

morbose ovvero sulla somministrazione di specifici test in grado di valutare la *performance* degli individui nello svolgimento di compiti o attività;

- un approccio soggettivo: che si basa sulle percezioni e sulle dichiarazioni rese dall'individuo rispetto alle diverse dimensioni della sua salute in occasione di una Health Interview Survey.

Le maggiori difficoltà di misurazione della salute riguardano:

- 1) **La definizione.** La salute è, come si diceva, un concetto multidimensionale e dinamico con valenza sia oggettiva sia soggettiva. Le definizioni che ne sono state date, compresa la classica definizione formulata dall'Oms, sono soddisfacenti dal punto di vista teorico, ma sono tutte inadatte ad essere trasformate in definizioni operative. Per questo motivo si fa normalmente riferimento al concetto speculare di salute, ovvero alla sua mancanza (la cattiva salute percepita, la presenza di malattie, la disabilità), fino all'utilizzazione come *proxy* della salute del rischio di morte, che ne è la negazione assoluta. Tra gli indicatori utilizzati in questo settore, si fa riferimento, quindi, a indicatori di mortalità e di sopravvivenza, di morbosità e di disabilità. I dati di base per il calcolo degli indicatori di salute riferiti al complesso della popolazione, in Italia come negli altri paesi, sono spesso raccolti mediante indagini basate su interviste, in alcuni casi anche quando fanno riferimento a concetti "oggettivi" (la presenza di malattie o di condizioni morbose; la disabilità), essi quindi non escludono il filtro della percezione individuale. L'altro aspetto problematico della definizione di salute, la sua variabilità nel corso del tempo, è generalmente considerato facendo riferimento, accanto a indicatori globali, a indicatori relativi a specifiche fasi del ciclo della vita.
- 2) **Il tempo.** La malattia, così come la limitazione funzionale, è un evento al suo esordio ma diventa stato nella sua durata. La frequenza dell'esordio (incidenza) esprime il risultato della pressione dei fattori di rischio-determinanti di salute, permettendo quindi di misurare l'impatto delle politiche e degli interventi sulla frequenza delle malattie. La frequenza degli stati (prevalenza) invece dipende dall'effetto composto dell'incidenza dei nuovi eventi (e quindi dei fattori di rischio) e della durata degli stati che ne derivano (variabile in funzione dell'effetto del sistema di cure sull'esito: guarigione, cronicizzazione, morte). Nell'interpretare gli indicatori di prevalenza o di mortalità bisogna considerare che essi sono il risultato di questi due meccanismi (che spiegano rispettivamente l'incidenza e l'esito).
- 3) **La gravità.** La gravità della malattia (nel senso sia del possibile esito letale, sia delle sue conseguenze sulla qualità della vita di chi ne è affetto) o della condizione di limitazione funzionale altera in maniera importante la qualità della vita degli individui e delle loro famiglie. Soprattutto per le condizioni di limitazione dell'autonomia personale, le gradazioni con le quali può manifestarsi l'impedimento possono essere numerose, e ciascuna produce conseguenze diverse sulla qualità della vita di chi ne è colpito. Nella selezione degli indicatori si tiene conto di questo aspetto graduando gli indicatori stessi a seconda della severità della condizione.
- 4) **La multifattorialità.** Lo stato di salute è il risultato di molteplici fattori ricollegabili tanto a caratteristiche, comportamenti e rischi individuali che a condizioni e rischi collettivi, che agiscono in modo indipendente o reciprocamente interattivo. Questo aspetto diviene molto rilevante quando, accanto agli indicatori relativi alla condizione di salute, si vogliono evidenziare anche indicatori in grado di rappresentare alcuni dei principali fattori di rischio, per descrivere precocemente i determinanti dello stato di salute che si verificherà dopo più o meno lunghi periodi di latenza.

Queste difficoltà rendono la misura della salute molto complessa e i confronti nel tempo e nello spazio molto difficoltosi. Il confronto tra paesi, ad esempio, si scontra spesso con **forti disomogeneità** sia nelle definizioni adottate, sia negli strumenti e nelle modalità di rilevazione utilizzati. Solo recentemente il processo di armonizzazione ha portato ad una prima indagine sulle condizioni di salute a livello europeo (EHIS - European Health Interview Survey), ed è in progettazione l'indagine europea sulla disabilità e l'integrazione sociale (EDSIM - European Disability and Social Integration Module), sulla base della nuova classificazione ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) che tiene conto dei fattori ambientali e della partecipazione. Ciò dovrebbe consentire in futuro una maggiore confrontabilità tra i paesi europei, anche tenendo conto il più possibile delle iniziative avviate in ambito internazionale (Cfr. Washington City Group, Budapest Initiative, Eurostat). Anche la ricostruzione delle serie temporali degli indicatori di salute si scontra con problemi derivanti dalle discontinuità indotte dalle modificazioni delle definizioni e degli strumenti di rilevazione. Queste a livello nazionale e subnazionale sono normalmente meno ampie di quelle che influenzano i confronti internazionali, ma non sono mai trascurabili.

4. Dimensioni considerate per la rappresentazione del dominio

Il set di indicatori selezionati per questo dominio descrive gli elementi essenziali del profilo di salute della popolazione, ripercorrendone le principali dimensioni: la salute oggettiva, quella funzionale e quella soggettiva.

Inoltre, sulla base delle considerazioni svolte in precedenza, il gruppo si è orientato verso due tipi di indicatori: gli indicatori globali, in grado di dare informazioni sul complesso del fenomeno e indicatori specifici per fasi del ciclo di vita, focalizzando l'attenzione su fasce di età particolarmente rilevanti. Gli indicatori presentati, tanto globali che specifici per fascia di età, rappresentano già una selezione delle molteplici possibilità, effettuata sulla base della letteratura e delle conoscenze acquisite in questo settore. È possibile, tuttavia, che una volta calcolati empiricamente gli indicatori, alcuni di essi si dimostrino ridondanti o non sufficientemente variabili e che quindi debbano essere eliminati o sostituiti con altri indicatori. Si propongono, inoltre, alcuni indicatori che descrivono potenziali fattori di rischio per la salute.

Gli indicatori sono organizzati in tre liste:

- A. Indicatori globali di *outcome*: in grado di dare informazioni sul complesso del fenomeno;
- B. Indicatori specifici per fasi del ciclo di vita: che arricchiscono l'informazione globale con degli approfondimenti legati a rischi che caratterizzano fasi specifiche del ciclo della vita;
- C. Indicatori relativi a fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita: utili ai fini della valutazione della sostenibilità degli attuali livelli di salute della popolazione e del loro auspicabile miglioramento.

5. Selezione preliminare degli indicatori rilevanti per il dominio salute

A. Gli indicatori globali della salute

- La speranza di vita

La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasca in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere qualora venisse esposto nel corso di tutta la sua vita ai rischi di morte osservati in quello stesso anno alle diverse età.

Essa rappresenta il più consolidato e condiviso indicatore delle condizioni oggettive di salute di una popolazione, nonostante la sua capacità di rappresentare correttamente la realtà sanitaria diminuisca con il progredire del processo di transizione sanitaria e l'aumento del ruolo delle malattie di natura cronico-degenerativa. Infatti, l'allungamento della vita, che è stato sistematico e generalizzato nel corso del tempo con le sole eccezioni rappresentate dai grandi eventi bellici, non necessariamente implica un aumento del numero di anni di buona salute: al contrario, è diffusa la preoccupazione che l'aumento della sopravvivenza possa nascondere peggioramenti della condizione di salute della popolazione. Tuttavia, la speranza di vita continua a essere l'indicatore più importante del dominio, in quanto i pur vistosi limiti sono bilanciati da altrettanto importanti vantaggi. Il primo di questi vantaggi è rappresentato dalla chiarezza definitoria e dalla confrontabilità nel tempo e nello spazio che consentono di ricostruire lunghe serie storiche e corretti confronti tra paesi e aree geografiche. Inoltre, considerato che l'indicatore è basato sul totale degli eventi verificatisi in un periodo di tempo, è possibile la sua specificazione rispetto alle più rilevanti variabili (genere, territorio) senza che l'indicatore stesso perda di significatività. Viceversa, le differenze sociali della speranza di vita - e più in generale di tutti gli indicatori basati sulle misure di mortalità - presentano notevoli difficoltà di stima e non ne esistono tuttora stime ufficiali per l'Italia. Le informazioni socioeconomiche contenute nella scheda di morte presentano, infatti, non trascurabili problemi di accuratezza. Ai fini di questo esercizio, per la valutazione del grado di affidabilità di queste informazioni ci si è avvalsi del *linkage* effettuato dall'Istat tra i soggetti intervistati in occasione dell'indagine sulle condizioni di salute del 1999/2000 e i decessi verificatisi negli anni successivi fino al 2007. La variabile scelta come *proxy* della condizione sociale è stata l'istruzione in quanto condizione che, acquisita precocemente, accompagna pressoché inalterata l'intera vita dell'individuo, influenzandone tutte le altre dimensioni: il lavoro, i comportamenti, lo stato economico e sociale. I risultati ottenuti confrontando le informazioni relative all'istruzione dell'indagine sulla salute e quelle riportate sulla scheda di decesso degli stessi soggetti, hanno evidenziato sensibili differenze soprattutto per alcuni livelli di istruzione, con una generale tendenza alla sottostima nella scheda di morte. Naturalmente, non tutto l'errore può essere attribuito alla fonte relativa ai decessi: non si può escludere, infatti, anche una tendenza a sopravvalutare il proprio titolo di studio da parte dei rispondenti al momento dell'intervista. Il raggruppamento dei titoli di studio in due grandi livelli, fino alla licenza media (compresi i diplomi triennali) e almeno il diploma quinquennale, è risultata la classificazione in grado di minimizzare le differenze tra le due fonti e si propone, quindi, come classificazione di riferimento per la valutazione delle differenze socio-economiche nella salute.

- La speranza di vita per condizione di salute

Per venire incontro ai limiti dell'indicatore della speranza di vita, sugli indicatori globali della salute si è sviluppata nel corso degli ultimi decenni molta ricerca e molto dibattito, tanto a livello nazionale che internazionale.

In particolare, sugli indicatori che integrano informazioni riguardanti la mortalità e la salute è attiva da molti anni una rete di ricerca denominata REVES (Réseau espérance de vie en santé) che raccoglie ricercatori di tutto il mondo con l'obiettivo di valutare e diffondere l'utilizzazione delle speranze di vita per condizione di

salute (*health expectancies*). La rete ha sviluppato un *data base* internazionale, costantemente aggiornato e sviluppato, che consente il confronto di speranze di salute armonizzate, tanto nei metodi di elaborazione che nei dati di riferimento. L'esperienza ha dimostrato la capacità di questi indicatori, a qualsiasi dimensione della salute facciano riferimento, di rappresentare correttamente evoluzioni e differenziali, nonostante l'estrema semplicità del calcolo, l'immediatezza interpretativa e la parsimonia di informazioni statistiche necessarie.

Essi si basano, infatti, sulla stima degli anni vissuti nelle diverse condizioni di salute dalla generazione fittizia della tavola di mortalità, in altri termini, sulla stima della composizione per condizione di salute della popolazione stazionaria associata alla tavola di mortalità. L'utilizzazione dei rapporti di prevalenza empirici consente di distribuire il totale degli anni vissuti (il numeratore della speranza di vita) in quote proporzionali ai rapporti di prevalenza osservati nelle popolazioni reali. Ovviamente, le ipotesi alla base del metodo sono molte e complesse, la più importante delle quali è la completa stazionarietà dei rischi ai quali è esposta la popolazione. Niente di concettualmente diverso, tuttavia, dall'ipotesi che porta all'interpretazione della speranza di vita.

Tra le diverse speranze di salute calcolabili, si è scelto di fare riferimento a quelle che utilizzano prevalenze elaborabili sulla base dei quesiti armonizzati (i quesiti del *Minimum European Health Module*, MEHM) raccomandati da Eurostat per essere inseriti in tutte le indagini sociali dei paesi. Questa scelta è relativamente penalizzante in termini di pertinenza, soprattutto per la dimensione della salute legata alle limitazioni, in quanto l'unico quesito MEHM è, ovviamente, meno efficiente rispetto alle scale utilizzate per la rilevazione della disabilità (fisica o sociale) nelle indagini sulle condizioni di vita della popolazione. Essa ha il vantaggio, tuttavia, di consentire la stima degli indicatori con la periodicità richiesta, potendo utilizzare dati rilevati da indagini condotte con cadenza annuale.

Tra gli indicatori integrati di mortalità e salute si prendono in considerazione:

- la speranza di vita in buona salute (Healthy Life Expectancy, HLE) 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. Essa è costruita utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene o molto bene") alla domanda sulla salute percepita (MEHM1). La valutazione soggettiva del proprio stato di salute è un indicatore affidabile dello stato di salute (Lundberg e Manderbacka, 1996; O'Brien Cousins, 1997) e mantiene la sua affidabilità anche dopo aver controllato le condizioni oggettive di salute (Mantzavinis et al., 2005). Essa sintetizza diverse dimensioni (problemi di salute, comportamenti sanitari, salute funzionale, confronti con i coetanei, ecc.) (Krause e Jay, 1994) ed è principalmente espressione dei problemi di salute fisica e, a un livello inferiore, di problemi di salute mentale (Shields e Shoostari, 2001). È un buon predittore dell'incidenza delle malattie croniche (Ferraro et al., 1997); dell'ospedalizzazione per malattia e del ricorso ai servizi sanitari (Johnson et al., 1990); della perdita di autosufficienza (Idler e Kasl, 1995) e della mortalità, specialmente tra gli anziani (Mossey e Shapiro, 1982; Ferraro e Kelley-More, 2001; Egidi e Spizzichino, 2006);
- la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane utilizza la prevalenza di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, a causa di problemi di salute, nelle normali attività della vita quotidiana che durano da almeno 6 mesi (MEHM3). Essa esprime il numero medio di anni che una persona di una determinata età può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività quotidiane, nell'ipotesi che i rischi di morte e di disabilità rimangano costanti nel tempo e pari a quelli osservati in uno specifico anno di calendario. Anche in questo caso si tratta di un indicatore misto che integra informazioni oggettive (la mortalità) e informazioni relative alla salute funzionale rilevata mediante un approccio soggettivo e può essere calcolato con riferimento sia alle limitazioni

lievi, sia a quelle gravi. Nella selezione finale degli indicatori si è ritenuto opportuno riferire questo indicatore alle età superiori ai 65 anni, in quanto, fornendo una stima del numero medio di anni di completa autonomia, esso è particolarmente indicato per la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione che, come quella italiana, ha una elevata proporzione di anziani.

- Indici di stato fisico e di stato psicologico tratto dalla scala SF12

Dal questionario SF 12 (Short Form Health Survey) (Apolone et al., 2001) , tratto da una versione più estesa (SF-36) (Ware e Shebourne, 1992) sono rilevati, mediante 12 quesiti, otto diversi aspetti relativi allo stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo alle domande consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical Component Summary, PCS), l'altro quello 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". La media dei punteggi individuali effettuata per l'intera popolazione o per suoi sub-gruppi di interesse, consente di disporre di informazioni che non sono altrimenti disponibili. Gli indicatori PCS e MCS sono calcolabili per la popolazione di 14 anni e oltre in occasione delle indagini sulle condizioni di salute della popolazione dell'Istat.

B. Gli indicatori specifici per fasi del ciclo di vita

- Bambini:

- Tasso di mortalità infantile. Il tasso di mortalità infantile e il tasso di mortalità perinatale rappresentano due classici indicatori del rischio nelle prime fasi della vita ed esprimono, rispettivamente, il numero di decessi nel primo anno di vita rapportato al numero dei nati vivi e il numero di nati morti e di morti nelle prime quattro settimane rapportati al totale dei nati vivi e dei nati morti. Con la progressiva riduzione del rischio di morte nel primo anno di vita, si è assistito ad una progressiva concentrazione dei decessi in momenti sempre più prossimi alla nascita, tanto che nei paesi a bassa mortalità sempre più frequentemente si utilizza il tasso di mortalità perinatale. In Italia, tuttavia, i flussi informativi derivanti dai certificati di assistenza al parto non si sono ancora stabilizzati e la qualità della rilevazione dei nati morti non è del tutto soddisfacente. Pertanto, l'indicatore che si ritiene al momento utile selezionare è quello della mortalità infantile.

- Adolescenti e giovani:

- Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto (15-34 anni). Le cause accidentali e, in particolare, gli incidenti da veicoli a motore, rappresentano il più importante rischio di morte delle età giovanili con specifiche caratteristiche sociali, territoriali e di genere.

- Adulti:

- Tasso standardizzato di mortalità per tumore (età 19-64 anni);
- Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio (età 19-64 anni).

Entrambi questi indicatori rappresentano i maggiori rischi di morte delle età adulte e presentano caratteristiche particolari in relazione sia all'eziologia delle specifiche malattie sia alle differenziazioni territoriali e di genere.

- Anziani:

- Proporzione standardizzata di persone anziane (65 anni e più) con almeno 3 malattie croniche;
- Proporzione standardizzata di persone anziane (65 anni e più) non completamente autosufficienti – ovvero, non autonomi in almeno una ADL;
- Tasso standardizzato di mortalità per demenza e malattie correlate (65 anni e più).

Questi tre indicatori pongono l'accento sui più importanti problemi di salute degli anziani: la multicronicità, la disabilità e la salute mentale.

C. Indicatori dei fattori di rischio o di protezione della salute

Accanto agli indicatori di *outcome*, è utile considerare, anche ai fini delle valutazioni di sostenibilità, alcuni indicatori relativi a potenziali fattori di rischio o di protezione per la salute. In particolare:

- Peso alla nascita: potenziale fattore di rischio per la sopravvivenza e per le condizioni di salute nella prima infanzia.
- Gravidanze in minorenni (IVG e parti): espressione di un disagio che comporta conseguenze negative sulla salute della madre e del bambino, condizionando negativamente le possibilità di sviluppo e di formazione della donna.
- Prevenzione: la prevenzione, intesa come comportamento teso al monitoraggio delle proprie condizioni di salute in mancanza di sintomi o specifiche patologie, rappresenta un importante fattore protettivo per la salute. Alla prevenzione secondaria, ovvero alla individuazione precoce delle patologie in atto, possono essere attribuiti gran parte dei successi ottenuti nella lotta contro importanti malattie come i tumori femminili.
- Eccesso di peso: l'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio per la salute. Può comportare conseguenze morbose cardiovascolari o dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro, malattie del fegato o colecisti. Numerosi studi hanno indagato sui nessi tra incremento di peso e aumento della mortalità; sebbene questa associazione sia più marcata tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età, "l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita" (OMS, 1999)". Fattori di tipo genetico o fisiologico predispongono all'insorgenza dell'obesità, ma ad essi se ne associano altri di tipo comportamentale o ambientale: scorrette abitudini alimentari, con l'assunzione di eccessive quantità di zuccheri e di grassi, spesso associate a stili di vita sedentari
- Fumo: il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio di malattia sia di natura oncologica sia di altra natura per molti apparati e sistemi (soprattutto respiratorio e circolatorio). Le indicazioni di rischio non prevedono alcun livello di consumo da considerare innocuo per la salute e sono molteplici gli aspetti da considerare nella valutazione del livello di rischio: l'età alla quale si è iniziato a fumare, la durata dell'abitudine al fumo, la quantità di sigarette fumate in un giorno.
- Alcol: la considerazione dell'alcol come fattore di rischio pone problemi più complessi, in quanto non è ancora acquisito un generale consenso sull'esistenza di un limite all'interno del quale il consumo stesso sia da ritenersi non nocivo per la salute. L'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) ha messo a punto delle linee guida che indicano dei limiti specifici per sesso e per età: le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA1); gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi

bevanda (*binge drinking*) (2-5). Gli indicatori adottati dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tenendo conto delle definizioni adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio (eccedenza nel consumo quotidiano o *binge drinking*) indicati al numeratore di ciascun indicatore rispetto alla popolazione di riferimento.

- **Sedentarietà:** l'esercizio di una qualche attività fisica, condotta in modo regolare, comporta benefici effetti sulla salute, sia in termini di tutela dello stato di salute fisico, sia in termini di miglioramento del proprio stato psico-emotivo. L'esercizio fisico regolare consente, infatti, non solo di tonificare la massa muscolare con una generale ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima, ma svolge un ruolo protettivo in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e per le patologie del metabolismo. Nel programma europeo "Guadagnare salute" attivato nel nostro paese nel 2007, per promuovere la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari attraverso l'adozione di stili di vita salutari, la lotta alla sedentarietà rappresenta uno degli obiettivi principali del programma, insieme alla lotta al fumo e agli stili alimentari non salutari.
- **Alimentazione:** Una sana alimentazione, caratterizzata da una dieta equilibrata e varia che garantisca ad ogni età l'apporto adeguato di nutrienti, fibre, vitamine e minerali, senza eccedere nel consumo di grassi e zuccheri, rappresenta un importante fattore protettivo della salute. Tra i possibili indicatori in grado di descrivere stili alimentari salutari, si è preferito selezionare un solo indicatore, non eccessivamente complesso nel suo calcolo, ma rilevante rispetto ai benefici riconosciuti dagli esperti. Il consumo giornaliero di frutta, verdura e ortaggi consente di assumere elementi fondamentali della dieta quali vitamine, minerali, fibre, che svolgono un'azione protettiva, prevalentemente di tipo antiossidante, contrastando il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali. È quanto si ribadisce nelle Linee guida di una sana alimentazione dell'INRAN, che raccomanda il consumo quotidiano di almeno cinque porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi (cd. *five a day*), da variare il più possibile e secondo le stagioni.

6. Selezione finale degli indicatori

Una volta individuati gli indicatori di interesse, sia di *outcome* sia relativi ai fattori di rischio o di protezione della salute, si è passati alla seconda fase del lavoro con loro elaborazione e valutazione. Le sperimentazioni effettuate sulle distribuzioni territoriali degli indicatori hanno consentito di evidenziare alcune ridondanze: in particolare, gli indicatori relativi alle condizioni di salute degli anziani, sono risultati fortemente associati alla speranza di vita libera da disabilità a 65 anni; la mortalità degli adulti per malattie del sistema circolatorio è risultata associata con la speranza di vita alla nascita e con la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni. Di conseguenza, si è scelto di mantenere tra gli indicatori la speranza di vita e la speranza di vita libera da disabilità a 65 anni, eliminando gli indicatori relativi alla mortalità degli adulti per malattie del sistema circolatorio e gli indicatori relativi alla multicronicità e alla disabilità degli anziani.

Relativamente ai potenziali fattori di rischio o di protezione della salute, l'analisi effettuata ha comportato l'eliminazione dell'indicatore del peso alla nascita, per considerazioni legate alla qualità delle informazioni disponibili, e all'indicatore relativo alla prevenzione, per la difficoltà di individuare misure valide a rappresentare il fenomeno sia per gli uomini che per le donne. Un'analogha giustificazione ha comportato l'eliminazione dell'indicatore "gravidezze nelle minorenni".

Il gruppo ha ritenuto di procedere oltre nell'analisi degli indicatori, verificando anche la possibilità di ridurre ulteriormente il numero senza significative perdite informative. In primo luogo, si è tentato di valutare l'esistenza di una o più variabili latenti in grado di sintetizzare in modo soddisfacente le informazioni degli indicatori di *outcome*. Si sono utilizzate a questo fine le distribuzioni territoriali (regionali, con la specifica delle due province autonome di Trento e Bolzano) degli indicatori, distintamente per uomini e donne e l'analisi in componenti principali. I risultati di questo tentativo sono stati molto deludenti e non coerenti alle aspettative suggerite dal quadro concettuale. Il gruppo ha deciso, pertanto, di abbandonare, almeno per il momento, la via della sintesi dell'informazione mediante modelli statistici, anche tenendo conto del fatto che gran parte degli indicatori di *outcome* si basa su informazioni di tipo macro (regionali). Il gruppo ritiene piuttosto preferibile scegliere gli indicatori essenziali facendo ricorso ad una selezione logica basata sulle indicazioni della letteratura e sulla capacità degli indicatori stessi di rappresentare le diverse dimensioni della salute della popolazione.

Si riportano di seguito gli indicatori selezionati:

1. Speranza di vita alla nascita
2. Speranza di vita in buona salute alla nascita
3. Indice di stato fisico (PCS).
4. Indice di stato psicologico (MCS).
5. Tasso di mortalità infantile: Decessi nel primo anno di vita / Nati vivi * 10.000.
6. Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto: Tassi di mortalità per incidenti di trasporto (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 15-34 anni, standardizzati con la popolazione italiana delle stesse classi di età al censimento 2001.
7. Tasso standardizzato di mortalità per tumore: Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 19-64 anni, standardizzati con la popolazione italiana delle stesse classi di età al censimento 2001.
8. Tasso standardizzato di mortalità per demenza e malattie correlate: Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 65 anni e più, standardizzati con la popolazione italiana delle stesse classi di età al censimento 2001.
9. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
10. Eccesso di peso: Proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese.
11. Fumo: Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente.
12. Alcol: Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol.
13. Sedentarietà: Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica.
14. Alimentazione: Proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e verdura.

Per gli indicatori standardizzati, è stata utilizzata come popolazione standard quella italiana al Censimento del 2001.

7. Problemi aperti e proposte

Alcuni spunti di arricchimento del set degli indicatori sono venuti dal confronto e dal dibattito nell'ambito della Commissione CNEL-ISTAT. In particolare, ha suscitato interesse la proposta di completare il quadro degli indicatori di salute con uno specifico riferimento al binomio salute-lavoro. Le malattie professionali, gli infortuni sul lavoro, nonché la misurazione della capacità lavorativa - in un periodo storico in cui, sull'onda della pressione economica sulla domanda di lavoro, potrebbero acuirsi problemi derivanti dai rischi legati alla professione e agli ambienti di lavoro - pongono sfide rilevanti per la misurazione del benessere complessivo, anche alla luce delle ultime modifiche della normativa sul lavoro. L'esperienza più significativa dell'Istat nel campo degli studi su salute e attività lavorativa è stata condotta per la prima volta nel 2007. Nell'ambito della Strategia Europea per la salute e la sicurezza sul lavoro per il quinquennio 2002-2006, volta a "promuovere un vero benessere sul luogo di lavoro sia dal punto di vista fisico che psicologico e sociale", Eurostat ha proposto un modulo ad hoc (inserito nell'Indagine sulle Forze di Lavoro nel II trimestre del 2007) con l'obiettivo di indagare sui fattori di rischio per la salute dei lavoratori. L'indagine ha consentito di raccogliere informazioni relativamente alla percezione soggettiva del lavoratore, alla presenza di problemi di salute provocati o resi più gravi dall'attività lavorativa e al fenomeno degli infortuni sul lavoro e verrà riproposta nei vari Paesi Membri nel 2013, sempre nell'ambito dell'indagine sulle Forze di Lavoro.

Esistono altre fonti ufficiali in grado di fornire informazioni sugli infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali, in particolare quelle alimentate presso l'Inail sulla base di flussi informativi di natura amministrativa. Queste informazioni risentono, tuttavia, delle limitazioni derivanti dal processo amministrativo di raccolta dei dati, legato alle definizioni adottate (risultato di un processo di aggiornamento alle conoscenze scientifiche non sempre tempestivo) e alle denunce presentate, non sempre aderenti alle reali circostanze in cui si è determinato l'incidente o l'insorgenza della malattia.

Per quanto attiene alla misurazione della capacità lavorativa, una proposta interessante è venuta dalla medicina del lavoro che, con esperienze sviluppate anche in ambito europeo, ha proposto un indice teso a misurare la capacità di lavoro, il cosiddetto "Indice di capacità lavorativa" (Work Ability Index – Tuomi, Ilmarinen et al. 1998). L'indice fa riferimento alla valutazione soggettiva del lavoratore circa la propria capacità di lavoro e la integra con informazioni di tipo oggettivo quali, ad esempio, la presenza di specifiche patologie e mostra una buona correlazione con i riscontri clinici.

Le informazioni attualmente disponibili non consentono, tuttavia, di elaborare questo indicatore e l'introduzione del set di domande necessarie per la sua elaborazione nelle indagini statistiche dell'Istat comporterebbe un impegno notevole in termini di risorse. Non si esclude, tuttavia, che nel futuro, anche in considerazione di una maggiore stabilizzazione e generalizzazione dell'indicatore anche in sede internazionale, tale vincolo possa essere superato.

Relativamente ai potenziali fattori di rischio, per contenere il numero di indicatori è stata effettuata un'analisi delle corrispondenze sui microdati dell'indagine Aspetti della vita quotidiana 2010. Mediante tale analisi è stato possibile individuare un primo asse fattoriale interpretabile come espressione di "stili di vita non salutari" (fumo, alcol e sedentarietà, soprattutto per gli uomini) e un secondo asse fattoriale espressione dell'eccesso di peso (per le donne anche associato al consumo a rischio di alcol). Questi due assi fattoriali possono essere assunti come indicatori sintetici da utilizzare anche ai fini della valutazione della sostenibilità degli attuali livelli di salute della popolazione.

8. Dimensioni per misurare l'equità

L'equità nella salute rappresenta una sfida fondamentale per il progresso sociale. Gli indicatori selezionati possono essere stratificati rispetto al *genere* al *territorio* e alla *condizione sociale*. Per la prima dimensione, il criterio di classificazione è chiaro e sempre disponibile; per la seconda si fa riferimento alle regioni e, anche in questo caso, le informazioni necessarie sono disponibili. Relativamente alla terza dimensione rispetto alla quale è importante lo studio delle diseguaglianze, il criterio classificatorio è molto meno definito e approssimabile mediante una gamma molto vasta di variabili (il livello di educazione, il reddito, la classe sociale, la professione,...) ciascuna delle quali mette in luce aspetti diversi delle differenziazioni. Considerati l'oggetto dello studio e le basi informative disponibili, il gruppo ritiene che l'istruzione possa rappresentare il criterio classificatorio più pertinente ed efficace. Da un lato, la particolare rilevanza dei problemi di salute nelle età anziane, per le quali criteri legati alle categorie socio professionali diventano meno rilevanti (o meno correttamente rilevate) facendo necessariamente riferimento a condizioni riferite a periodi antecedenti del ciclo di vita; dall'altro, il livello di istruzione rappresenta una caratteristica dell'individuo che, superate le età giovanili, diventa una condizione stabile in entrambi i generi che accompagna la persona per tutta la vita senza modificarsi e influenzandone le condizioni di vita, i comportamenti e gli atteggiamenti. Anche rispetto alle basi informative disponibili, la scelta dell'istruzione come variabile di classificazione presenta notevoli vantaggi, essendo la variabile presente sulla scheda di morte. Sono in corso analisi di validazione di questa variabile che, anche se con un dettaglio non troppo spinto, potrebbe fornirci il principale indicatore di salute "speranza di vita" declinato per status sociale, allineandoci così anche al contesto europeo.

Riferimenti bibliografici

Apolone G., Mosconi P., Quattrococchi L., Gianicolo E.A.L., Groth N. e Ware J.J. E. *Questionario sullo stato di salute Sf-12*. Versione Italiana. Guerini e Associati Editore. Milano, 2001.

Biggeri A., Accetta G., Egidi V., *Evoluzione del profilo di mortalità 30-74 anni per le coorti di nascita dal 1889 al 1968 nelle regioni italiane* in *Epidemiologia e prevenzione*, 2011, Parte II, pp 50-67.

Commissione delle Comunità Europee. *Comunicazione al Parlamento Europeo al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni: Solidarietà in materia di salute, riduzione delle disuguaglianze sanitarie all'interno dell'UE*. Bruxelles, 20 ottobre 2009, COM (2009) 567.

Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari, 1994.

Costa, G., Spadea T., Cardano M. (a cura di) *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 2004, 28,3, supplemento.

Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra, Popolazione e Storia*, SIdES, 1/2005, pp. 45-85.

Rapporti della Commissione di Indagine Esclusione Sociale 2008 e 2009.

Relazioni sullo stato sanitario del Paese 2007-2008 e 2009-2010 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Ricciardi W., de Belvis A.G. (a cura di) *Rapporto Osserva salute 2010*, Milano:Prex S.p.A., 2011.

Ricciardi W., de Belvis A.G., Marino M., Santoro A., Silenzi A., *Lo sviluppo disuguale della sanità nell'Italia che sia avvia al federalismo*, in *Epidemiologia e prevenzione*, 2011, Parte II, pp 45-49.

Taroni F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011, pp. 336.

Tuomi K., Ilmarinen J., Jankola A., Katajarinne L., Tulkki A.: *"Work Ability Index"*. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 1998.

Ware J. E. and Sherbourne C D, *The MOS 36-item short form health survey (Sf-36): conceptual framework and item selection*. *Medical Care* 1992; 30:473-81.

WHO. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development (Report of the Commission on Macroeconomics and Health)*. Geneva: World Health Organization; 2001.

Appendice: schede indicatori

1) Speranza di vita alla nascita	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione oggettiva della salute: Mortalità
<i>Definizione</i>	La speranza di vita (o durata media della vita o vita media) esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l' x^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se nel corso della sua esistenza futura fosse esposta ai rischi di morte osservati in quello stesso anno di calendario a partire dall'età x . Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti di una tavola di mortalità ($L_{x,x+dx}$) dall'età x all'età estrema omega (T_x) ed i sopravvivenenti all'età x (l_x).
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Istat – Indagine sui decessi e sulle cause di morte
<i>Fenomeno</i>	La speranza di vita consente di avere un'informazione generale sulle condizioni socio-sanitarie di un paese e rappresenta l'indicatore più consolidato e condiviso delle condizioni oggettive di salute di una popolazione. I guadagni di sopravvivenza degli ultimi decenni collocano l'Italia tra i paesi più longevi al mondo.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi per regione, genere ed età
<i>Livello di disaggregazione</i>	<p>Livello Italia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) ○ Livello di istruzione (basso: fino a scuola dell'obbligo – licenza media inferiore, alto: diploma e oltre il diploma) <p>Livello regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato di tipo amministrativo
<i>Serie storica</i>	Dal 1974
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È uno dei principali indicatori sulle condizioni di vita e di salute di una popolazione, con la possibilità di realizzare adeguati confronti nel tempo e nello spazio, con riferimenti territoriali regionali e internazionali. È possibile declinare l'indicatore rispetto alle più rilevanti variabili (genere, territorio) senza perdita di significatività statistica.
<i>Svantaggi</i>	Nell'attuale fase della transizione sanitaria nella quale la mortalità è fortemente concentrata nelle età senili, l'indicatore pone in risalto soprattutto le differenze nei rischi di morte nella popolazione anziana. Inoltre, essendo basato esclusivamente sui rischi di morte non tiene conto della qualità degli anni che restano da vivere.

2) Speranza di vita in buona salute alla nascita	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione oggettiva e soggettiva della salute: mortalità e condizioni di salute percepite
<i>Definizione</i>	La speranza di vita in buona salute esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l' x^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere in buona salute se nel corso della sua esistenza futura fosse esposta ai rischi di malattia e morte osservati in quello stesso anno di calendario a partire dall'età x . Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti in buona salute dall'età x in poi ed i sopravvissuti all'età x . Si considerano in buona salute le persone che hanno dichiarato di sentirsi "bene" o "molto bene" nell'indagine campionaria considerata tra le fonti. La stima del numero di anni vissuti in buona salute viene effettuata utilizzando il metodo di Sullivan che prevede un riproporzionamento del totale degli anni vissuti alle diverse età sulla base della proporzione di persone che hanno dichiarato di sentirsi bene o molto bene.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Istat. Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per correggere il numeratore tenendo conto degli anni vissuti in buona salute si può far riferimento a tre diverse fonti: 1) "Indagine sul reddito e le condizioni di vita, 2)"Indagine "Aspetti della vita quotidiana", 3)"Condizioni di salute e ricorso ai servizi" solo quinquennale. L'uso della prima fonte consentirebbe di garantire la piena confrontabilità dell'indicatore anche a livello internazionale, ma potrebbe porre limiti di significatività quando occorre declinare l'indicatore a livello regionale, considerando congiuntamente altre covariate. Tale limite si potrebbe superare utilizzando due anni contigui della seconda fonte.
<i>Fenomeno</i>	Calcolare la speranza di vita modulando l'indicatore anche rispetto ad informazioni generali sulle condizioni di salute consente di valutare la qualità della sopravvivenza, aspetto rilevante nell'attuale fase della transizione sanitaria, caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione e dalla diffusione di patologie cronico-degenerative.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi per regione, genere ed età (per la costruzione della tavola di mortalità) e individui in buona salute
<i>Livello di disaggregazione</i>	<p>Livello Italia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) ○ Livello di istruzione (basso: fino a scuola dell'obbligo – licenza media inferiore, alto: diploma e oltre il diploma) <p>Livello regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine)
<i>Periodicità</i>	Quinquennale fino al 2005. Ricostruibile annualmente dal 2006 ricorrendo alle fonti 1 o 2 sopracitate fino al 2010
<i>Tipologia del dato</i>	Dato amministrativo e dato campionario da indagine di popolazione
<i>Serie storica</i>	A livello nazionale dal 1994
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale (dal 2000)
<i>Vantaggi</i>	È uno dei principali indicatori sintetici della condizione di salute di una popolazione e consente confronti internazionali. È un indicatore di tipo complesso che tiene conto non solo della quantità, ma anche della qualità degli anni che restano da vivere.
<i>Svantaggi</i>	L'ipotesi alla base del metodo è che tutti i rischi (tanto relativi alla mortalità che alla condizione di salute) rimangano costanti nel tempo.

3) Indice di stato fisico (PCS); 4) Indice di stato psicologico (MCS)	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione soggettiva della salute
<i>Definizione</i>	<p>La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo alle 12 domande del questionario SF12, consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical Component Summary), l'altro quello psicologico (Mental Component Summary). 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 di stato di salute psicologico evidenzia invece "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente.</p> <p>Media dei punteggi standardizzati per le persone di 15 anni e più, sullo stato di salute fisico e psicologico.</p>
<i>Composito</i>	Sì
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Istat, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi"
<i>Fenomeno</i>	<p>Per una valutazione globale dello stato di salute viene attribuita un'importanza crescente alla percezione soggettiva delle condizioni di salute, quale strumento per cogliere aspetti non rilevabili mediante indicatori tradizionali quali la morbosità e la mortalità.</p> <p>Per riuscire meglio a cogliere la multidimensionalità del concetto di salute si è assistito negli anni '80 a un crescente sviluppo di metodologie finalizzate ad individuare e studiare i diversi aspetti che concorrono nella formazione della percezione dello stato di salute e più in generale della qualità della vita correlata alla salute. Uno di questi strumenti, di tipo psicometrico, è il questionario standardizzato SF36, sperimentato a livello internazionale, da cui è derivata una forma più breve SF12, utilizzata nell'indagine sulla salute dell'Istat, che consente di sintetizzare sia lo stato di salute fisica che quello psicologico-emozionale.</p>
<i>Unità di analisi</i>	Individui
<i>Livello di disaggregazione</i>	<p>Livello Italia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere e classi di età decennali a partire dai 15 anni in poi – ultima classe d'età 75 anni e più) ○ Titolo di studio (basso, medio, alto) <p>Livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere e classi di età ventennali ○ Titolo di studio (basso, medio-alto)
<i>Periodicità</i>	Quinquennale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato rilevato mediante indagine campionaria sulle condizioni di salute
<i>Serie storica</i>	Solo confronto tra 1999/2000 e 2005
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	Consente di disporre di informazioni sintetiche sia della salute fisica che di quella psicologico-emotiva, non altrimenti disponibile con indicatori tradizionali. Lo strumento di tipo psicometrico, che si avvale di punteggi medi standardizzati, consente di avere due indici sintetici, che consentono di indagare e confrontare facilmente gruppi di popolazione a rischio, e differenziali di salute anche sul territorio
<i>Svantaggi</i>	Il punteggio medio non consente una lettura immediata, come quella di un indicatore di prevalenza. Inoltre, facendo riferimento a specifici algoritmi per la sintesi dei due indici, l'eventuale utilizzazione per la costruzione di ulteriori indicatori sintetici potrebbe richiedere maggiore cautela.

5) Tasso di mortalità infantile	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione oggettiva della salute: mortalità
<i>Definizione</i>	Decessi nel primo anno di vita / Nati vivi * 10.000
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Per i decessi: Istat - Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per i nati vivi: fino al 1998: ISTAT, Archivio sulla fecondità costituito a partire dalla rilevazione delle nascite; dal 1999: Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita.
<i>Fenomeno</i>	I progressi scientifici e tecnologici e il miglioramento delle condizioni di vita, che hanno permesso una forte riduzione della mortalità nel primo anno di vita, non hanno del tutto eliminato i rischi di morte, in particolare per il primo mese di vita. Sebbene ormai nei paesi avanzati la mortalità infantile si sia ridotta notevolmente, ci sono alcune aree del nostro paese tuttora penalizzate da rischi sensibilmente più elevati.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi nel primo anno di vita
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia e regionale: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) ○ Regioni
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato amministrativo
<i>Serie storica</i>	Dal 1990
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È uno dei più rilevanti indicatori- sentinella delle condizioni sanitarie di un paese. Consente confronti a livello internazionale.
<i>Svantaggi</i>	È un fenomeno che presenta relativamente poca variabilità sul territorio, dati i livelli di mortalità molto contenuti nel periodo post-neonatale

6) Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto (15-34 anni)	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione oggettiva della salute: mortalità
<i>Definizione</i>	Il tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto (classificazione delle cause di morte ICD-10) tra i 15-34 anni è ottenuto standardizzando con metodo diretto i tassi specifici di mortalità per classi di età quinquennali nella fascia 15-34 anni e utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	No
<i>Fonte</i>	Per i decessi: Istat - Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat - Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"
<i>Fenomeno</i>	La mortalità per incidenti di trasporto caratterizza i rischi di morte dei giovani: circa la metà dei decessi in questa fascia di età avviene per tali cause.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi per incidenti di trasporto in età 15-34 anni
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) Livello Regionale <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato amministrativo
<i>Serie storica</i>	Dal 1990, con rottura della serie con l'introduzione della nuova classificazione dal 2003 (dato del 2004 e 2005 non disponibile), e dal 2006
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È un indicatore che mette in evidenza il maggiore rischio di morte a carico di questo segmento di popolazione e l'importanza di agire sempre di più con politiche di prevenzione.
<i>Svantaggi</i>	Sebbene l'indicatore faccia riferimento ad un fenomeno estremamente grave in questa fascia d'età, considera solo l'evento fatale, mentre per un giovane potrebbero essere altrettanto devastanti, sia da un punto di vista fisico che psicologico, le conseguenze non letali di un incidente.

7) Tasso standardizzato di mortalità per tumore (19-64 anni)	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione oggettiva della salute: mortalità
<i>Definizione</i>	Il tasso standardizzato di mortalità per tumori (classificazione delle cause di morte ICD-10) è ottenuto standardizzando con metodo diretto i tassi specifici di mortalità per classi di età quinquennali nella fascia 19-64 anni e utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Per i decessi: Istat - Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat - Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".
<i>Fenomeno</i>	I decessi per tumore degli adulti potrebbero essere considerati come una "proxy" della mortalità evitabile, in quanto potenzialmente contrastabili attraverso una migliore prevenzione primaria e secondaria. La promozione di sani stili di vita avviata in ambito europeo, e attivata anche in Italia dal 2007 con il programma "Guadagnare salute" ha l'obiettivo di contrastare le principali patologie croniche modificando stili di vita ed alimentazione a partire dall'infanzia e adolescenza, nonché nella popolazione adulta.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi per tumore in età 19-64 anni
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) Livello Regionale <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato amministrativo
<i>Serie storica</i>	Dal 1990, con rottura della serie con l'introduzione della nuova classificazione dal 2003 (dati del 2004 e 2005 non disponibili), e dal 2006. Dal 1990 al 2002: Icd-9 140-239. Dal 2003: Icd-10 C00-D48
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	Gli indicatori di mortalità per tumore rappresentano indicatori statistici stabili, anche rispetto ai cambiamenti di classificazione, e di fonte affidabile.
<i>Svantaggi</i>	Come tutti gli indicatori basati sulla mortalità, non evidenziano il reale "burden" della malattia tumorale sulla popolazione. Il livello troppo aggregato del gruppo dei tumori non permette di cogliere andamenti di direzione opposta per specifiche sedi tumorali.

8) Tasso standardizzato di mortalità per demenza e malattie correlate (65 anni e più)	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione oggettiva della salute: mortalità
<i>Definizione</i>	Il tasso standardizzato di mortalità delle persone di 65 anni e più per demenza e malattie correlate, fa riferimento nello specifico alle malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali come causa iniziale. È ottenuto standardizzando con metodo diretto i tassi specifici di mortalità per classi di età quinquennali oltre i 65 anni e utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	No
<i>Fonte</i>	Per i decessi: Istat - Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat - Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"
<i>Fenomeno</i>	Considerato che l'età resta il principale predittore della demenza, l'invecchiamento demografico e la crescita del segmento più anziano della popolazione potrebbe produrre un sensibile aumento del numero di persone colpite da demenza. Questa è una condizione tra le più devastanti, tanto per l'anziano che ne è colpito che per la sua famiglia, con importanti conseguenze negative sul benessere fisico, psicologico ed emotivo.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali delle persone di 65 anni e più
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) Livello Regionale <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato amministrativo
<i>Serie storica</i>	Dal 2003 (dati del 2004 e 2005 non disponibili). Dal 2003: Icd-10 G00-H95, F00-F99 (dai dati del 2007 è stato adottato un aggiornamento dell'Icd-10; l'applicazione delle nuove regole di codifica relative alla classificazione dei disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19), ha avuto un notevole impatto sulla numerosità di casi classificati in questo gruppo che sono fortemente diminuiti)
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	I tassi di mortalità per demenza fanno riferimento ad un fenomeno in progressivo aumento che ha un notevole impatto sulla qualità della vita degli anziani. Si tratta dell'unico indicatore presentato che prende in considerazione la dimensione della salute mentale.
<i>Svantaggi</i>	La validità di questo indicatore potrebbe essere inficiata dalla qualità della certificazione da parte del medico, trattandosi di patologie la cui diagnosi è spesso complessa e non sempre riconosciuta. È da sottolineare che non si tratta di un indicatore di prevalenza della malattia mentale nella popolazione in quanto rileva il fenomeno sui soli deceduti.

9) Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Dimensione soggettiva e oggettiva della salute: Mortalità e condizioni di salute percepite
<i>Definizione</i>	La speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane esprime il numero medio di anni che una persona, che compie l' x^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere senza limitazioni nelle attività quotidiane se nel corso della sua esistenza futura fosse esposta ai rischi di disabilità e morte osservati in quello stesso anno di calendario a partire dall'età x . Essa è pari al rapporto tra la cumulata degli anni vissuti senza limitazioni dall'età x in poi ed i sopravvissuti all'età x . La stima del numero di anni vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane viene effettuata utilizzando il metodo di Sullivan che prevede un riproporzionamento del totale degli anni vissuti alle diverse età sulla base della proporzione di coloro che hanno dichiarato di non avere limitazioni, a causa di problemi di salute, né gravi, né lievi nello svolgere le attività della vita quotidiana.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Istat. Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per correggere il numeratore, tenendo conto degli anni vissuti senza limitazioni, si può far riferimento a due diverse fonti: 1) "Indagine sul reddito e le condizioni di vita, 2)"Indagine "Aspetti della vita quotidiana". L'uso della prima fonte consentirebbe di garantire la piena confrontabilità dell'indicatore anche a livello internazionale, ma potrebbe porre limiti di significatività quando occorre declinare l'indicatore a livello regionale, considerando congiuntamente altre covariate. Tale limite si potrebbe superare utilizzando due anni contigui della seconda fonte.
<i>Fenomeno</i>	La speranza di vita senza limitazioni nelle attività, fornendo una stima del numero medio di anni di completa autonomia che possono essere attesi dalla popolazione, è particolarmente indicato per la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione che, come quella italiana, ha una elevata proporzione di anziani.
<i>Unità di analisi</i>	Decessi oltre i 65 anni di età per regione, genere ed età (per la costruzione della tavola di mortalità) e individui della stessa età senza limitazioni nella vita quotidiana
<i>Livello di disaggregazione</i>	<p>Livello Italia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine) ○ Livello di istruzione (basso: fino a scuola dell'obbligo – licenza media inferiore, alto: diploma e oltre il diploma) <p>Livello regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere (maschi, femmine)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato amministrativo e dato campionario da indagine di popolazione
<i>Serie storica</i>	Dal 2008, per problemi di comparabilità con le informazioni degli anni precedenti
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È uno dei principali indicatori di salute, con la possibilità di realizzare confronti internazionali. È un indicatore di tipo complesso che tiene conto non solo della quantità, ma anche della qualità degli anni che restano da vivere.
<i>Svantaggi</i>	A differenza della speranza di vita in buona salute, che nella valutazione della qualità degli anni vissuti si avvale di un quesito ormai consolidato proposto dall'OMS e condiviso da praticamente tutti i paesi, altre speranze di vita per condizione di salute che si fondano su quesiti armonizzati a livello europeo, tra cui quello sulle limitazioni, hanno generato dubbi di effettiva comparabilità derivanti, forse, da problemi relativi al <i>wording</i> del quesito nei diversi paesi.

10) Eccesso di peso: proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita
<i>Definizione</i>	Quota di persone di 18 anni e più che dichiarano un peso corporeo e un'altezza tali che il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) risulta pari o superiore a 25 (IMC = rapporto tra il peso (in Kg) e il quadrato dell'altezza (in metri)). Tale valore dell'IMC classifica le persone come in sovrappeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$) o obese ($\text{IMC} \geq 30$) secondo la classificazione dell'OMS. L'indicatore è standardizzato utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Istat: Aspetti della vita quotidiana (dal 2001) Istat: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (1990, 1994, 1999/2000)
<i>Fenomeno</i>	L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio per la salute. Può comportare conseguenze negative per molte malattie tra cui quelle cardiovascolari e dell'apparato muscolo-scheletrico. È forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, ipertensione, cancro, malattie del fegato o colecisti. Numerosi studi hanno indagato sui nessi tra incremento di peso e aumento della mortalità.
<i>Unità di analisi</i>	Persone di 18 anni e più che vivono in famiglia
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto) Livello regionale: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto)
<i>Periodicità</i>	Anni: 1990, 1994, 1999/2000. Annuale dal 2001
<i>Tipologia del dato</i>	Dato di tipo campionario da indagini di popolazione
<i>Serie storica</i>	Anni: 1990, 1994, 1999/2000 e continua annualmente dal 2001
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È un indicatore di facile calcolo, comparabile a livello internazionale, utilizzato per la stima dell'obesità o il sovrappeso in grandi popolazioni, secondo i cut-offs definiti dall'OMS.
<i>Svantaggi</i>	Poiché l'indicatore è costruito sulla base del peso e l'altezza riferiti dai rispondenti e non misurati oggettivamente, è ben nota una sottostima complessiva del fenomeno, dovuta, secondo alcuni studi, per le donne prevalentemente ad un minor peso corporeo riferito (in media circa 2 Kg in meno) e per gli uomini a un'altezza superiore riferita (in media circa 2 cm).

11) Fumo: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita
<i>Definizione</i>	Quota di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente. L'indicatore è standardizzato utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì
<i>Fonte</i>	Istat: Aspetti della vita quotidiana (dal 1993) Istat: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (1980, 1983, 1987, 1990)
<i>Fenomeno</i>	Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio di malattia sia di natura oncologica sia di altra natura e per molti apparati e sistemi (soprattutto respiratorio e circolatorio).
<i>Unità di analisi</i>	Persone di 14 anni e più che vivono in famiglia
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto) Livello regionale: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto)
<i>Periodicità</i>	Annuale dal 1993
<i>Tipologia del dato</i>	Dato di tipo campionario da indagini di popolazione
<i>Serie storica</i>	Anni: 1980, 1983, 1987, 1990, e continua annualmente dal 1993
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È un indicatore rilevato dall'Istat da oltre 30 anni e consente di conoscere l'abitudine al fumo nella popolazione, consentendo di studiarne l'andamento nel tempo e le differenze. È relativamente confrontabile a livello internazionale.
<i>Svantaggi</i>	Poiché si tratta di un indicatore costruito sulla base di quanto dichiarato da un campione rappresentativo della popolazione, si potrebbe verificare una sottostima della diffusione dell'abitudine al fumo, soprattutto tra i giovanissimi.

12) Alcol: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita
<i>Definizione</i>	Quota di persone di 14 anni e più che dichiarano di assumere giornalmente più unità alcoliche (tra birra, vino e altre bevande alcoliche) rispetto a quelle raccomandate dall'INRAN rispetto al genere e/o all'età: le donne se assumono più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA), gli uomini se assumono oltre 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età inferiore ai 16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno; gli ultra 65enni che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi a rischio anche gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (<i>binge drinking</i>). L'indicatore è standardizzato utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001.
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	No
<i>Fonte</i>	Istat: Aspetti della vita quotidiana
<i>Fenomeno</i>	L'abuso di alcol determina seri problemi di salute sia a livello individuale che collettivo. I danni causati dall'alcol, oltre che al consumatore, si estendono alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, sia come concausa di incidenti stradali in particolare tra le giovani generazioni, sia come costi che gravano sul servizio sanitario per le malattie alcol correlate.
<i>Unità di analisi</i>	Persone di 18 anni e più che vivono in famiglia
<i>Livello di disaggregazione</i>	Livello Italia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto) Livello regionale: <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato di tipo campionario da indagini di popolazione
<i>Serie storica</i>	Dal 2003
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	Consente di stimare sulla base delle raccomandazioni proposte dagli Istituti preposti (INRAN, ISS) la quota di popolazione che assume comportamenti a rischio nel consumo di alcol.
<i>Svantaggi</i>	Come per tutti i dati rilevati sui fattori di rischio legati a cattivi stili di vita, poiché l'indicatore deriva da dichiarazioni rese dagli individui al momento dell'indagine, c'è un rischio potenziale di sottostima del fenomeno.

13) Sedentarietà: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita
<i>Definizione</i>	Quota di persone di 14 anni e più che dichiarano di non svolgere sport né in modo continuativo, né in modo saltuario nel tempo libero, nonché persone di 14 anni e più che dichiarano di non svolgere alcuna attività fisica, come passeggiate di almeno 2 Km, andare in bicicletta, nuotare, ecc. L'indicatore è standardizzato utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	No
<i>Fonte</i>	Istat: Aspetti della vita quotidiana
<i>Fenomeno</i>	L'esercizio di una qualche attività fisica, condotta in modo regolare, comporta benefici effetti sulla salute, sia in termini di tutela dello stato di salute fisico, sia in termini di miglioramento del proprio stato psico-emotivo. L'esercizio fisico regolare consente svolgere un ruolo protettivo in particolare rispetto alle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari e per le patologie del metabolismo.
<i>Unità di analisi</i>	Persone di 18 anni e più che vivono in famiglia
<i>Livello di disaggregazione</i>	<p>Livello Italia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto) <p>Livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato di tipo campionario da indagini di popolazione
<i>Serie storica</i>	Dal 1998
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	È un indicatore di facile calcolo, rispetto a molti altri proposti anche a livello internazionale, consente almeno la possibilità di confrontare in modo omogeneo le regioni rispetto alla pratica di attività fisica nel tempo libero.
<i>Svantaggi</i>	Si tratta di un indicatore che tiene conto della pratica di attività fisica solo nel tempo libero. Non è confrontabile a livello internazionale, sebbene si deve riconoscere in tale ambito, che nonostante vari tentati di armonizzazione non si è ancora pervenuti a soddisfacenti indicatori derivanti da strumenti di facile somministrazione.

14) Alimentazione: proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e verdura.	
<i>Dominio</i>	Salute
<i>Dimensione</i>	Fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita
<i>Definizione</i>	Quota di persone di 3 anni e più che dichiarano di assumere tutti giorni almeno 4 porzioni tra frutta, verdura e ortaggi. Secondo le Linee guida di una sana alimentazione dell'INRAN le porzioni giornaliere raccomandate sarebbero almeno 5, ma poiché la definizione di porzione resta un concetto difficile da standardizzare nelle abitudini alimentari italiane, nonostante ci siano criteri oggettivi di riferimento quali il peso dell'alimento considerato, si è ritenuto opportuno far riferimento al consumo dichiarato di almeno 4 porzioni. Molto spesso, ad esempio, una porzione di verdura assunta come contorno è superiore alla quantità in grammi raccomandata. L'indicatore è standardizzato utilizzando come popolazione standard la popolazione italiana al Censimento del 2001
<i>Composito</i>	No
<i>Utilizzato da iniziative internazionali</i>	Sì (riferito a 5 porzioni)
<i>Fonte</i>	Istat: Aspetti della vita quotidiana
<i>Fenomeno</i>	Il consumo giornaliero di frutta, verdura e ortaggi consente di assumere elementi fondamentali della dieta quali vitamine, minerali, fibre, che svolgono un'azione protettiva, prevalentemente di tipo antiossidante, contrastando il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali. È quanto si ribadisce nelle Linee guida di una sana alimentazione dell'INRAN, che raccomanda il consumo quotidiano di frutta, verdura e legumi freschi (cd. <i>five a day</i>), da variare il più possibile e secondo le stagioni.
<i>Unità di analisi</i>	Persone di 3 anni e più che vivono in famiglia
<i>Livello di disaggregazione</i>	<p>Livello Italia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto) <p>Livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genere ○ Titolo di studio (basso, medio-alto)
<i>Periodicità</i>	Annuale
<i>Tipologia del dato</i>	Dato di tipo campionario da indagini di popolazione
<i>Serie storica</i>	Dal 2003
<i>Disaggregazione territoriale</i>	Nazionale, regionale
<i>Vantaggi</i>	Consente di stimare sulla base delle raccomandazioni dell'INRAN la quota di popolazione che assume un comportamento salutare nella dieta quotidiana.
<i>Svantaggi</i>	Un aspetto critico della costruzione dell'indicatore resta la definizione di "porzione", come peraltro riconosciuto dallo stesso INRAN: "Il concetto di "porzione" che viene riferito ai diversi alimenti è difficile da quantificare per il consumatore italiano, data la notevole variabilità di abitudini alimentari, le differenti tradizioni culinarie e gastronomiche regionali."