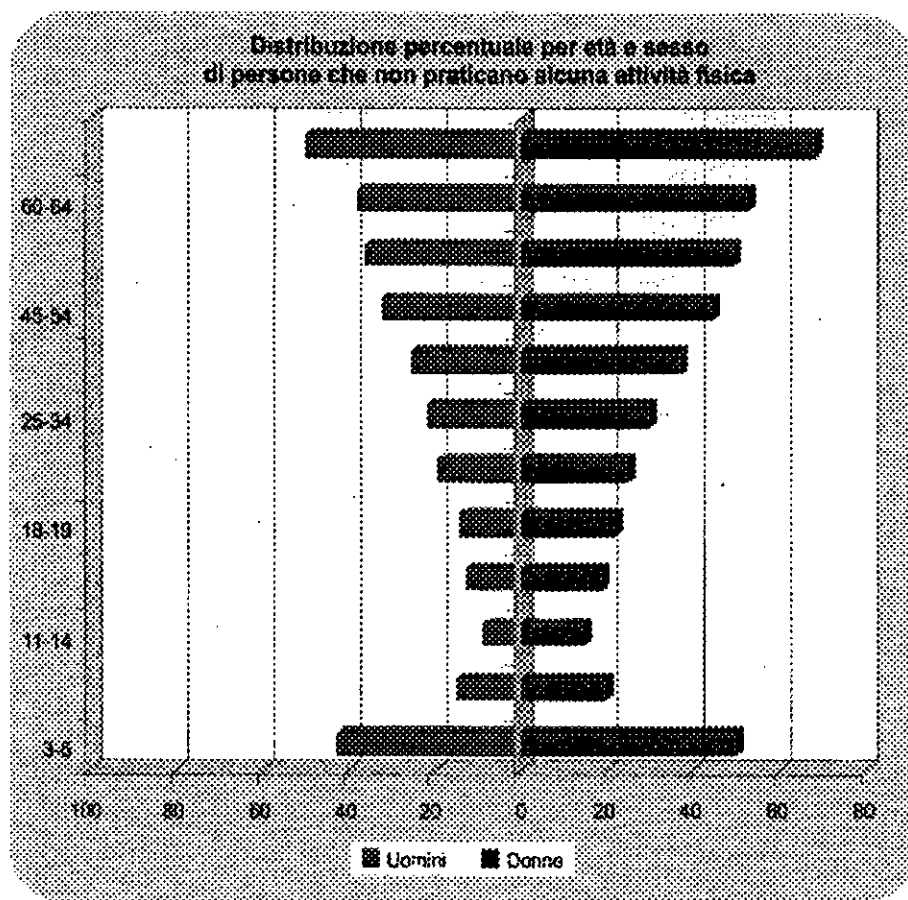


sempre più rilevante rispetto al passato: sembrerebbe quindi che il tempo libero stia diventando una risorsa scarsa e ciò costituisce un ostacolo alla diffusione di stili di vita "salutari". Inoltre è preoccupante il fatto che questa trasformazione nella gestione del tempo libero non riguarda solo gli adulti, ma in misura elevata anche i giovani tra gli 11 e i 19 anni.

L'assenza di tempo costituisce la motivazione principale per cui non si pratica sport soprattutto negli uomini, mentre tra le donne risulta molto diffusa anche la mancanza di interesse (40,5%).

Tra gli altri motivi quelli legati alla presenza di una disabilità e alle condizioni di salute risultano correlati con l'età e costituiscono la spiegazione principale per gli anziani.

**L'assenza di tempo
ostacola
la pratica sportiva**

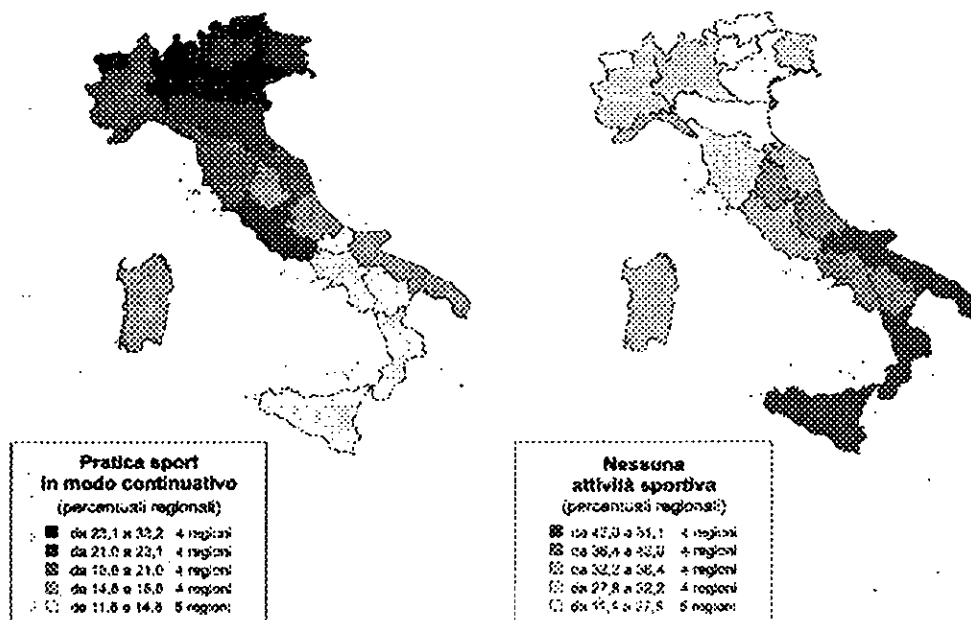


Fonte ISTAT: "Indagine Multiscopo"

Per i giovani un ruolo non trascurabile è giocato dalla mancanza di impianti o dalla difficoltà a raggiungerli, oltre che da motivazioni economiche. Probabilmente questi ultimi costituiscono gli aspetti su cui adeguate politiche di programmazione sanitaria possono essere in grado di incidere in maniera efficace, favorendo una maggiore diffusione della pratica sportiva in quella

fascia di individui, che ha un ruolo fondamentale nel determinare le condizioni di salute della popolazione del futuro.

In quest'ottica anche la conoscenza delle motivazioni che inducono ad intraprendere una pratica sportiva costituisce la base per orientare eventuali azioni strategiche. Lo sport è praticato soprattutto per passione o piacere (69%), ma anche per mantenersi in forma (44%) e per svago (39%). Per una quota non trascurabile di persone (19%) diventa inoltre un'occasione per frequentare altre persone. Il mantenersi in forma e il praticare sport a scopo terapeutico sono motivazioni prevalenti nelle donne; in riferimento all'età il primo motivo interessa soprattutto gli individui tra i 20 e i 54 anni, mentre il secondo riguarda in misura maggiore i giovani e gli anziani.



Fonte: ISTAT: "Indagine Multiscopo"

1.2. I PRINCIPALI INDICATORI BIOSTATISTICI

1.2.1 Popolazione e movimento demografico

I più recenti dati demografici confermano per il nostro Paese le tendenze evidenziate a partire dai primi anni '90: una crescita moderata della popolazione residente, sostenuta in modo sempre più rilevante dall'aumento della componente di immigrati dall'estero, sia pure con valori assoluti contenuti e comunque largamente inferiori ai livelli che si registrano negli altri Paesi europei. Continua inoltre la tendenza alla concentrazione della popolazione nelle aree urbane, polo di forte attrazione per italiani e stranieri.

Al primo gennaio 1998, la popolazione residente in Italia era pari a 57.563.000 unità, dei quali oltre 25 milioni (quasi il 45%) residenti nell'Italia settentrionale, 11 milioni (circa il 19%) nell'Italia centrale e 21 milioni nell'Italia meridionale e insulare (oltre il 36 % del totale).

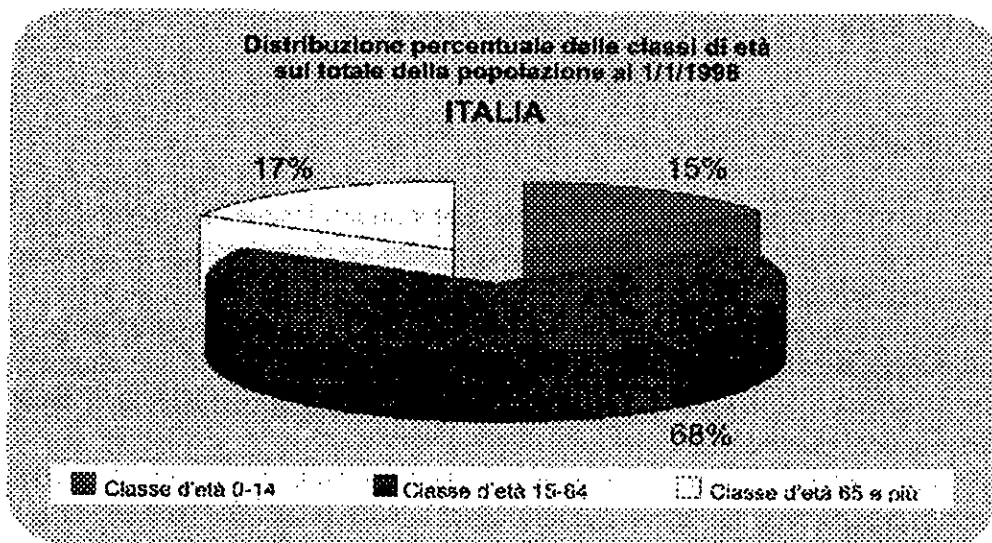
La modifica più rilevante emersa nella dinamica della popolazione negli anni '90 riguarda lo scambio dei ruoli tra componente naturale e componente migratoria. L'incremento della popolazione è stato, infatti, tradizionalmente sostenuto nel nostro Paese da un saldo naturale fortemente positivo (ad indicare l'eccesso di nascite viventi sui decessi in un anno di calendario) e in grado di compensare il deficit dovuto al saldo migratorio che, al contrario, era storicamente negativo (ad indicare un eccesso di emigrati rispetto agli immigrati). L'inversione di tendenza si è consolidata negli anni più recenti: nel 1997 le due componenti ammontavano rispettivamente a -24.631 unità per il saldo naturale e a 127.008 unità per il saldo migratorio. La variabilità regionale è molto accentuata: la maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno presentano saldi naturali positivi, mentre al Nord questo si verifica solo per il Trentino Alto Adige.

**L'aumento
dell'immigrazione**

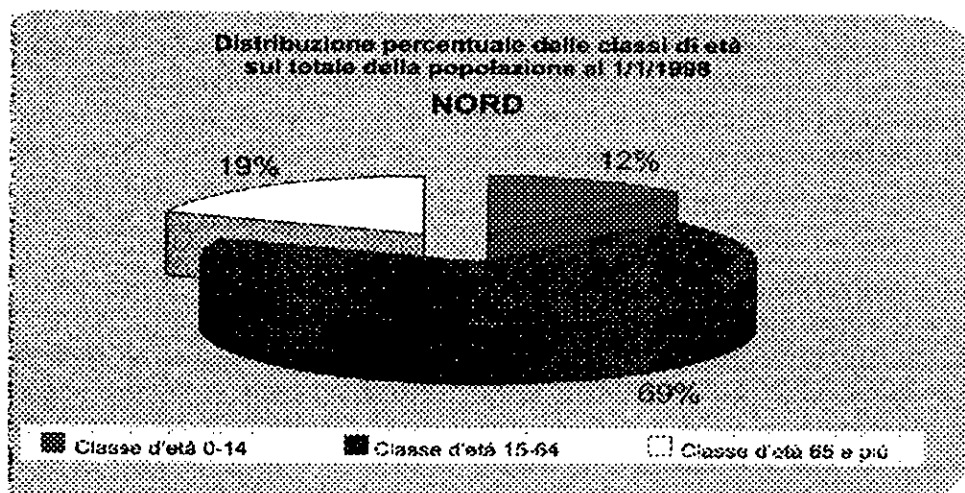
1.2.2 Indicatori demografici

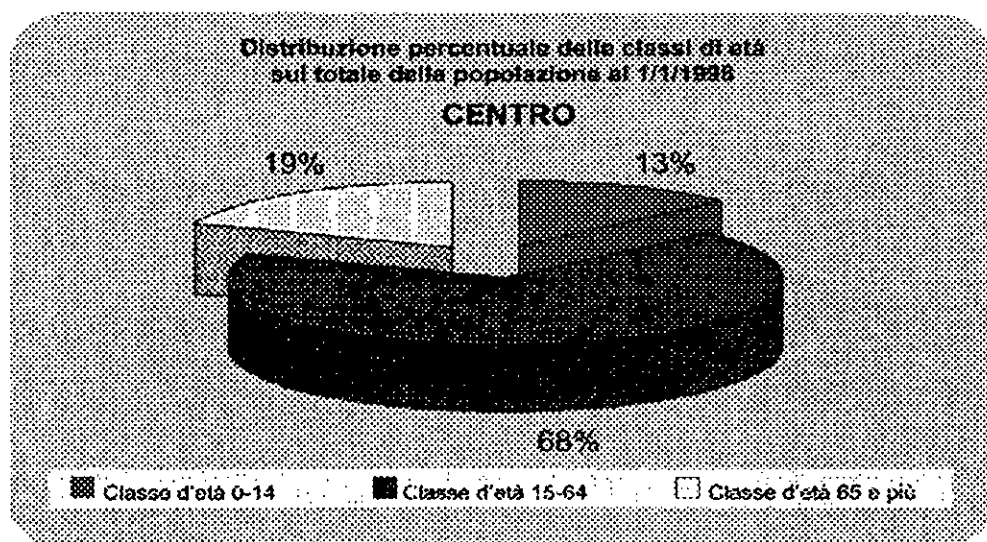
La mutata dinamica della popolazione ha rilevanti conseguenze sulla sua composizione per età. Pur rimanendo sostanzialmente stabile il numero di persone residenti, la quota di giovani va progressivamente riducendosi per effetto della progressiva contrazione delle nascite.

**Riduzione
del numero
dei giovani**

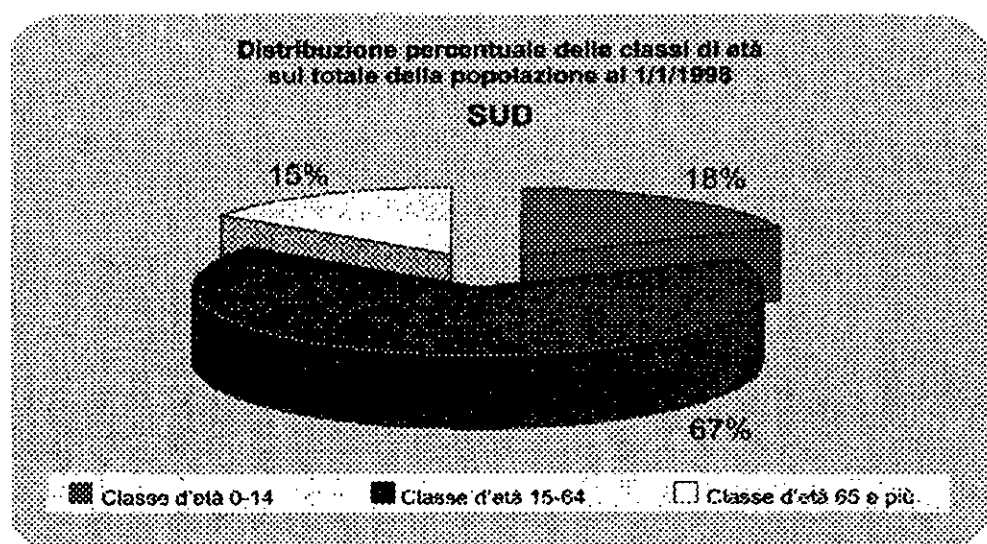


Al primo gennaio 1998, la proporzione di giovani in età inferiore a 15 anni era pari al 15% (era il 16% nel 1991 e superava il 21% all'inizio degli anni '80). Per contro, le persone con almeno 65 anni sono attualmente circa il 17 % della popolazione (erano il 15% nel 1991 e il 13% nel 1982) e, all'interno di questo gruppo, è in costante aumento la proporzione attribuibile alle età più avanzate della vita: la percentuale di popolazione di età superiore a 79 anni è pari al 4%.

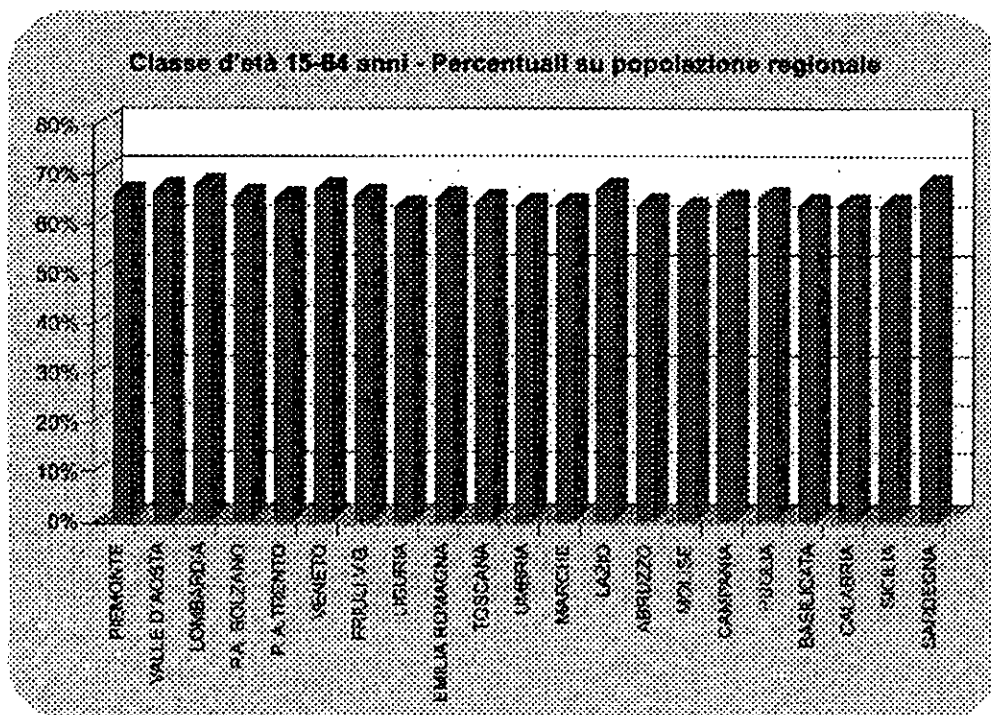




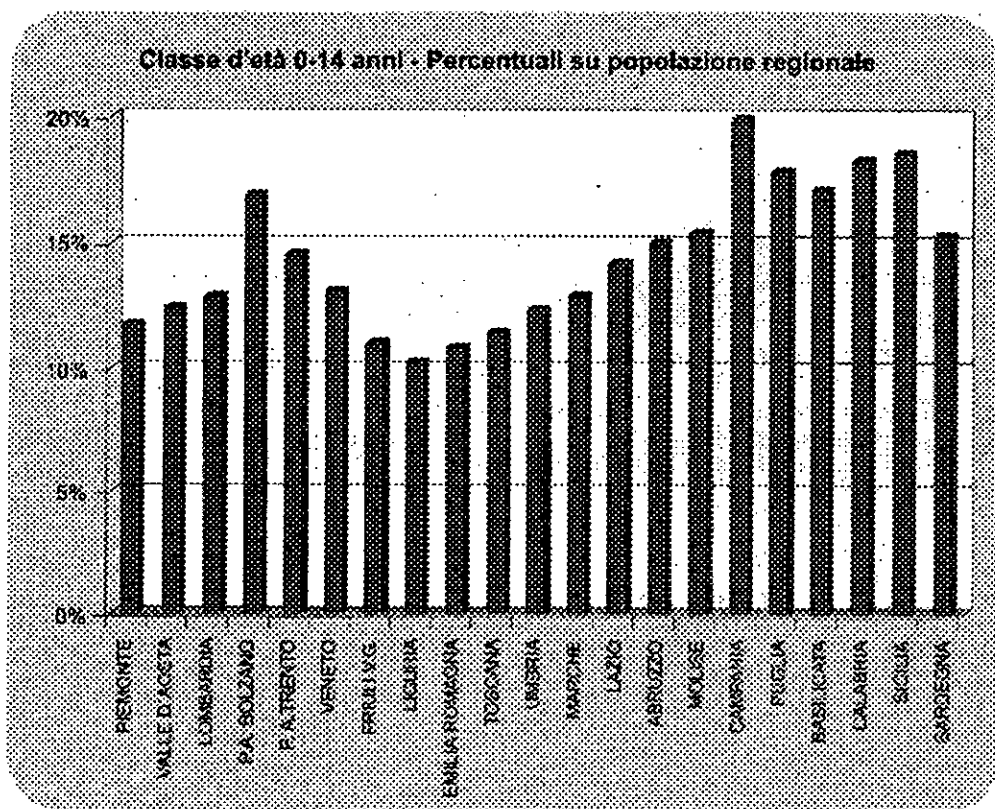
Fonte ISTAT



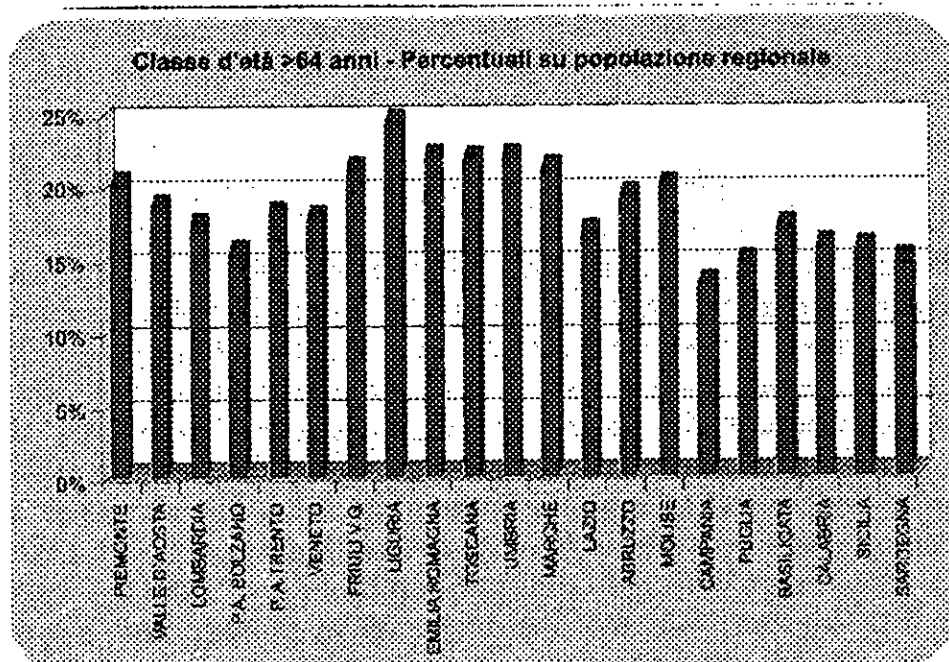
Fonte ISTAT



Fonte ISTAT



Fonte ISTAT



Fonte ISTAT

L'indice di vecchiaia, in progressivo aumento, ha raggiunto il valore di 119 ultra sessantaquattrenni ogni 100 giovani in età inferiore a 15 anni (contro i 92.5 del 1991), ed è destinato a crescere ancora se sarà confermata la tendenza alla ulteriore diminuzione delle nascite. Anche l'indice di vecchiaia non assume valori omogenei né tra le Regioni (in Liguria è circa 234 contro 65 della Campania) né tra i sessi.

**Progressivo
aumento
dell'indice
di vecchiaia**

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è il risultato sia della diminuzione della fecondità, sia dell'allungamento della vita media.

L'indice di fecondità del nostro Paese è tra i più bassi nel mondo ed in ben sei Regioni del Centro-Nord è sceso al disotto di un figlio per donna. L'età media delle madri alla nascita del primo figlio è superiore ai 27 anni, con punte, in alcune Regioni, di oltre i 29 anni.

I livelli di sopravvivenza della nostra popolazione sono tra i più alti d'Europa. Nel 1997 (dato stimato), la vita media degli uomini ha raggiunto i 75 anni con un aumento di oltre 4 anni rispetto al periodo 1979-83; la vita media delle donne ha raggiunto gli 81 anni, con un aumento di 3,5 anni rispetto allo stesso periodo. Il differenziale tra i sessi, ancora elevato, si è comunque ridotto passando da 6,7 a 6,1 anni.

**Livello
di sopravvivenza
fra i più alti
d'Europa**

I maggiori contributi all'aumento della sopravvivenza derivano dai guadagni realizzati nella vita anziana, anche se non vanno dimenticati ulteriori miglioramenti nel primo anno di vita, nel quale la probabilità di morte, rispetto ai primi anni '80, si è ridotta di quasi il 50 % in entrambi i sessi. In questo ambito, tuttavia, a confronto con gli altri Paesi europei, è possibile compiere ulteriori progressi.

Per quanto l'aumento della durata della vita non comporti di per sé un parallelo aumento di malati, tuttavia oggi appare indispensabile analizzare entrambi gli aspetti (sopravvivenza e stato di salute della popolazione). Lo stato di salute si presta ad essere analizzato sotto diversi punti di vista. Nei paesi come l'Italia in cui è avvenuta la transizione epidemiologica (in cui cioè si è passati da una situazione sanitaria ad elevata mortalità e dominata dalle patologie acute e infettive, ad una di bassa mortalità e dominata dalle patologie cronico-degenerative), acquista sempre più rilevanza la valutazione delle conseguenze prodotte dalla diffusione delle malattie croniche non letali a lento decorso. Esse, infatti, portando a limitazioni dell'autonomia individuale ed a perdite funzionali in una o più delle attività quotidiane, influenzano la qualità della vita. Le sfere in cui può realizzarsi questa riduzione di autonomia sono la sfera della mobilità, quella delle funzioni di auto-accudimento e quella della comunicazione.

**Aumento
delle persone
disabili**

Informazioni relative a questo tipo di problematiche sono disponibili in occasione dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione. L'ultima indagine è stata condotta nel 1994 ed ha fatto rilevare una prevalenza di disabili a livello nazionale pari a circa il 5%, dove con il termine disabile si sono indicati gli individui che risultavano privi di autosufficienza per almeno una delle sfere funzionali sopra citate. Ma la sola considerazione della diffusione, non quantifica l'impatto che questo stato determina sulla durata e sulla qualità della vita, impatto che può essere misurato mediante il calcolo della speranza di vita libera da disabilità a diverse età, che combina l'effetto della mortalità con quello delle condizioni di salute. Nel 1994 si osserva in entrambi i sessi un divario tra speranza di vita e speranza di vita libera da disabilità, crescente con l'avanzare dell'età. Tale divario, inoltre, risulta più accentuato in corrispondenza della disabilità legata a difficoltà nelle funzioni quotidiane e più contenuto per difficoltà nella comunicazione.

Speranza di vita totale e libera da disabilità nel 1994 (in anni)

Età	Speranza di vita totale		Speranza di vita libera da disabilità	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
15	60,2	66,4	57,3	61,1
45	31,9	37,2	29,2	32,0
65	15,4	19,2	12,7	14,2
75	9,2	11,5	6,6	6,9

Fonte ISTAT

Il differenziale tra i sessi mostra un vantaggio femminile a tutte le età per la speranza di vita, determinato dai più bassi livelli di mortalità; tale vantaggio tende però a ridursi in corrispondenza della speranza di vita libera da disabilità, relativamente alle sfere funzionali del movimento e dell'autonomia nelle attività quotidiane. Mentre si ha un recupero quando la disabilità riguarda problemi di comunicazione.

1.2.3 Fecondità

L'indice di fecondità totale (IFT) consente di delineare il quadro delle più importanti modificazioni dei comportamenti riproduttivi delle donne italiane, avvenute negli ultimi venti anni. Dopo i valori di circa 3 figli per donna, caratteristici degli anni prebellici e immediatamente successivi, l'indice di fecondità iniziava una graduale discesa esauritasi alla fine degli anni Cinquanta, con un rapida inversione di tendenza verso una ripresa della fecondità. Nel 1964, anno del famoso *baby-boom*, il numero medio di figli per donna raggiungeva il suo massimo relativo dal 1950. Dopo dieci anni, nel 1974, l'indice era ancora ben al di sopra della soglia di sostituzione (poco oltre i due figli per donna), in grado di garantire nel lungo periodo il rimpiazzo generazionale. Nel decennio 1974-84 i livelli della fecondità sono invece calati in misura davvero consistente. La tendenza è proseguita, con intensità appena minore, nell'ultimo decennio.

Il nostro è il paese con la più bassa fecondità del mondo, seguiti a breve distanza da Germania e Spagna. La prima è entrata in fase di "recessione riproduttiva" prima dell'Italia, la seconda dopo. Nel 1997 l'IFT è stato stimato in 1,22 figli per donna: dal 1981 ad oggi l'IFT è sceso di oltre il 20%.

Le alterne vicende di incremento e riduzione della fecondità riferita ai singoli anni di calendario, sono attribuibili non solo al mutare della intensità della fecondità delle successive generazioni di donne, ma anche alla tendenza ad

**Indice
di fecondità
più basso
del mondo**

anticipare o a posticipare l'esperienza riproduttiva.

Il fenomeno del *baby-boom*, cui si è accennato in precedenza è stato, in realtà, dovuto quasi completamente, all'anticipazione della maternità, da parte di alcune ben individuate generazioni e in alcune Regioni, piuttosto che a un effettivo incremento della propensione a procreare delle donne italiane. Successivamente, è emersa una importante tendenza al posticipo dell'esperienza riproduttiva: la nascita del primo figlio, che a metà degli anni '60 si verificava mediamente prima dei 25 anni, ora avviene in media solo dopo i 28 anni.

Un posticipo così importante ha, evidentemente, a sua volta delle conseguenze sul numero complessivo di figli. La probabilità di avere un figlio di ordine superiore al secondo è infatti in costante e rapida diminuzione, e il modello familiare destinato a prevalere sembra essere quello di 1 o al massimo 2 figli per coppia.

La variabilità territoriale della denatalità diventa evidentissima osservando gli indicatori sintetici di fecondità per Regione.

Variazioni
regionale
dell'indice
di fecondità

Ben sei Regioni del Centro-Nord —Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Toscana— si distinguono per livelli di fecondità pari o al di sotto di un figlio per donna. La maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno, pur presentando livelli storicamente più elevati, hanno registrato negli anni più recenti, con riferimento all'anno 1981, ritmi di decremento della fecondità decisamente più sostenuti che nel resto del Paese —quasi il 30% in meno in Puglia, Basilicata e Calabria, quasi il 40% in meno in Sardegna— ad indicare il loro rapido avvicinamento ai livelli del Centro e del Nord.

I modelli riproduttivi tra Italia centro-settentrionale e Mezzogiorno rimangono, tuttavia, ancora diversi, pur evolvendo nella stessa direzione. È, infatti, il modello del figlio unico quello verso il quale si dirigono le strategie di pianificazione familiare in molte Regioni del Nord e del Centro, mentre la maggior parte delle donne meridionali che hanno il primo figlio proseguono nel percorso riproduttivo: in Calabria, Basilicata e Puglia la discendenza finale della generazione 1964 è stimata ancora a livelli pari o superiori a 1,8 figli per donna, mentre in Campania e Sicilia supera addirittura 1,9 (valore di poco inferiore alla soglia di sostituzione).

Parallelamente, dal 1981 al 1996 gli incrementi più consistenti nell'età media alla nascita del primo figlio si sono verificati in Friuli/Venezia Giulia, Toscana e Veneto (circa 4 anni), Lazio, Lombardia e Marche (oltre 3 anni), mentre gli incrementi più contenuti, dell'ordine di circa due anni, si riscontrano in Campania, Calabria e Sicilia. Rispetto a un valore nazionale di 28,1 anni, troviamo i due estremi in Liguria, dove l'età media alla nascita del primogenito ha ormai superato i 29 anni, ed in Calabria e Sicilia, dove invece non ha ancora

toccato i 26 anni. In generale, in tutte le Regioni del Nord e del Centro, inclusa la Sardegna, l'età media alla nascita del primo figlio raggiunge, o supera, i 28 anni, mentre nelle altre Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione dell'Abruzzo, il valore non raggiunge i 27 anni.

1.2.4 Mortalità in generale

Nel nostro Paese, come in molti altri, la necessità di diffondere ufficialmente il dato di mortalità solo quando sia stato acquisito per tutte le migliaia di Comuni italiani, verificato ed elaborato, provoca un certo ritardo nell'aggiornamento; inoltre una recente modifica del sistema di codifica delle cause, introdotta dall'ISTAT e già in vigore in molte nazioni, ha provocato un ulteriore ritardo; per questo motivo, nella presente Relazione vengono presentati e commentati ancora i dati del 1994.

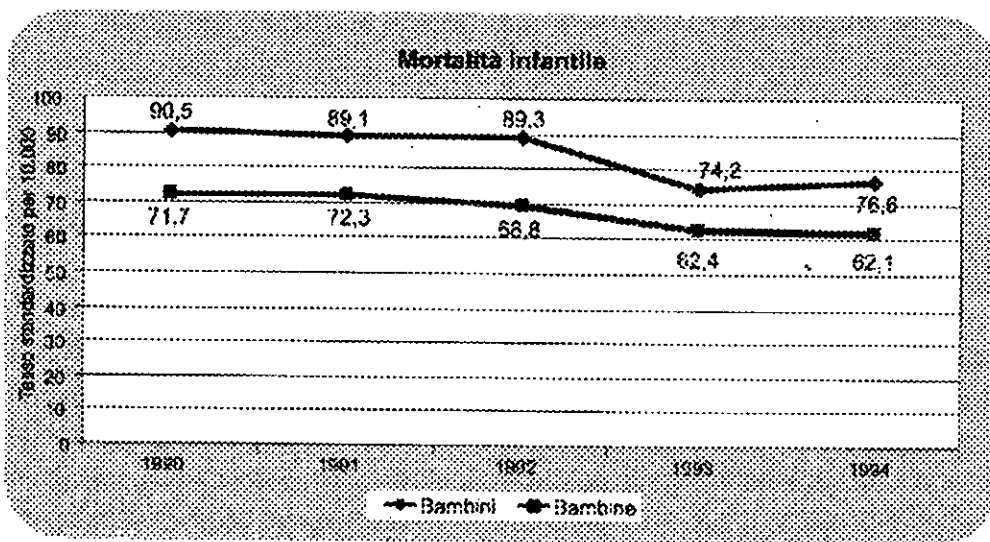
Analisi preliminari condotte sul biennio successivo, solo di recente messo a disposizione dall'ISTAT, mostrano che gli andamenti descritti non hanno subito sostanziali variazioni, con l'eccezione dell'AIDS di cui si dirà in seguito.

Dall'inizio degli anni 90 al 1994, la mortalità nella popolazione italiana ha continuato l'andamento decrescente già osservato nel decennio precedente. Tale andamento è ancora dovuto ad un forte decremento della mortalità infantile e ad una diminuzione generalizzata delle principali cause in tutte le classi di età. Permane l'eccezione della mortalità tra i giovani adulti (25-44 anni), in modo particolare gli uomini, che continua ad aumentare per effetto dell'epidemia di AIDS.

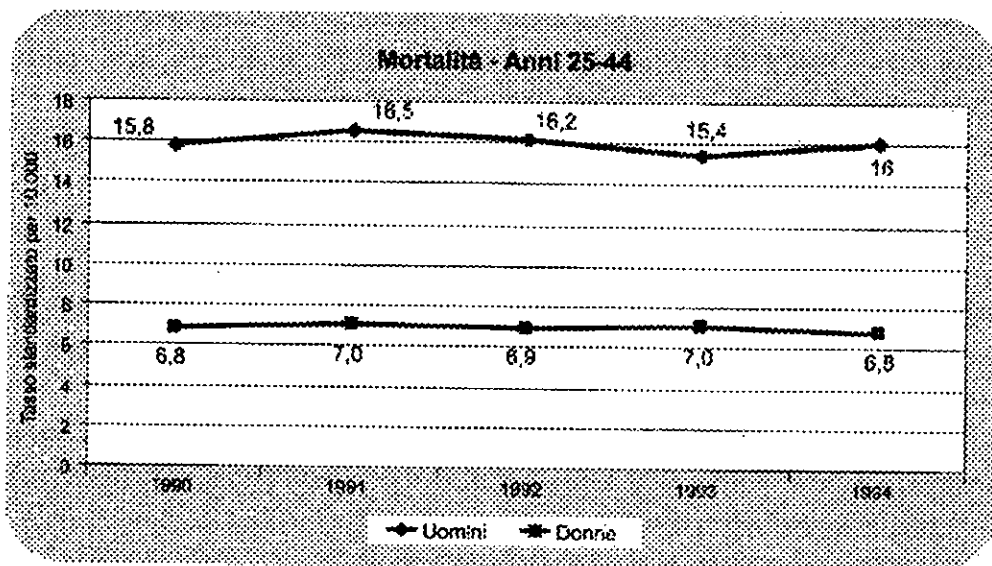
I livelli di mortalità delle donne continuano ad essere più bassi di quelli degli uomini in tutte le fasce di età, senza che però il differenziale di mortalità tra i due generi seguiti ad aumentare.

Di seguito sono presentati in modo sintetico gli andamenti della mortalità nel nostro paese dal 1990 al 1994, ultimo anno per il quale vi sono dati disponibili in forma definitiva, sia per la copertura dell'intero territorio nazionale che per l'articolazione nelle specifiche cause di morte. Tutti i tassi presentati sono standardizzati rispetto alla popolazione italiana all'ultimo censimento (1991), sono riferiti a 10.000 persone e sono specifici per genere.

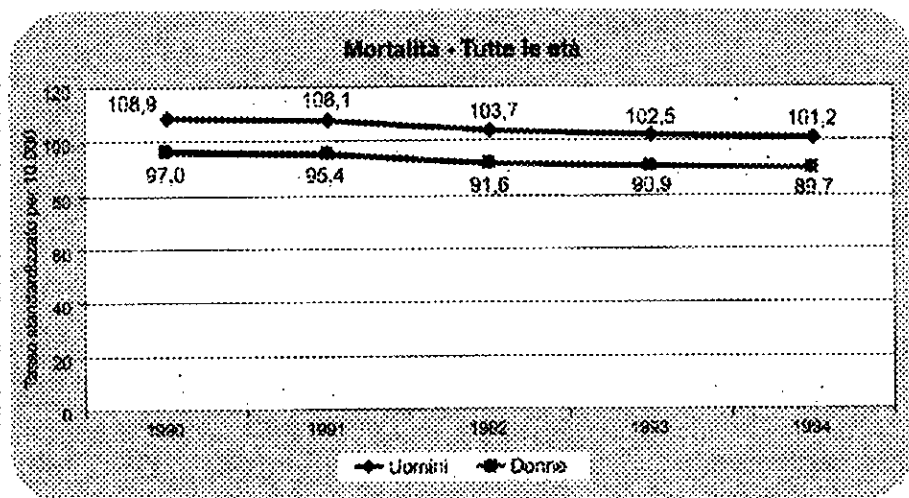
Nella figura seguente sono presentati i tassi di mortalità generale nel periodo considerato, in tre fasce di età di particolare rilievo: 0 anni (mortalità infantile), 25-44 anni (mortalità tra i giovani adulti) e tutte le età insieme.



Fonte ISTAT



Fonte ISTAT



Fonte: ISTAT

La mortalità infantile, che già all'inizio degli anni '90 aveva raggiunto valori bassi, continua a diminuire; nel periodo 1990-1994, il decremento è di circa un quindici per cento; per i bambini il tasso di mortalità passa da 90,5 per 10.000 a 76,6. I valori dei tassi di mortalità tra le bambine, sempre più bassi di quelle dei maschietti, vanno da 71,7 per 10.000 nel 1990 a 62,1 nel 1994.

Mortalità infantile

La mortalità tra i giovani adulti continua a risentire dell'epidemia di AIDS, specialmente per quanto riguarda i giovani maschi. Tra di essi dunque il tasso aumenta, passando da 15,8 per 10.000 nel 1990 a 16,0 nel 1994. Tra le giovani donne l'effetto è assai meno pronunciato; infatti il tasso di mortalità rimane stabile tra il 1990 ed il 1994, il suo valore è di 6,8 per 10.000.

**Mortalità
tra i giovani adulti**

L'andamento della mortalità generale continua ad essere discendente, con una diminuzione del tasso di circa il sette per cento in entrambi i generi. In particolare, tra gli uomini il tasso era di 108,9 per 10.000 nel 1990 e di 101,2 nel 1994 e tra le donne il tasso va da 97,0 per 10.000 nel 1990 a 89,7 nel 1994.

Mortalità generale

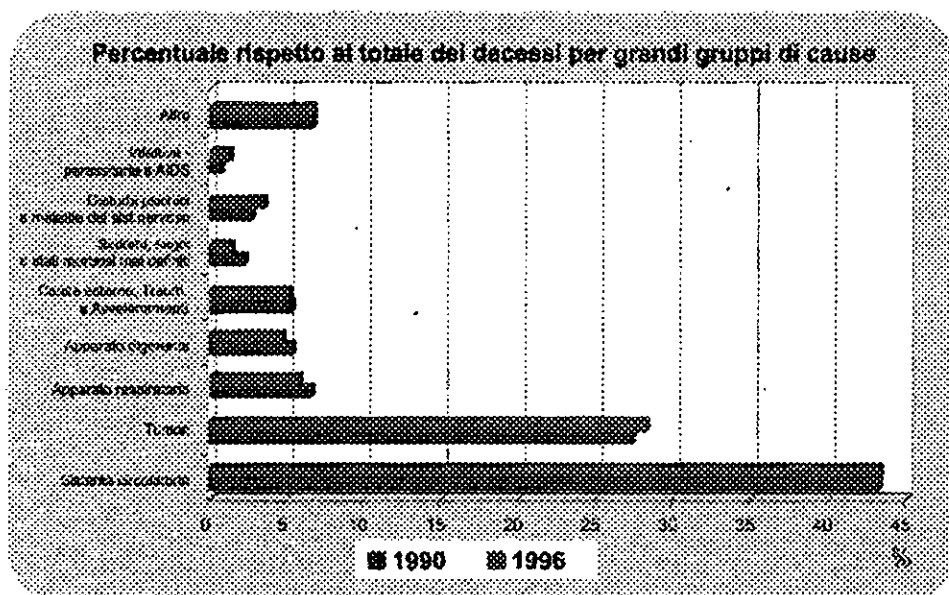
1.2.5 Mortalità per causa

Nella tabella e nel grafico seguenti sono presentati, per grandi gruppi di cause, il numero assoluto di morti ed il contributo percentuale alla mortalità, considerando tutte le persone residenti in Italia (senza distinzioni di genere ed età) per gli anni 1990 e 1996.

**Numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause
e percentuali rispetto al totale dei decessi nel 1990 e nel 1996**

Descrizione causa	Valori assoluti		Valori percent.	
	1990	1996	1990	1996
Sistema circolatorio	233.921	240.072	43,2	43,3
Tumori	147.869	156.572	27,3	28,2
Apparato respiratorio	35.533	32.279	6,6	5,8
Apparato digerente	28.877	26.161	5,3	4,7
Cause esterne, Traum. e Avvelenamenti	28.711	28.036	5,3	5,1
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	12.102	7.986	2,2	1,4
Disturbi psichici e malattie del sist. nervoso	14.552	19.394	2,7	3,5
Infettive - Parassitarie e AIDS	3.876	7.179	0,7	1,3
Altro	36.303	36.897	6,7	6,7
TOTALE	541.744	554.576	100	100

Fonte ISTAT



Fonte ISTAT

Si può osservare come aumenti il contributo delle patologie cronico-degenerative, quali le malattie del sistema circolatorio ed i tumori, il che è legato al processo di continuo invecchiamento della popolazione.

Le malattie del sistema circolatorio continuano ad essere la prima causa di morte: nel 1996, su 100 persone che sono morte in Italia, circa 43 sono decedute in seguito ad una patologia del sistema circolatorio.

La seconda principale causa è costituita dai tumori, a cui nel 1996 è da attribuire poco più del 28% dei decessi.

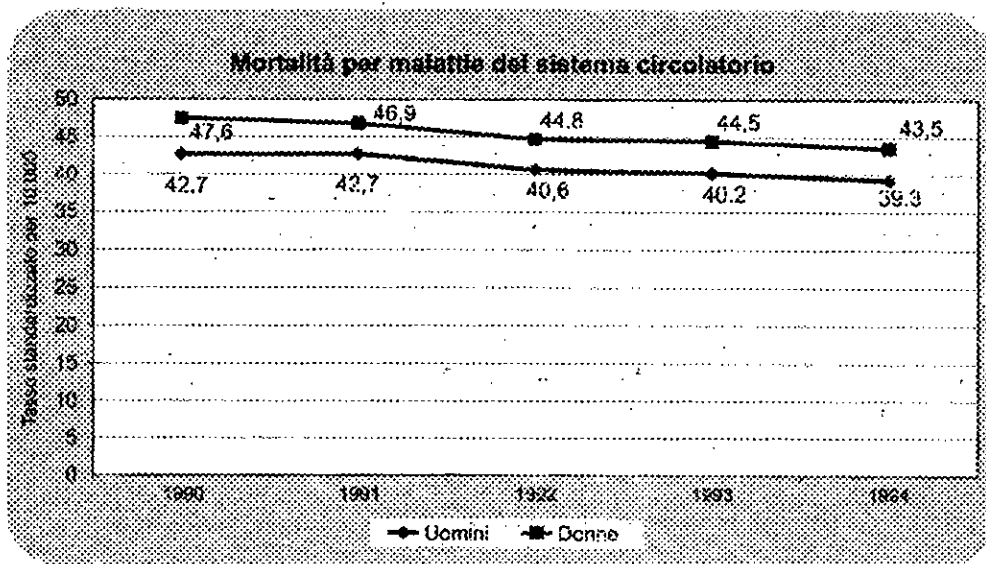
Seguono, con contributi al di sotto del dieci per cento, le altre cause.

Nelle figure seguenti sono mostrati, separatamente per uomini e donne, i tassi di mortalità specifica per alcune selezionate cause di morte, nel periodo di tempo che va dal 1990 al 1994.

La mortalità per **malattie del sistema circolatorio** è andata diminuendo, sia tra gli uomini che tra donne. Osserviamo che tali malattie sono tra le poche patologie in cui la mortalità femminile supera quella maschile: nel 1994 i tassi erano di 43,5 per 10.000 per le donne e 39,3 per gli uomini.

**Aumento
delle patologie
croniche
e degenerative**

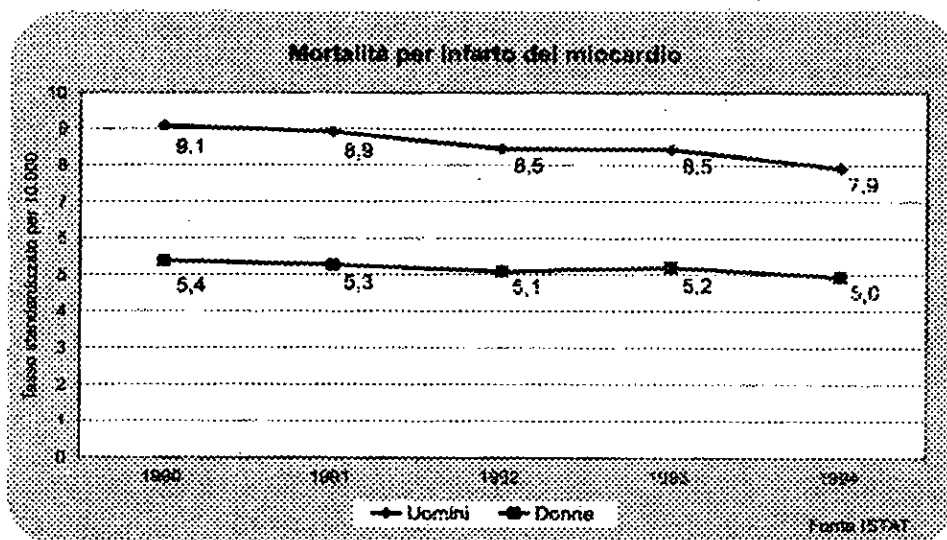
**Malattie
del sistema
circolatorio**



Fonte ISTAT

**Infarto
del miocardio**

È diminuita anche la mortalità per la principale delle patologie cardiovascolari, l'**infarto del miocardio**, che tra gli uomini è diminuita di oltre il 12% in cinque anni, passando da un tasso di 9,1 per 10.000 nel 1990 a 7,9 nel 1994. Tra le donne si è avuto un decremento di circa l'8%, da un tasso di 5,4 per 10.000 nel 1990 a 5,0 nel 1994.

**Tumori maligni**

I **tumori maligni** nel loro complesso hanno subito una riduzione seppure piuttosto contenuta; tra gli uomini si è passati da 33,4 per 10.000 nel 1990 a 32,5 nel 1994. Tra le donne, il tasso era di 22,0 per 10.000 nel 1990 e di 21,8 nel 1994.

