



Rapporto Intermedio

Il costo sociale e sanitario della sedentarietà

5 Marzo 2021

SOMMARIO

1. Introduzione	3
2. Obiettivi.....	6
3. Attività fisica e Sedentarietà	8
4. L'indagine: il questionario e i focus group	34
5. Conclusioni	36
Bibliografia.....	38

1. INTRODUZIONE

Attività fisica e sedentarietà sono due concetti opposti, ma strettamente legati alla qualità della vita e al benessere. Gli stili di vita più sani, dove le persone effettuano più attività fisica e meno attività sedentarie, sono associati non solo ai migliori risultati di salute generale, ma anche a livelli più elevati di fiducia in sé stessi e di benessere. Secondo diversi studi, infatti, una regolare attività fisica, anche moderata, contribuisce a migliorare la qualità della vita in quanto è associata positivamente sia allo stato di salute, sia al grado di soddisfazione degli interessi personali e allo sviluppo delle potenzialità e dei rapporti sociali e aiuta a prevenire e ad alleviare molte patologie croniche. Essendo quindi l'attività fisica un elemento fondamentale per la prevenzione e per la terapia di molte malattie è necessario incentivarla.

Nonostante l'Italia si caratterizzi per un buon livello di attività fisica giornaliera rispetto agli altri Paesi europei, un recente studio (Sisdca, 2018) stima nel Paese circa 2 milioni di persone affette da disturbi alimentari legati anche a stili di vita sedentari e poco inclini all'attività fisica. L'ISTAT stima tra i sedentari, ossia coloro che dichiarano di non praticare alcuno sport o attività fisica nel tempo libero, oltre 23 milioni di persone (39,1% della popolazione) che aumenterebbero con l'età fino ad arrivare a quasi la metà della popolazione di 65 anni e più.

Questo fenomeno è crescente tra i giovani contando circa 8.500 nuovi casi all'anno, sempre più concentrati nella fascia di età inferiore ai 40 anni. L'attitudine alla pratica sportiva non è tuttavia omogenea nelle diverse regioni del Paese anche, probabilmente, per una differente disponibilità di strutture organizzative dal lato dell'offerta e per alcune caratteristiche sociodemografiche e socioculturali che condizionano il comportamento degli individui dal lato della domanda.

Nel contesto europeo l'Italia si caratterizza per un livello abbastanza alto di attività fisica giornaliera praticata nel tempo libero. Secondo dati ISTAT (2019) l'Italia dedica circa 33' al giorno all'attività fisica (sport e/o passeggiate) posizionandosi al quinto posto della graduatoria, pari merito con l'Austria, dopo Spagna (45'), Finlandia e Lussemburgo (35'). Limitandosi, invece, ad esaminare il tempo dedicato alla pratica sportiva è la Finlandia il paese con la popolazione più attiva: 22' al giorno equivalgono, infatti, a oltre due ore e mezza a settimana di attività sportiva pro capite per il complesso della popolazione di 15 anni e più, livello che risponde in pieno alle raccomandazioni dell'Oms per il complesso della popolazione adulta. Germania, Lussemburgo e Norvegia seguono con 19', seguite dall'Austria con 18' al giorno dedicati allo sport, collocandoli molto vicini al traguardo finlandese, mentre in Italia la pratica sportiva è meno diffusa (11') soprattutto nella popolazione adulta.

L'attitudine alla pratica sportiva non è omogenea nelle diverse regioni del Paese anche, probabilmente, per una differente disponibilità di strutture organizzate, di servizi e facilities, di personale specializzato. Nord-est e Nord-ovest sono le ripartizioni geografiche con la quota più elevata di praticanti intorno al 40% seguite dal Centro con il 35% circa. Nelle regioni meridionali e insulari, invece, i livelli di pratica sportiva si attestano intorno al 25%, fatta eccezione per la Sardegna dove il 36,3% pratica attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano le quote più basse sono Campania e Sicilia con valori intorno al 23%. Differenze si rilevano anche considerando l'ampiezza demografica dei comuni, i livelli di pratica sportiva sono più alti nei grandi comuni oltre i 50 mila abitanti e in quelli delle zone limitrofe alle aree metropolitane e nei comuni fino a 10.000 abitanti. Quote meno elevate, invece, nei piccoli comuni fino a 2.000 abitanti.

Pesano nella diffusione della pratica sportiva anche le disuguaglianze socioculturali; la quota di coloro che praticano sport è intorno al 50% fra i laureati, scende al 35% tra i diplomati, al 20% tra chi ha il diploma di scuola media inferiore, per attestarsi sotto il 10% fra coloro che hanno la licenza elementare o nessun titolo di studio.

La ricerca che si intende realizzare approfondirà i gap che riguardano l'attitudine alla pratica sportiva tra il Mezzogiorno e il resto del Paese.

Quest'aspetto è di particolare rilevanza in quando potrebbe fornire indicazioni su quanta parte di questo gap è legato ad un deficit dal lato dell'offerta (infrastrutture sportive) o della domanda (abitudini socioculturali). In questa prospettiva, la ricerca consentirà di aumentare la conoscenza specifica del settore suggerendo indicazioni di policy utili ad incrementare le azioni per la promozione dell'attività fisica e quindi il benessere dei cittadini.

Il progetto di ricerca "Il costo sociale e sanitario della sedentarietà", di cui si presenta in questa sede il rapporto intermedio, è finanziato da Sport e Salute e realizzato in partnership tra UISP – Unione Italiana Sport Per tutti, ente proponente, e SVIMEZ – Associazione per lo Sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno, partner scientifico.

L'obiettivo della ricerca, condotta nei mesi dicembre 2020-settembre 2021, è duplice. Essa vuole da un lato verificare la correlazione tra i fenomeni dell'attività fisica e della sedentarietà rispetto alle condizioni di offerta e domanda delle diverse regioni italiane, con particolare riferimento al Mezzogiorno. Dall'altro, stimare l'impatto economico sul Sistema Sanitario Nazionale del fenomeno della sedentarietà attraverso l'impiego di tecniche statistiche-econometriche.

La ricerca prevede di generare valore al mondo sportivo attraverso la creazione di una base informativa regionale sulle abitudini sportive degli italiani. Inoltre, essa produrrà risultati e stime quantitative utili per il supporto alle decisioni dei policy maker di ambito sportivo.

Tali obiettivi sono meglio esplicitati nella prima sezione del rapporto, in cui sono approfondite anche le attività di ricerca e la metodologia. La seconda sezione del rapporto è dedicata all'analisi descrittiva di indicatori rilevanti riguardanti quattro dimensioni: i)Pratica sportiva e Sedentarietà; ii)Abitudini e stili di vita; iii)Salute; iv)Salute ed economia. L'analisi è condotta sul *data base* di indicatori sul sistema sanitario "*Health for All - Italia*" (aggiornato al 2019) e mette in luce le peculiarità delle regioni italiane, in particolare le differenze tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Sempre nella seconda sezione si presenterà l'analisi relativa allo studio delle determinanti della sedentarietà, approssimata attraverso l'assenza di pratica sportiva, e l'obesità. L'analisi si avvale di modelli econometrici con stimatori PLS (*PartialLeastSquare*). Questi modelli hanno l'obiettivo di individuare la relazione tra gli indici di sedentarietà ed un set di indicatori sociodemografici ed economici. La terza parte presenta il questionario per l'indagine campionaria che si svolgerà tra i mesi di marzo e maggio 2021 e i focus group già realizzati e da realizzare. La sezione finale conclude.

2. OBIETTIVI

Dallo studio della letteratura empirica, è evidente come il fenomeno dell'attività sportiva sia molto complesso coinvolgendo fattori di offerta (strutture, impianti, spazi dedicati, servizi e facilities, personale specializzato) e fattori di domanda connessi alle caratteristiche territoriali e sociodemografiche della popolazione. Altri importanti fattori distintivi sono la condizione professionale e le abitudini nell'uso del tempo libero. Il comportamento sedentario ad esempio è aumentato negli ultimi anni quando hanno preso piede nuove abitudini in cui si sta seduti: andare in macchina, lavorare alla scrivania, mangiare seduti a tavola, giocare ai videogiochi, lavorare al computer, guardare la televisione, ecc.

Partendo da tali considerazioni si propone un'analisi basata su un insieme di indicatori che tenga conto delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione, del contesto territoriale, dell'offerta di strutture per la pratica sportiva, degli stili di vita e dell'uso del tempo libero, dello stato di salute della popolazione. Più precisamente, una volta targettizzata la popolazione di riferimento e grazie all'indagine campionaria sviluppata ad hoc, si procederà con la mappatura della popolazione rispetto ad abitudini sedentarie e le barriere e/o motivazioni alla pratica dell'attività fisica. L'obiettivo è quello di verificare la correlazione tra tali fenomeni e di individuare le aree in cui siano più necessari interventi. Il progetto verte sul Mezzogiorno con particolare riferimento all'ultimo decennio. Il target della ricerca riguarderà diverse fasce di età, diversi contesti culturali e diverse situazione di reddito disponibile.

La metodologia prevede in primo luogo la costruzione di un database informativo sul quale fondare l'analisi relativa all'impatto sociale e all'impatto economico e un'indagine mediante progettazione e somministrazione di questionario CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) per indagare le abitudini di attività fisica e sportiva in particolare in relazione agli effetti legati alla pandemia da Covid-19. Gli indicatori raccolti (ad oggi 66 presi in considerazione, su data base *Health for All – Italia 2019*) costituiscono la base informativa e fanno riferimento a sei aree tematiche che attengono alle caratteristiche della domanda di servizi sportivi in Italia:

- 1) la struttura e la dinamica della popolazione;
- 2) le caratteristiche sociodemografiche della popolazione;
- 3) i livelli di reddito e di consumo;
- 4) gli stili di vita della popolazione e l'uso del tempo;
- 5) lo stato di salute della popolazione.

Il data set di indicatori non include invece quelli relativi all'offerta di servizi sportivi, come la diffusione di strutture ed impianti per la pratica sportiva, che risultano invece al momento indisponibili.

3. ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ

3.1 Dati¹ e analisi descrittiva

Attività fisica e sedentarietà sono due determinanti dello stato di salute, importanti sia in termini di prevenzione che come fattori da considerare nell'approccio terapeutico di molte patologie, principalmente dismetaboliche. Si tratta di fattori che influenzano direttamente la variazione del peso corporeo, la mortalità, soprattutto per cause cardiovascolari, e il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2: la sedentarietà si è infatti dimostrata forte fattore di rischio per tutte le condizioni sopracitate². Al contrario, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità³, una regolare attività fisica unita ad una corretta alimentazione hanno una serie di benefici che contribuiscono ad uno stile di vita sano.

Lo studio dei dati sulla sedentarietà, ma anche sugli stili di vita e sulla salute degli italiani permette di avere un primo quadro generale sulla questione. Di seguito viene riportata un'analisi preliminare di questi fattori nel panorama italiano, condotta in questa sede anche con l'obiettivo principale di analizzare le differenze ripartizionali Centro-Nord/Mezzogiorno e regionali.

I dati sono stati ricavati dal database di indicatori sul sistema sanitario "*Health for All - Italia*" (aggiornato al 2019). Si precisa che l'analisi è condotta rispetto all'ultimo anno disponibile, il 2019, antecedente alla pandemia da SARS-CoV-2 in atto dal 2020 e alle relative restrizioni normative e sociali per il contrasto della diffusione del Covid-19 che hanno fortemente impattato sull'attività fisica, sulla pratica sportiva e, in generale, sugli stili di vita delle persone. I dati, dunque, fotografano la situazione in condizioni di normalità, permettendo confronti con gli anni precedenti in serie storica. Il questionario e l'indagine qualitativa mediante focus group a testimoni privilegiati dell'associazionismo sportivo e dei policy maker andranno a delineare invece i principali cambiamenti legati alla straordinarietà della situazione vigente legata all'emergenza Covid-19.

¹Statistiche aggiuntive sono presentate nell'Appendice 1 della presente relazione.

²Proper e altri (2011), Sedentary Behaviors and Health Outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine* 40(2):174–182.

³Organizzazione Mondiale della Sanità (2015), *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Pratica sportiva e Sedentarietà

Diverse sono le definizioni in letteratura del concetto di sedentarietà⁴. Ai fini della ricerca in questa sede, intenderemo per sedentarietà l'assenza sia di pratica sportiva che di attività fisica. Precisamente, in base al livello di attività fisica svolta, gli individui possono essere divisi in tre categorie⁵: sedentari o inattivi ossia che non svolgono alcuna attività sportiva né fisica; non sufficientemente attivi, ossia che svolgono attività sportiva saltuaria e/o qualche attività fisica; attivi ossia che svolgono attività sportiva in modo continuativo.

Nel 2019 il 35,62% degli italiani non ha praticato alcuno sport o attività fisica (Tab. 1). Negli anni 2001-2013 il tasso di sedentarietà nazionale risulta stabile intorno al 40%, per poi calare nell'ultimo triennio fino a tornare nel 2019 ai livelli del 1997 quando era pari al 35,46% (Fig. 2). La maggiore disponibilità e diffusione di impianti sportivi può aver contribuito all'andamento decrescente dell'inattività della popolazione⁶, favorendo inoltre il trend positivo della quota di popolazione praticante sport in modo continuativo cresciuta dal 17,87% nel 1997 al 26,60% nel 2019 (+8,7%) (Fig. 1). Stabile intorno all'8% con un lieve calo registrato nel 2019 rispetto al 1997 la percentuale degli italiani che praticano sport saltuariamente (Tab. 1).

Fig. 1. *Andamento del tasso % di persone che praticano sport in modo continuativo (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.*

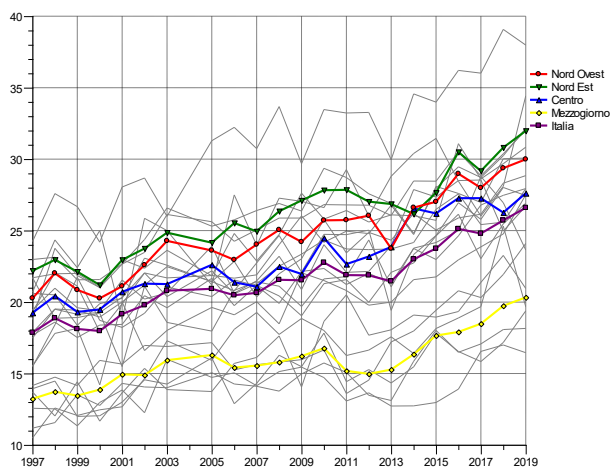
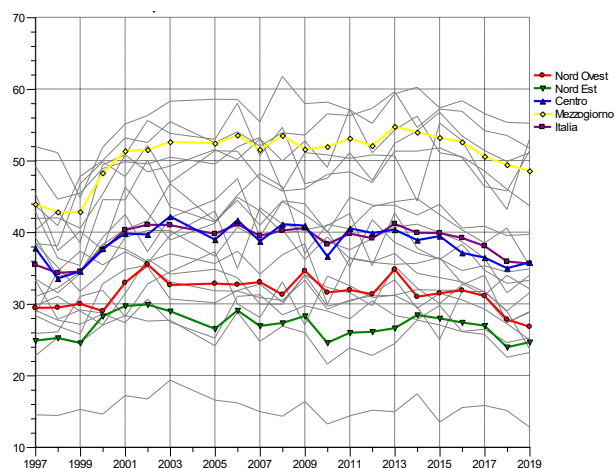


Fig.2. *Andamento del tasso % di persone che non praticano sport né attività fisica (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.*



Fonte: *Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.*

⁴Pate e altri, (2008); The evolving definition of “sedentary.” *Exerc. SportSci.Rev.*, Vol.36, No.4, pp. 173/178. “Un comportamento viene definito sedentario quando non aumenta la spesa energetica significativamente sopra il livello di riposo e include attività come stare seduti, guardare la televisione. In particolare, è un’attività il cui livello di spesa energetica è di 1-1.5 METs (Metabolic Equivalent Units).

⁵Comparative quantification of health risks global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization, 2004.

⁶Pamela Wicker, Kirstin Hallmann, Christoph Breuer (2013), Analyzing the impact of sport infrastructure on sport participation using geo-coded data: Evidence from multi-level models. *Sport Management Review*, Volume 16, Issue 1, pp 54-67.

L'attitudine alla pratica sportiva e all'attività fisica varia sensibilmente da regione a regione, mentre è presente omogeneità nei livelli delle ripartizioni per ogni categoria di attività, con alcune eccezioni. Dal 1997 il Mezzogiorno si conferma come la parte più sedentaria del Paese, con tassi di inattività che superano la media nazionale in tutto il periodo di riferimento e addirittura riguardano oltre metà della popolazione dai 3 anni in su dal 2001 al 2017 (Fig. 2). Nell'ultimo triennio si assiste ad un lieve calo dell'inattività che nel 2019 fa registrare una quota di popolazione sedentaria al Mezzogiorno pari al 48,56 %, con un peggioramento di quasi il 5% rispetto al 1997 (Tab.1).

Tab.1. *Pratica Sportiva e Sedentarietà in Italia per regioni e ripartizioni, confronto tra 1997 e 2019. Dati espressi in %sulla popolazione(maschi e femmine) dai 3 anni in su.*

Regioni e Ripartizioni	Praticano sport in modo continuativo		Praticano sport in modo saltuario		Praticano qualche attività fisica		Non praticano sport né attività fisica	
	1997	2019	1997	2019	1997	2019	1997	2019
Piemonte	17,88	27,45	10,90	9,85	41,35	33,83	29,72	28,80
Valle d'Aosta	20,69	34,43	21,55	13,11	31,90	29,51	25,86	23,77
Lombardia	18,78	32,03	8,48	10,72	38,82	32,16	33,35	24,98
Trentino-Alto Adige	24,24	37,98	19,59	14,73	41,56	34,40	14,50	12,79
Veneto	22,98	32,17	12,25	10,94	41,98	33,71	22,74	23,19
Friuli-Venezia Giulia	19,32	30,08	9,70	10,71	41,78	33,81	29,11	25,23
Liguria	21,70	23,65	11,33	8,98	37,97	34,15	28,60	33,29
Emilia-Romagna	21,70	30,84	10,50	10,42	39,43	29,75	28,36	28,92
Toscana	20,61	28,85	9,35	7,64	36,35	31,99	33,48	31,55
Umbria	15,49	27,94	5,95	7,33	32,71	30,50	45,48	33,99
Marche	17,48	27,94	8,13	9,81	35,88	30,09	38,45	32,10
Lazio	19,44	26,71	6,95	7,41	34,11	26,06	39,34	39,69
Abruzzo	15,53	27,51	8,13	6,63	32,85	30,63	42,93	35,31
Molise	13,71	20,95	5,61	6,42	31,46	19,59	49,22	53,04
Campania	12,57	16,46	5,83	4,76	37,32	27,05	43,74	51,74
Puglia	14,16	24,10	6,90	6,84	36,69	25,38	41,94	43,68
Basilicata	10,49	19,67	6,26	6,19	44,50	22,77	38,41	51,37
Calabria	13,94	19,39	7,52	4,69	37,71	24,76	40,27	51,11
Sicilia	11,18	18,16	6,35	5,12	29,50	21,44	51,97	55,22
Sardegna	17,68	26,91	7,22	7,40	43,84	30,87	31,01	34,88
Nord-Ovest	20,27	29,99	10,97	10,34	38,97	32,78	29,43	26,81
Nord-Est	22,19	31,98	11,95	11,06	40,95	32,25	24,85	24,65
Nord	21,06	30,83	11,37	10,64	39,79	32,56	27,54	25,91
Centro	19,25	27,62	7,79	7,78	34,95	28,76	37,79	35,78
Sud	13,44	20,33	6,61	5,61	36,95	26,26	42,54	47,79
Isole	12,78	20,32	6,57	5,68	33,05	23,77	46,79	50,18
Mezzogiorno	13,23	20,33	6,60	5,63	35,69	25,46	43,91	48,56
Italia	17,87	26,60	8,95	8,36	37,37	29,38	35,46	35,62

Fonte: *Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.*

Le peggiori performance in termini di sedentarietà sono registrate nelle Isole, soprattutto Sicilia, dove i livelli di sedentarietà restano superiori al 50% nel 2019. La forbice nella performance del Mezzogiorno rispetto al Centro-Nord, che registra invece un tasso di sedentarietà del 30% nel 2019 e in calo rispetto al 1997 (Tab. 1), può essere spiegata sia dalle differenze socioculturali che dalle diverse caratteristiche dell'offerta in termini di infrastrutture. Su tali determinanti si indagherà nell'analisi quantitativa della sezione successiva del rapporto.

Riguardo la pratica sportiva, è ancora più netta la distinzione tra le ripartizioni e più ampia la forbice tra il Centro-Nord, in cui si concentra la quota maggiore di attivi, e il Mezzogiorno che registra i valori più bassi per tutto il periodo analizzato (Fig. 3). Nel 2019 nelle regioni centro-settentrionali la quota media di popolazione che pratica sport in maniera continuativa è pari al 29,2% contro il 20% registrato nelle regioni Mezzogiorno. Il trend positivo di aumento costante della pratica sportiva a livello nazionale riguarda tutte le ripartizioni (Fig. 1). È nel Nord Est nel 2019 si raggiunge il picco massimo pari quasi al 32% di popolazione che pratica sport regolarmente, seguito da Nord Ovest (30%), Centro (27,6%) e infine Sud e Isole (20,3%) (Tab.1).

Andando ai confronti regionali (Fig. 3 e Fig. 4), un'eccezione all'alta percentuale di sportivi al Nord è rappresentata dalla Liguria, dove solo il 23,65% degli abitanti è sportivo rispetto alle altre regioni che registrano tassi di sportivi superiori al 30% ad eccezione del Piemonte (27,45%). La Liguria inoltre registra inoltre il più alto tasso di sedentarietà del Nord (33,29%). All'opposto il Trentino-Alto Adige è la regione italiana con il più alto tasso di persone che praticano sport in modo continuativo (quasi 38%) e il più basso tasso di sedentarietà, il 12,79%. Più omogenea la quota di sportivi e sedentari nelle regioni del Centro ad eccezione del Lazio dove si registra una quota di inattivi pari quasi al 40% della popolazione superiore alla media ripartizionale, con un tasso di sportivi (26,7%) poco al di sotto di quello registrato da Toscana, Umbria e Marche.

Il Mezzogiorno si presenta speculare al Centro-Nord: nelle regioni del Mezzogiorno si registrano infatti i picchi più bassi di attività sportiva continuativa e quelli più alti di sedentarietà.

I sedentari si concentrano prevalentemente in Sicilia (55,22%) e Molise (53,04%). Anche Basilicata, Calabria, Campania registrano quote di inattivi superiori alla metà della popolazione (poco al di sopra del 51%), valori che scendono in Puglia (43,68%) e in Abruzzo e Sardegna che performano come regioni del Centro con circa il 35% dei sedentari (Fig. 4) e con quota di sportivi di circa il 27% della popolazione (Fig. 3).

Fig.3. Confronto regionale per tasso % di popolazione che pratica sport in modo continuativo (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia nel 2019.

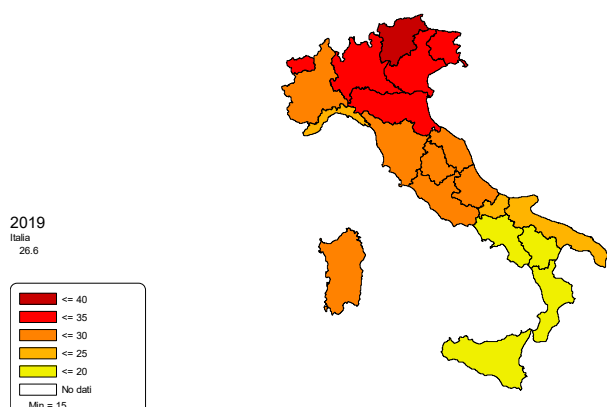
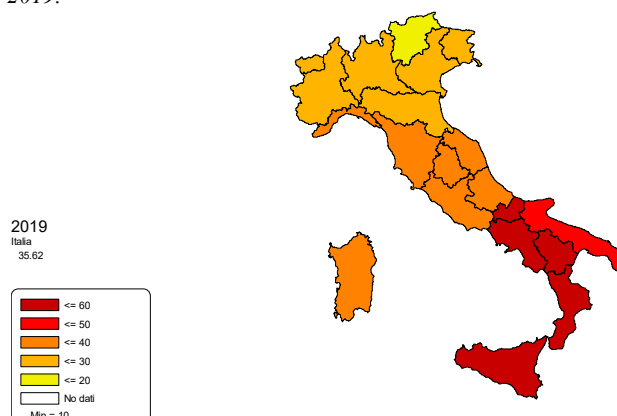


Fig. 4. Confronto regionale per tasso % di sedentarietà, quota di popolazione che non pratica sport modo continuativo né attività fisica (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia nel 2019.



Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

La più bassa quota percentuale di coloro che praticano sport in maniera continuativa in Italia è registrata in Campania (16,46%) e Sicilia (18,16%), Basilicata e Calabria (circa il 19%).

In ultimo dal 1997 al 2019 il tasso di italiani sufficientemente attivi è diminuito: la percentuale di persone che praticano sport in modo saltuario vede una leggera flessione dal 8,95% all'8,36%, mentre coloro che praticano una qualunque attività fisica sono calati dal 37,37% al 29,38%. In questa categoria, il Mezzogiorno si caratterizza per un distacco minore rispetto alle regioni del Centro-Nord: il Nord-Est si conferma come il più performante, mentre Campania e Calabria per coloro che praticano sport saltuariamente, e Sicilia e Molise per coloro che praticano qualche attività, restano in fondo alla classifica.

Abitudini e stili di vita

Lo stile di vita, come anticipato, è una delle principali determinanti dello stato di salute individuale: la letteratura concorda nell'associare determinati comportamenti e abitudini, come fumo e consumo di alcolici, alle condizioni di salute delle persone, con un effetto diretto nello sviluppo di malattie croniche.⁷

Si analizzano pertanto di seguito i dati relativi alle abitudini menzionate, il fumo e il consumo di alcolici nella popolazione italiana degli ultimi 15 anni.

⁷Keeler e altri (1989). The external cost of a sedentary lifestyle. AJPH, Vol. 79, No. 8.

Dal 1993 al 2019, in Italia si è verificata una diminuzione del numero di fumatori: dal 25,75% al 18,63% della popolazione dai 15 anni in su (Fig.5). Il tasso più elevato si registra nel 1996 quando gli italiani fumatori rappresentavano circa il 26,7% della popolazione mentre quello più basso è proprio nell'ultimo anno analizzato, il 2019. Il trend decrescente potrebbe essere favorito dall'aumento degli studi che dimostrano la dannosità del fumo per la salute e lo attestano come una delle principali cause di cancro ai polmoni⁸, dalle campagne di comunicazione volte alla sensibilizzazione sugli effetti del fumo e dall'ingresso e diffusione sul mercato delle sigarette elettroniche. Il tasso più alto di fumatori si concentra al Centro, con valori che restano sopra la media nazionale per tutto il periodo considerato, superato anche dal Nord Ovest in alcuni anni. Il Mezzogiorno, invece, resta vicino alla media nazionale soprattutto nell'ultimo triennio, seguito dal Nord Est, con tassi sempre al di sotto. Nonostante la diminuzione dei fumatori sia evidente in ogni ripartizione, è proprio nelle regioni del Centro che la quota percentuale di fumatori resta sopra il 20% anche nel 2019, ossia a fumare è una persona su 5 (Fig. 5; Tab. 2).

Fig.5. Andamento del tasso % di fumatori (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.

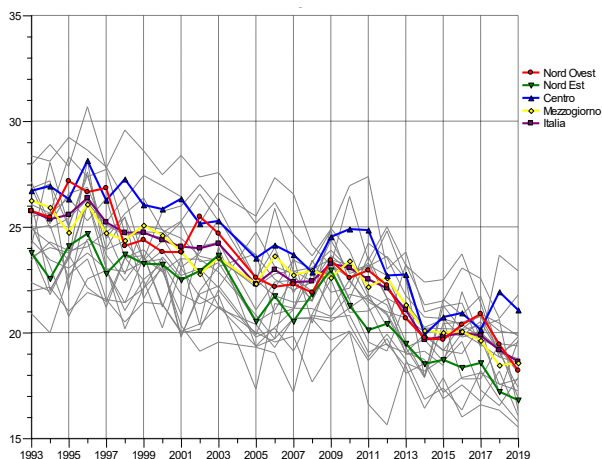
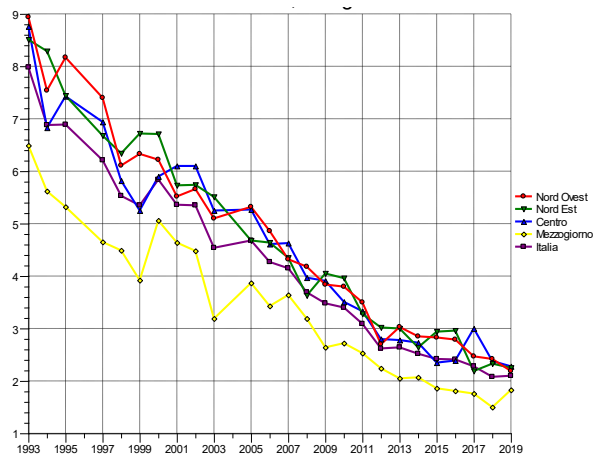


Fig.6. Andamento del tasso % di consumatori di oltre 0,5 l di vino al giorno (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.



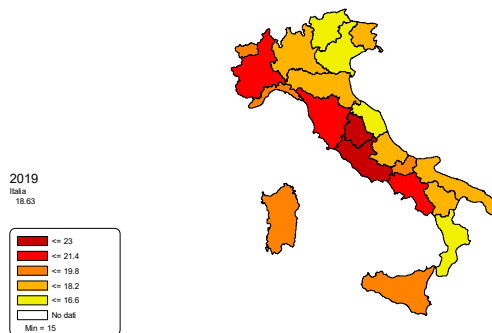
Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

Con attenzione alle singole regioni, un'eccezione alla percentuale media di fumatori nel Mezzogiorno è la Campania che nel 1993 ha registrato un tasso di fumatori del 28,36%, più alto della media meridionale (26,25%), superata di poco anche dalle Isole (26,69%). Nel 2019 la Campania si conferma la regione del Mezzogiorno con il più alto tasso di fumatori (Fig. 7). La percentuale più bassa di fumatori, invece, si registra nel Veneto, dove tocca il 15,79% nel 2019.

⁶World Health Organization (2019). European tobacco use – trends report 2019.

Nello stesso anno, la percentuale più alta, invece, si è registrata nel Lazio (22,92%), seguito dall' Umbria (21,78%) (Fig. 7).

Figura 7. Confronto regionale per tasso % di fumatori sulla popolazione (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia nel 2019.



Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

Riguardo il consumo di alcolici, è stata dimostrata la correlazione con l'insorgenza e l'aumento del rischio di diverse patologie, tra cui cirrosi, tumori e depressione, che aumentano all'aumentare della quantità consumata.⁹ Per la successiva analisi si considerano i consumatori abituali eccedentari di vino o birra, cioè coloro che ne bevono oltre 0,5 litri al giorno, in quanto ritenuto un consumo a rischio in termini sia di quantità che di frequenza secondo i limiti massimi individuati dagli organismi di tutela della salute.

In Italia, la percentuale di consumatori di oltre mezzo litro di vino o birra al giorno è stato del 2,10% e 0,73% rispettivamente nel 2019. Dal 1993 il tasso a livello nazionale di coloro che consumano vino in modo eccessivo, come individuato per il trend dei fumatori, si è ridotto in modo significativo (del 5% circa), rimanendo stabile nell'ultimo biennio (Fig.6). La più bassa quota percentuale di consumatori eccessivi di vino e birra a rischio si concentra al Mezzogiorno con quote medie rispettivamente dell'1,83% e 0,79%. Ciò grazie ai consumi nelle Isole che si presentano i più bassi rispetto alla media nazionale (1,23% i consumatori eccessivi di vino e 0,67% quelli di birra) (Tab.2).

Stabile tra 0,7 e 0,8% il tasso di consumatori a rischio di birra dal 2013. Questi si concentrano al Sud (0,84%), seguiti dal Nord Ovest (0,72%). La più bassa quota percentuale di consumatori eccessivi di birra si registra nel Centro e nelle Isole, entrambe con un valore di 0,87%. Questo dato è stato ribaltato rispetto ai valori registrati nel 1993, quando al Sud si contava una percentuale di consumatori eccedentari dello 0,77%, più bassa rispetto all'1,70% delle Isole: rispettivamente il tasso più basso e più alto dell'anno (Tab. 2).

⁹World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health 2018.

Tab.2. Fumatori, consumatori di oltre 0,5 l di vino e di oltre 0,5 l di birra al giorno per ripartizioni, confronto tra 1993 e 2019. Dati espressi in % sulla popolazione (maschi e femmine) dai 15 anni in su.

Regioni e Ripartizioni	Fumatori		Vino		Birra	
	1993	2019	1993	2019	1993	2019
Nord-Ovest	25,76	18,21	8,94	2,19	1,02	0,72
Nord-Est	23,79	16,81	8,51	2,25	0,88	0,71
Nord	24,95	17,62	8,77	2,22	0,96	0,72
Centro	26,71	21,07	8,76	2,28	0,84	0,67
Sud	26,04	18,12	7,86	2,12	0,77	0,84
Isole	26,69	19,51	3,64	1,23	1,70	0,67
Mezzogiorno	26,25	18,57	6,49	1,83	1,07	0,79
Italia	25,75	18,63	7,98	2,10	0,98	0,73

Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

Salute

Come anticipato precedentemente, la variazione di peso è una conseguenza diretta dell'attitudine all'attività fisica dell'individuo: mantenendo costanti altri fattori, una persona sedentaria tende ad avere un peso maggiore rispetto ad un individuo attivo. Dunque, per poter analizzare il costo della sedentarietà, è importante considerare anche i dati relativi agli eccessi di peso.

In questa sede, per persona con eccesso di peso si intende una persona il cui Indice di Massa Corporea¹⁰ (IMC) supera le soglie definite da Cole e Lobstein¹¹; per persona sovrappeso si intende una persona con un IMC compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m²; mentre per persona obesa, una persona con un IMC maggiore o uguale a 30.0 kg/m².¹²

Nel 2019 il 35,44% della popolazione italiana, dai 18 anni in su, era sovrappeso (Tab. 3). Dal 2007, il tasso risulta stabile al di sopra del 35%, dopo un aumento rispetto ai livelli del 1997 quando era pari a 32,78% (Fig. 10). Anche la quota di persone obese è cresciuta dal 7,31% nel 1997 al 10,95% nel 2019: stabile attorno al 10% nel periodo che va dal 2005 al 2015, è aumentata soprattutto nell'ultimo quadriennio.

¹⁰L'indice di massa corporea è uguale a [Peso in kg]/ [Altezza in m].

¹¹Cole T.J., Lobstein T. (2012) Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *PediatrObes*.

¹² Epicentro, Istituto Superiore di Sanità. Indicatori Passi: sovrappeso e obesità.

È chiara una distinzione tra le ripartizioni (Fig.8), soprattutto tra le regioni del Mezzogiorno, in cui si concentra la percentuale più alta di persone sovrappeso (38,23%) e quelle del Nord, dove invece registra la quota più bassa (33,24%), con il tasso più basso al Nord Ovest. La forbice tra Mezzogiorno e Nord Ovest si riduce se si guarda all'obesità: 12,08% e 10% rispettivamente, mentre è al Centro che si registra la percentuale più bassa di persone obese (9,88%) (Tab. 3).

Tab.3. *Persone sovrappeso, persone obese e con eccesso di peso: dati espressi in percentuale (maschi e femmine) su popolazione dai 18 anni in su per sovrappeso e obesità, dai 6 ai 17 anni per eccesso di peso.*

Regioni e Ripartizioni	Sovrappeso		Obesità		Eccesso di peso	
	1997	2019	1997	2019	1997	2019
Piemonte	27,95	33,39	6,56	9,81	23,49	21,20
Valle d'Aosta	28,34	31,88	6,70	10,23	14,29	21,43
Lombardia	29,90	32,14	6,02	10,02	20,73	20,07
Trentino-Alto Adige	29,44	30,41	4,76	8,26	20,45	14,18
Veneto	32,69	33,09	7,54	11,24	24,16	24,86
Friuli-Venezia Giulia	31,71	32,56	7,87	11,08	20,00	23,62
Liguria	30,68	33,10	5,94	10,38	16,67	15,69
Emilia-Romagna	31,88	36,64	7,25	12,32	23,13	22,01
Toscana	31,16	34,57	6,92	9,61	19,28	22,08
Umbria	36,64	34,17	8,70	11,61	26,88	26,32
Marche	31,03	34,38	8,43	11,58	24,12	24,71
Lazio	31,85	37,11	6,13	9,34	26,96	19,08
Abruzzo	38,14	34,19	7,36	12,73	28,28	30,99
Molise	36,47	37,92	10,87	14,99	32,43	35,48
Campania	38,23	39,54	8,79	11,73	36,65	36,95
Puglia	35,37	39,16	8,77	12,79	30,27	34,70
Basilicata	36,26	38,92	10,63	13,68	27,54	40,00
Calabria	35,70	39,15	7,60	12,59	30,53	24,11
Sicilia	36,35	37,97	8,61	12,60	31,70	26,70
Sardegna	32,67	34,22	7,25	7,90	17,78	20,13
Nord Ovest	29,41	32,58	6,17	10,00	21,04	20,00
Nord Est	32,00	34,15	7,23	11,37	23,09	22,41
Nord	30,47	33,24	6,61	10,57	21,93	21,01
Centro	31,88	35,75	6,89	9,88	24,41	21,28
Sud	36,89	38,80	8,61	12,41	32,78	34,19
Isole	35,43	37,01	8,26	11,39	28,81	25,38
Mezzogiorno	36,42	38,23	8,50	12,08	31,53	31,35
Italia	32,78	35,44	7,31	10,95	23,49	21,20

Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Andando ai confronti regionali, la Valle D'Aosta e il Trentino-Alto Adige sono le regioni con la percentuale più bassa di persone sovrappeso nel Paese: 31,88% e 30,41% rispettivamente (Fig. 8; Tab. 3). Nel Mezzogiorno si trova la regione con il tasso più elevato: la Campania con 39,54%. Questo dato viene controbilanciato dalle basse quote della Sardegna (34,22%) e dell'Abruzzo

(34,19%) che si collocano anche al di sotto della media nazionale. L'Emilia-Romagna (36,64%) si attesta come un'eccezione alla bassa quota di persone sovrappeso al Nord, le cui altre regioni registrano tassi inferiori al 33% circa.

Con attenzione all'obesità, il tasso di persone obese varia sensibilmente da regione a regione e manca un'omogeneità a livello delle ripartizioni. La regione con il tasso più elevato di persone obese è il Molise (quasi il 15%), seguita dalla Basilicata (13,68%) mentre quello più basso è anche in questo caso la Sardegna (7,25%): in controtendenza con i dati delle altre regioni del Sud e delle Isole dove il tasso di obesità supera il 12%, ad eccezione della Campania dove è leggermente più basso (11,7%).

Considerando il fenomeno nei minori, le persone con eccesso di peso con età compresa tra i 6 e i 17 anni nel Mezzogiorno sono il 31,35%. Il Mezzogiorno si conferma come la parte del Paese con la più alta concentrazione di persone con eccesso di peso anche per i minorenni, seguito da Nord Est (22,41%), Centro (21,28%) e Nord Ovest (20%). La regione con la quota più bassa è il Trentino-Alto Adige (14,18%), mentre quella con la quota più alta è la Basilicata con un valore allarmante del 40,00%, ossia 2 ragazzi su 5 sono in eccesso di peso (Fig. 9).

All'interno delle ripartizioni, i livelli non si presentano omogenei. L'Umbria (26,32%) si colloca ben al di sopra delle altre regioni del Centro, valore compensato dal Lazio (19,08%). Al contrario, la Sardegna (20,13%) e la Calabria (24,11%) registrano valori ben inferiori rispetto alla media meridionale: se 2 minori su 5 registrano un eccesso di peso in Basilicata, in queste regioni sono circa la metà.

Altro indicatore del livello di salute è la speranza di vita, il più utilizzato per misurare la salute in termini di quantità della vita più che di qualità. Risulta utile nella computazione del costo della sedentarietà: le persone sedentarie tendono ad avere una vita più breve e ad avere un livello di salute peggiore rispetto alle persone attive, dunque le spese sanitarie aumentano, ma possono ridursi altri valori di spesa pubblica come, ad esempio, le pensioni. Allo stesso tempo, l'attività fisica si dimostra benefica per l'aspettativa di vita: chi cammina regolarmente tende a recuperare il tempo speso in termini di speranza di vita futura.¹³

¹³Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC (1986). Physical activity all-cause mortality and longevity of college alumni. *N Engl J Med*; 314:605-613.

Fig.8. Confronto regionale per tasso % di popolazione sovrappeso (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia nel 2019.

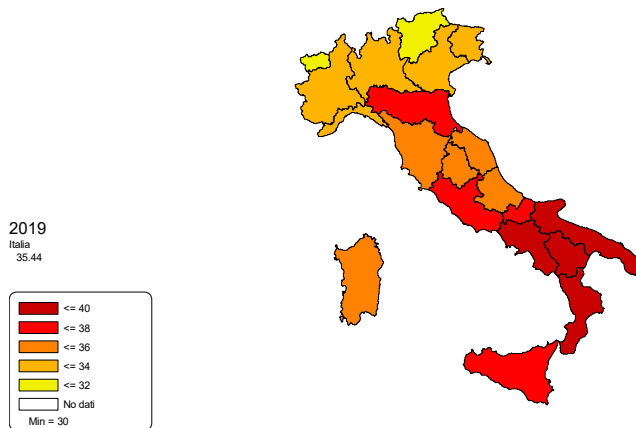


Fig.9. Confronto regionale per tasso % di popolazione con eccesso di peso (maschi e femmine dai 6 ai 17 anni) in Italia nel 2019.

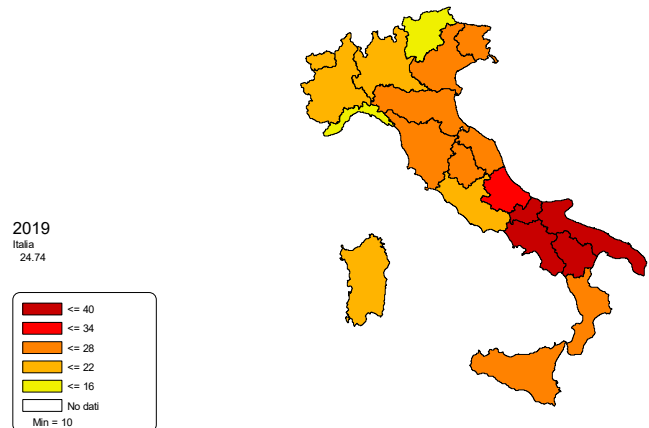


Fig.10. Andamento del tasso % di persone sovrappeso (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.

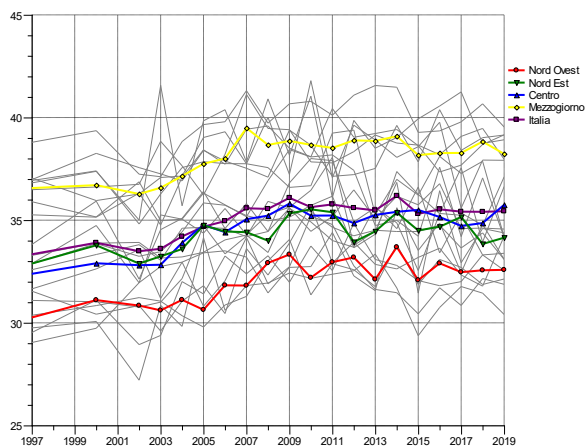
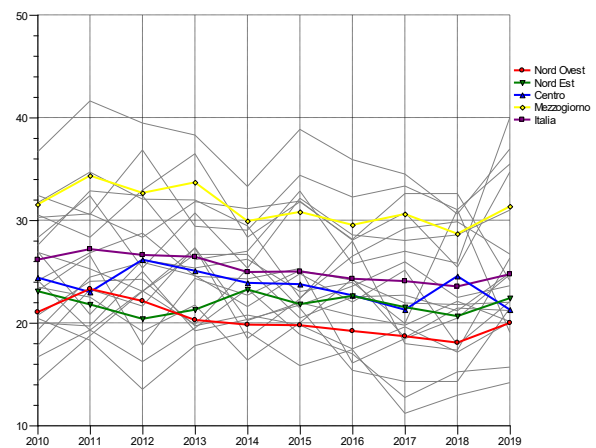


Fig.11. Andamento del tasso % di persone con eccesso di peso (maschi e femmine dai 6 ai 17 anni) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

In Italia, dal 1981 al 2019 la speranza di vita alla nascita è aumentata sia per le donne, le quali registrano un'aspettativa di vita maggiore, che per gli uomini: da 77,24 a 85,42 anni per le prime e da 70,49 a 81,13 anni per i secondi. Il miglioramento può essere spiegato sia dalla diminuzione della mortalità infantile insieme alla riduzione dei decessi a causa di malattie infettive nel periodo che da un generalizzato miglioramento della salute.¹⁴

Dal 1990 in poi, per le donne, la maggiore aspettativa di vita si attesta al Nord Est, dove gli uomini dovranno aspettare fino al 2010 per avere una vita media maggiore del resto degli italiani. Il Nord-Ovest ed il Centro, invece, si registrano vicini alla media nazionale: per le donne fa meglio, seppur di poco, il Centro rispetto al Nord Ovest. Il Mezzogiorno si presenta come la ripartizione con la vita media più bassa d'Italia: le Isole registrano i più bassi livelli di speranza di vita sia per le

¹⁴Max Roser, Esteban Ortiz-Ospina and Hannah Ritchie (2013) - "Life Expectancy".

donne che per gli uomini. Per entrambi i sessi, la regione con l'aspettativa di vita minore è la Campania: 79,68 per gli uomini e 83,92 per le donne. L'unica altra regione che registra una vita media al di sotto degli 80 anni per gli uomini è la Valle d'Aosta (79,90): un'eccezione rispetto alle altre regioni del Nord Ovest la cui vita media supera 80,76 anni. Al contrario, gli uomini del Trentino-Alto Adige hanno una vita media di 81,54 anni e le donne di 86,45 anni, le più alte d'Italia. Andando ai confronti regionali per le donne, ad eccezione del Piemonte che registra la speranza di vita minore del Nord con un valore di 85,20 anni, non ci sono variazioni significative all'interno delle ripartizioni (Fig. 12 e Fig. 13).

Se la speranza di vita alla nascita indica la vita media e permette di capire quanto un individuo sedentario grava sul sistema fiscale nazionale, la speranza di vita in buona salute all'età di 65 anni permette di capire quanto un individuo graverà sulla spesa sanitaria pubblica da adulto. Altro indicatore utile a capire il costo in termini di spesa sanitaria è il tasso di persone in cattiva salute.

Pertanto di seguito un'analisi di questi indicatori nel panorama italiano (Tab. 4).

In Italia dal 2000 al 2019 si è verificato un aumento per entrambi i sessi della speranza di vita in buona salute a 65 anni: da 3 a 8 anni per gli uomini e da 3 a 7 anni per le donne.

Il Mezzogiorno si conferma il peggiore con un'aspettativa di vita in buona salute di 6 e 5 anni per uomini e donne rispettivamente. La forbice tra Mezzogiorno e Nord si acuisce dal 2005 in poi per gli uomini e dal 2009 per le donne. La Calabria registra la speranza di vita in buona salute più bassa per entrambi i sessi: 5 anni per gli uomini e 3 per le donne, significativamente minori rispetto all'aspettativa di 11 anni del Trentino-Alto Adige. Per le donne, è presente una maggiore omogeneità all'interno delle ripartizioni ed una distinzione più netta tra Nord (5,65 anni), Centro (6,76) e Mezzogiorno (7,08) (Fig.14 e Fig.15).

Considerando il tasso di persone in cattiva salute, dal 2010 è stabile tra il 6% e il 7% e si attesta al 6,36% nel 2019 (Fig. 17). Dal 2009, il Mezzogiorno registra la quota più elevata di persone in cattiva salute che, in tutto il periodo di riferimento, supera la media nazionale. Nell'ultimo triennio, la quota meridionale è scesa di un punto percentuale: dall'8% circa al 7,08%. Il Centro, invece, resta stabile attorno alla media nazionale, mentre il Nord sempre al di sotto. La quota più bassa di persone in cattiva salute in Italia si registra nel Trentino-Alto Adige (3,39%), mentre la più alta in Sardegna (9,70%).

Andando ai confronti regionali, la Campania e il Molise con valori di circa 5,3% registrano delle quote ben al di sotto della media meridionale e nazionale. Nel Centro, è la Toscana che

abbassa la media con un valore di 5,99%, circa due punti percentuali più basso del tasso in Umbria (7,35%) e nelle Marche (7,66%) (Fig. 16).

Fig.12. Confronto regionale per speranza di vita alla nascita (maschi) in Italia nel 2019.

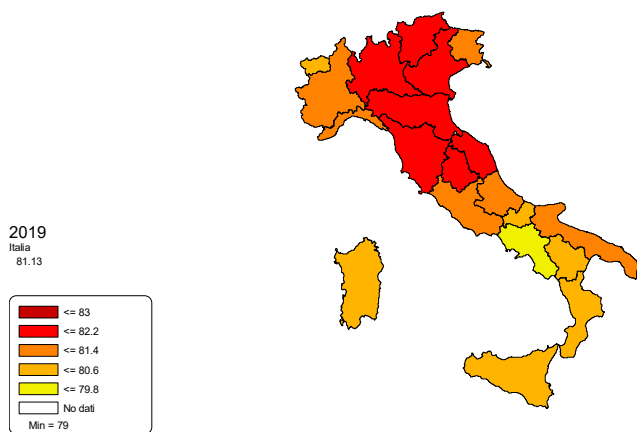


Fig.13. Confronto regionale per speranza di vita alla nascita (femmine) in Italia nel 2019.

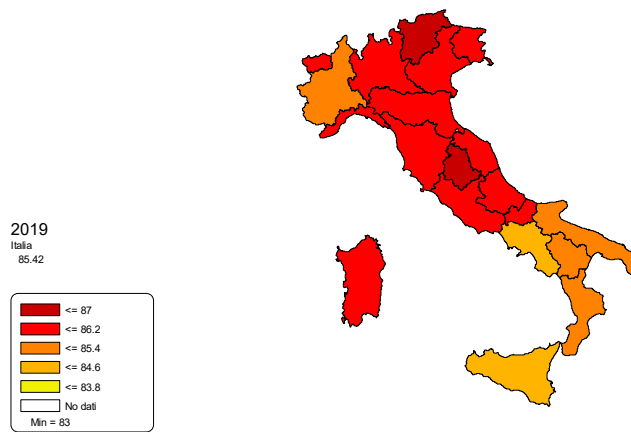


Fig.14. Confronto regionale per speranza di vita in buona salute a 65 anni (maschi) in Italia nel 2019.

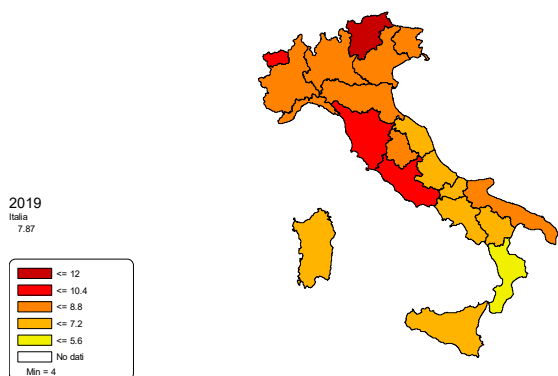


Fig.15. Confronto regionale per speranza di vita in buona salute a 65 anni (femmine) in Italia nel 2019.

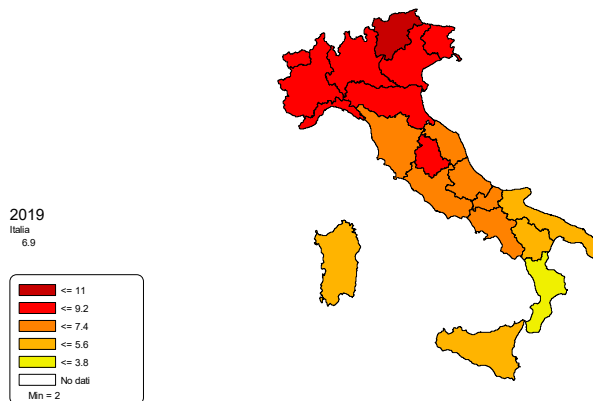


Fig.16. Confronto regionale per tasso % di persone in cattiva salute (maschi e femmine dai 14 anni in su) in Italia nel 2019.

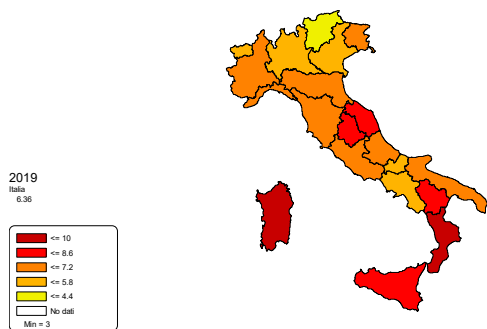
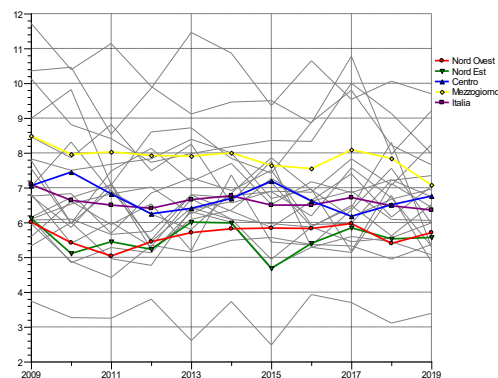


Fig.17. Andamento del tasso % di persone in cattiva salute (maschi e femmine dai 14 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 2009 al 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Tab.4. *Speranza di vita alla nascita per ripartizione, confronto tra 1980 e 2019 per maschi e femmine. Speranza di vita in buona salute a 65 anni per ripartizione, confronto tra 2000 e 2019 per maschi e femmine. Tasso di persone in cattiva salute per ripartizione, confronto tra 2009 e 2019 per maschi e femmine dai 14 anni in su.*

Regioni e Ripartizioni	Alla nascita (M)		Alla nascita (F)		In buona salute (M)		In buona salute (F)		Persone in cattiva salute	
	1980	2019	1980	2019	2000	2019	2000	2019	2009	2019
Piemonte	70,11	80,76	77,14	85,20	4	8	4	7	6,07	6,06
Valle d'Aosta	70,11	79,90	77,14	85,58	4	10	3	9	5,33	4,87
Lombardia	68,97	81,54	77,11	85,90	4	9	4	8	5,97	5,37
Trentino-Alto Adige	69,14	81,88	78,06	86,45	6	11	6	11	3,74	3,39
Veneto	69,37	81,72	77,53	86,09	5	9	4	8	6,11	5,07
Friuli-Venezia Giulia	68,79	81,30	77,41	85,86	4	8	4	9	5,59	5,98
Liguria	70,93	80,88	78,05	85,50	4	8	4	8	6,15	7,04
Emilia-Romagna	71,20	81,65	78,32	85,68	5	8	3	8	6,82	6,52
Toscana	71,63	81,70	78,57	85,77	3	9	3	7	6,77	5,99
Umbria	71,99	82,05	78,46	86,23	3	8	2	8	8,99	7,66
Marche	72,39	81,95	78,61	86,10	3	7	3	7	6,76	7,35
Lazio	70,72	81,35	77,23	85,46	3	9	3	7	7,03	6,96
Abruzzo	72,07	81,16	77,57	85,67	3	7	2	6	7,55	6,74
Molise	72,07	80,46	77,57	85,71	3	6	2	6	7,79	5,30
Campania	69,49	79,68	74,90	83,92	3	6	3	6	6,10	5,32
Puglia	71,71	81,36	76,88	85,35	3	7	3	5	7,83	6,44
Basilicata	72,35	80,39	76,83	84,78	2	6	2	5	8,46	8,24
Calabria	72,22	80,31	77,10	84,80	2	5	2	3	11,72	9,21
Sicilia	71,65	80,18	76,24	84,17	3	6	2	5	10,13	7,98
Sardegna	71,87	80,41	78,01	85,84	3	7	3	5	10,36	9,70
Nord Ovest	69,61	81,26	77,29	85,66	4	9	4	8	6,01	5,71
Nord Est	70,04	81,67	77,92	85,94	5	9	4	8	6,12	5,57
Nord	69,79	81,43	77,55	85,78	4	9	4	8	6,06	5,65
Centro	71,39	81,61	78,05	85,72	3	9	3	7	7,06	6,76
Sud	70,97	80,49	76,25	84,74	3	6	2	5	7,69	6,44
Isole	71,69	80,24	76,63	84,58	3	6	3	5	10,18	8,41
Mezzogiorno	71,22	80,41	76,37	84,69	3	6	3	5	8,49	7,08
Italia	70,49	81,13	77,24	85,42	3	8	3	7	7,09	6,36

Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Salute ed economia

Come anticipato precedentemente parte del costo totale della sedentarietà deriva dalla spesa sanitaria, sia pubblica che privata, per curare le malattie dovute alla scarsa attività fisica. La successiva analisi riguarda queste variabili: la spesa sanitaria pubblica corrente procapite dal 1999 al 2019 e la spesa sanitaria delle famiglie dal 1990 al 2018.

La spesa sanitaria pubblica in Italia ha subito un aumento da 1.042€ del 1999 a 1.904€ del 2019: dopo un periodo di stabilità attorno ai 1.800€, dal 2015 l'aumento risulta costante. Importante rilevare che si tratta di valori correnti e non costanti. Nella parte seguente del progetto i valori saranno calcolati a prezzi costanti e quindi depurati dalla dinamica inflattiva. Attendiamo per questo un trend della spesa sanitaria a prezzi costanti significativamente diverso da quello che presenta la spesa corrente nelle Fig. 18 e 19.

Se nella prima parte del periodo di riferimento la distanza tra le ripartizioni è regolare, questa tende ad aumentare dal 2009. In particolare, dal 2007 il Mezzogiorno presenta la spesa sanitaria pubblica pro capite minore d'Italia con un valore di 1.850€ nel 2019. Quella maggiore, invece, appartiene al Centro fino al 2013, per poi lasciare spazio al Nord.

Fig.18. *Andamento della spesa sanitaria pubblica corrente procapite in Italia, per ripartizione geografica dal 1999 al 2019.*

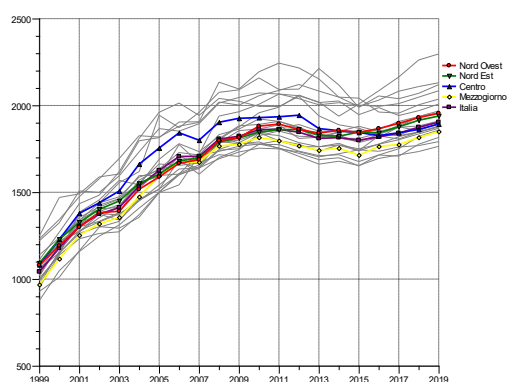
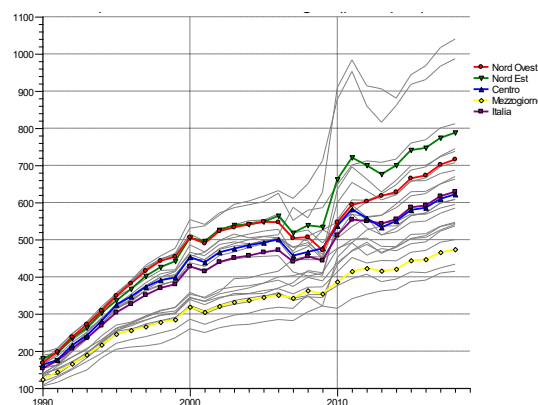


Fig.19. *Andamento della spesa sanitaria delle famiglie procapite in Italia, per ripartizione geografica dal 1990 al 2019.*



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

La spesa sanitaria pubblica procapite varia sensibilmente da regione a regione, ma anche all'interno delle ripartizioni i valori non sono omogenei (Fig. 20). Nel 2019, il livello più basso di spesa procapite si è registrato al Sud, in particolare in Campania: con un valore di 1.765€ si presenta con almeno 100€ in meno rispetto alle altre regioni del Meridione e ben 532€ in meno rispetto al Friuli Venezia Giulia, la regione con il valore più alto.

Andando ai confronti regionali, il Molise e la Sardegna rappresentano un'eccezione ai bassi livelli del Mezzogiorno: le uniche regioni con una spesa sanitaria pubblica procapite superiore a 2.000€. Al Nord, il Veneto con 1.792€ ne registra il valore più basso, anche al di sotto della media nazionale (Tab. 5).

Fig.20. Confronto regionale per spesa sanitaria pubblica corrente pro capite in Italia nel 2019.

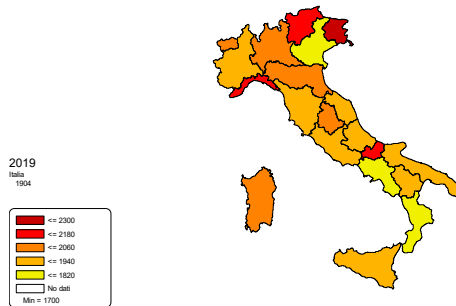
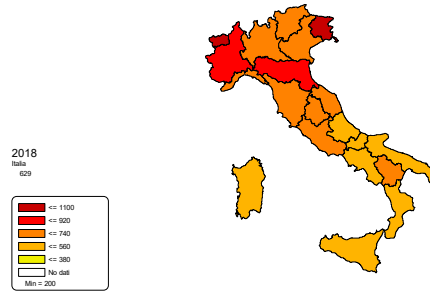


Fig.21. Confronto per spesa sanitaria delle famiglie procapite in Italia nel 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Anche la spesa sanitaria delle famiglie è aumentata nel periodo di riferimento: da 154€ del 1990 a 629€ del 2018. Tuttavia, la distanza nella spesa delle ripartizioni tende a differire nel tempo. La forbice tra Centro-Nord e Mezzogiorno si acuisce: il Mezzogiorno si caratterizza per la spesa più bassa per tutto il periodo, in particolare nelle Isole (462€) e presenta una crescita più attenuata rispetto alle altre ripartizioni.

Il Centro è molto vicino alla media nazionale, mentre il Nord Est ne segue l'andamento: dal 2009 al 2011 le due ripartizioni sono cresciute rapidamente con un conseguente declino per altri due anni. La regione con la più alta spesa sanitaria privata è la Valle d'Aosta con 1.040€, più del doppio della Campania che con 415€ si colloca come la regione italiana con la spesa più bassa (Fig. 19).

Facendo attenzione alle singole ripartizioni, la Basilicata rappresenta un'eccezione con una media di 608€ per famiglia, più vicina alla media nazionale rispetto alle altre regioni meridionali che presentano valori inferiori a 550€.

Per completare l'analisi della spesa delle famiglie italiane legate alla salute, si indaga di seguito il consumo di farmaci.¹⁵

Per quanto riguarda il tasso di consumo di farmaci, esso segue l'andamento della spesa sanitaria delle famiglie con un aumento dal 31% nel 1993 al 43% nel 2019. Evidente è la differenza

¹⁵ Si intende per tasso di consumo di farmaci, la percentuale di persone (uomini e donne) che hanno consumato farmaci negli ultimi due giorni rispetto al momento della rilevazione.

tra Centro Nord e Mezzogiorno per tutto il periodo di riferimento: nel 2019, la media di consumo è omogenea al Centro Nord, con valori che riguardano il 45% della popolazione al Nord e il 44% al Centro, mentre il Mezzogiorno registra la media più bassa del Paese con 41%. Il valore più basso si registra in Campania, unica regione con un valore inferiore al 40% ad eccezione del Trentino-Alto Adige (38%), che si attesta al 37%. In Liguria e Umbria, ben sopra la media, invece, 48 persone su 100 con le stesse caratteristiche consumano farmaci (Tab. 5).

Andando ai confronti regionali, il Trentino-Alto Adige (38%) rappresenta un'eccezione, con i più bassi consumi delle regioni del Nord. Anche il Lazio con il 41% si registra al di sotto della media del Centro (44%), dove i valori delle altre regioni superano il 45%. (Fig. 22).

Tab.5. *Spesa Sanitaria Pubblica corrente pro capite, confronto 1999 e 2019, e Spesa Sanitaria delle famiglie, confronto 1990 e 2018, per ripartizione. Tasso di consumo di farmaci confronto tra 1993 e 2019, maschi e femmine, per ripartizione.*

Regioni e Ripartizioni	Pubblica		Delle famiglie		Consumo di farmaci	
	1999	2019	1990	2018	1993	2019
Piemonte	1.065	1.905	161	745	34	45
Valle d'Aosta	1.248	2.037	139	1.040	32	45
Lombardia	1.060	1.956	175	707	36	44
Trentino-Alto Adige	1.232	2.131	168	687	28	38
Veneto	1.023	1.792	167	738	35	44
Friuli-Venezia Giulia	1.086	2.297	189	987	33	45
Liguria	1.221	2.085	153	670	34	48
Emilia-Romagna	1.139	1.958	196	812	39	47
Toscana	1.046	1.911	159	663	35	47
Umbria	1.049	1.968	136	585	35	48
Marche	1.092	1.869	153	595	33	45
Lazio	1.111	1.876	173	609	29	41
Abruzzo	952	1.880	129	541	30	43
Molise	989	2.120	139	537	28	45
Campania	966	1.765	124	415	24	37
Puglia	1.004	1.881	139	500	25	42
Basilicata	876	1.897	106	608	24	45
Calabria	993	1.816	138	544	29	42
Sicilia	929	1.858	108	434	23	41
Sardegna	1.017	2.008	118	547	28	45
Nord Ovest	1.080	1.955	168	716	35	45
Nord Est	1.092	1.939	180	788	36	45
Nord	1.085	1.949	173	746	35	45
Centro	1.083	1.893	163	622	32	44
Sud	976	1.829	131	480	26	40
Isole	951	1.895	111	462	24	42
Mezzogiorno	968	1.850	124	474	25	41
Italia	1.042	1.904	154	629	31	43

Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Fig.22. Confronto regionale per tasso percentuale di consumo di farmaci (maschi e femmine) in Italia nel 2019.

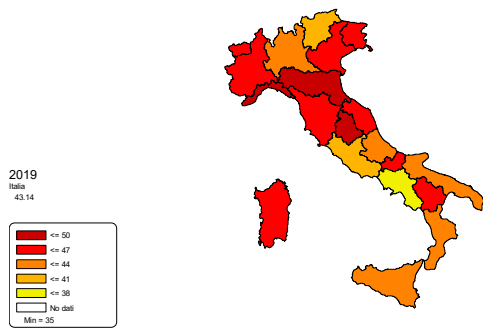
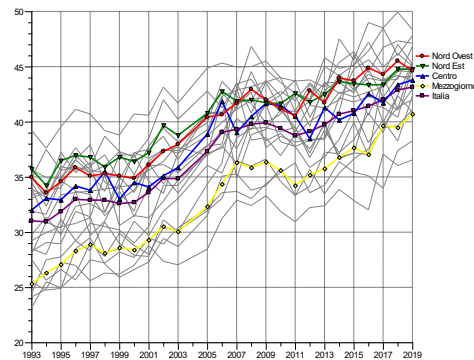


Fig.23. Andamento del tasso di consumo di farmaci (maschi e femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

L'attività fisica è associata a livelli più alti di produttività sul lavoro¹⁶. Dunque, la sedentarietà potrebbe essere un fattore determinante per la partecipazione alla forza lavoro, ma anche della probabilità di trovare un'occupazione.

In Italia, il tasso di attività risulta stabile dal 2001 al 2019 con lievi variazioni: dal 48,8% al 49,9%. Il Mezzogiorno registra tassi sempre al di sotto della media nazionale: 44,2% nel 2002 e 42,3% nel 2019. Inoltre, è stata l'unica ripartizione a subire una depressione del tasso di attivi nel periodo di riferimento. In particolare si caratterizza per una riduzione della quota di attivi dal 2005 al 2011, seguita da una lieve crescita. Al Nord Est, invece, si concentra la quota più alta di attivi: 55,1% (Tab. 6; Fig. 24).

Fig.24. Andamento del tasso % di attività (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.

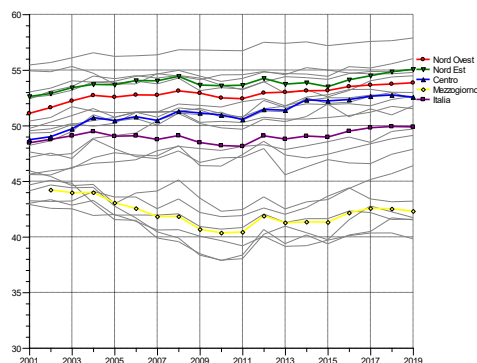
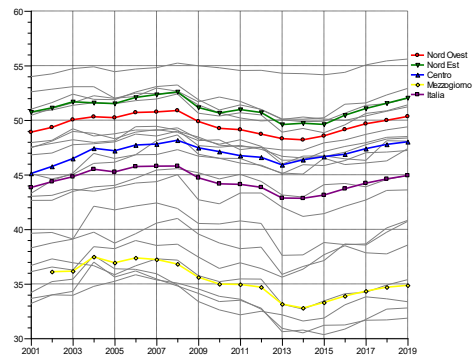


Fig.25. Andamento del tasso di occupazione (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

¹⁶Hafner e altri (2020) Estimating the global economic benefits of physically active populations over 30 years (2020–2050) *Br J Sports Med* 2020;54:1482–1487.

La regione con la quota più bassa di persone attive è la Sicilia (39,8%), mentre la più alta si concentra nel Trentino-Alto Adige (54,2%). Tra le regioni è presente una grande variabilità che scompare a livello delle ripartizioni, dove i tassi risultano più omogenei. Unica eccezione tra le regioni del Nord è la Liguria, il cui tasso è al di sotto del 50% (Fig. 26).

Il tasso di occupazione, nonostante una maggiore variabilità, segue lo stesso andamento del tasso di attività. In Italia, il tasso aumenta di poco: da 44,4% nel 2002 a 44,9% nel 2019 (Fig. 25).

Il Mezzogiorno si conferma la ripartizione con la percentuale più bassa e il Nord Est con la maggior concentrazione. In aggiunta, il Mezzogiorno resta l'unica ripartizione per cui il tasso di occupati diminuisce nel periodo di riferimento. Una differenza è data dal Centro, che presenta un differenziale maggiore rispetto al Nord. La Sicilia e il Trentino-Alto Adige si confermano come la regione con la quota più bassa (31,9%) e più alta (55,6%) di occupati (Fig. 27).

Fig.26. Confronto regionale per tasso di attività (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia nel 2019.

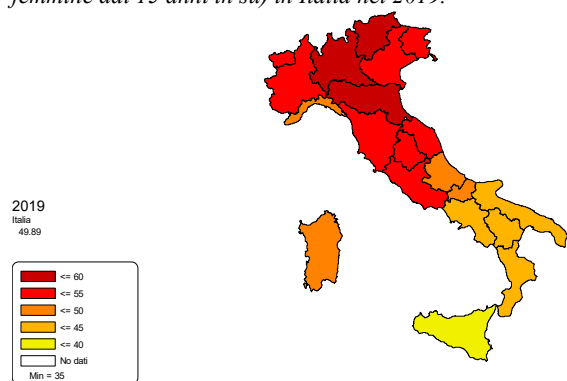
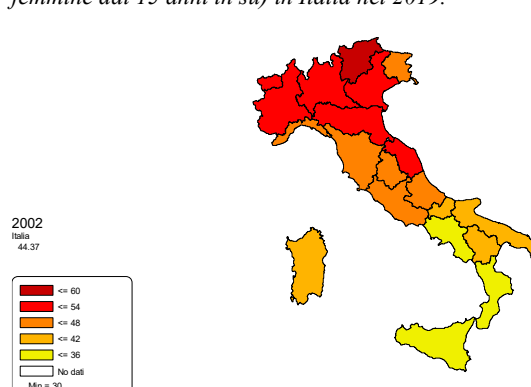


Fig.27. Confronto regionale per tasso di occupazione (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia nel 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Considerando le ripartizioni, l'Abruzzo presenta una concentrazione di occupati del 43,6%, valore ben più alto delle altre regioni meridionali che non superano il 40%, ad eccezione di Sardegna (40,8%) e Molise (40,7%). Al contrario, la Liguria (44,9%) rappresenta un'eccezione rispetto alle altre regioni del Nord, che registrano tassi al di sopra del 48% (Tab. 6).

Fig.28. Confronto regionale per incidenza della povertà (persone) in Italia nel 2019.

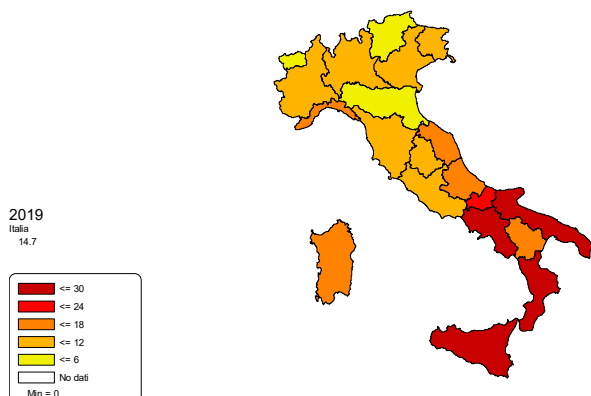
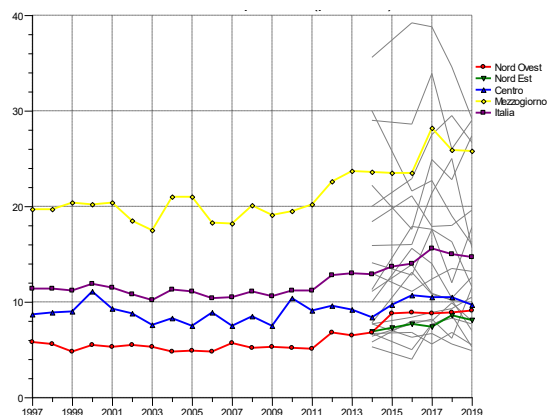


Fig.29. Andamento dell'incidenza della povertà (persone) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.



Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Tab. 6. Tasso di attività e di occupazione, confronto tra 2002 e 2019. Dati espressi in percentuale sulla popolazione (maschi e femmine) dai 15 anni in su. Incidenza della povertà, confronto tra 2014 e 2019. Dati espressi in percentuale sulla popolazione.

Regioni e Ripartizioni	Tasso attività		Tasso occupazione		Incidenza povertà	
	2002	2019	2002	2018	2014	2019
Piemonte	50,7	52,5	48,2	48,5	7,7	10,5
Valle d'Aosta	54,8	54,8	52,8	51,2	7,7	4,9
Lombardia	53,1	55,1	51,1	52,0	5,8	8,0
Trentino-Alto Adige	55,7	57,9	54,2	55,6	5,3	5,3
Veneto	52,7	54,5	50,9	51,4	6,4	11,5
Friuli-Venezia Giulia	49,7	51,5	47,9	48,4	11,1	7,0
Liguria	45,6	49,7	42,7	44,9	10,0	12,6
Emilia-Romagna	53,4	56,0	51,6	52,9	6,7	5,5
Toscana	49,4	53,0	47,0	49,4	6,7	7,7
Umbria	47,3	51,8	44,6	47,4	11,3	11,6
Marche	50,3	52,6	48,1	48,1	13,0	13,2
Lazio	48,6	52,4	44,5	47,2	7,8	9,8
Abruzzo	45,9	49,1	43,1	43,6	14,1	17,8
Molise	45,4	46,4	39,7	40,7	18,4	19,6
Campania	44,7	41,7	35,2	33,4	20,0	26,7
Puglia	43,3	41,6	37,3	35,4	22,2	27,4
Basilicata	43,2	43,2	36,6	38,6	30,0	16,0
Calabria	45,1	41,5	34,0	32,8	35,6	29,2
Sicilia	42,6	39,8	34,0	31,9	29,0	29,0
Sardegna	47,5	47,9	38,8	40,8	15,9	15,7
Nord-Ovest	51,6	53,9	49,3	50,3	5,8	9,1
Nord-Est	52,9	55,1	51,1	52,0	6,9	8,1
Nord	52,1	54,4	50,1	51,1	6,8	8,7
Centro	49,0	52,6	45,8	48,0	8,7	9,7
Sud	-	-	-	-	22,6	25,8
Isole	-	-	-	-	25,7	25,7
Mezzogiorno	44,2	42,3	36,1	34,9	19,7	25,8
Italia	48,8	49,9	44,4	44,9	11,4	14,7

Fonte: elaborazione su dati Health for All - 2019

Se il livello di salute è un indicatore della spesa sanitaria pubblica, l'incidenza della povertà lo è della spesa previdenziale, ad esempio in termini di sussidi di disoccupazione. Entrambi questi tipi di spesa vanno a contribuire al costo totale della sedentarietà, indiretto nel caso della povertà.

In Italia, l'incidenza della povertà è aumentata da circa 11% nel 1997 al 14,7% nel 2019. Stabile tra il 10% e l'11%, il tasso ha subito una crescita maggiore dal 2011 al 2017 (circa 16%) per poi calare nell'ultimo biennio. Il Mezzogiorno, per tutto il periodo di riferimento, registra un'incidenza della povertà maggiore della media nazionale di circa 10 punti percentuali. Il picco si registra nel 2017 con un valore di circa 28%. Centro e Nord, invece, presentano tassi sempre inferiori: fino al 2014, Nord Est e Nord Ovest registrano la stessa percentuale di poveri, che aumenta di più per quest'ultimo negli ultimi anni (Fig. 29).

La Calabria è la regione con la più alta concentrazione di poveri (29,2%), seguita dalla Sicilia (29%). Tutte le altre regioni del Sud registrano valori percentuali al di sopra del 17%, ad eccezione della Sardegna (15,7%). La Liguria si distacca dai bassi tassi del Nord (8,7%) con una quota del 12,6%. Leggermente più alto è il tasso delle Marche (13,2%), al di sopra della media del Centro (9,7%) (Fig. 28).

3.2 Analisi quantitativa

Come già menzionato nelle sezioni precedenti, uno degli obiettivi della ricerca è verificare la correlazione tra i fenomeni dell'attività fisica e della sedentarietà rispetto alle condizioni di offerta e domanda delle diverse regioni italiane, con particolare riferimento al Mezzogiorno. Al fine di definire tale relazione, nella presente sezione si utilizzeranno due modelli econometrici partendo dagli indicatori *Health for All* (ISTAT) dal 2005 al 2015 a livello regionale. L'approccio metodologico si avvale della metodologia PLS (*PartialLeastSquares*) che è una tecnica statistica che generalizza e combina le caratteristiche dell'analisi delle componenti principali e della regressione multipla. Questa famiglia di modelli è particolarmente utile quando è necessario prevedere un insieme di variabili dipendenti da un insieme (molto) ampio di variabili indipendenti (cioè predittori). La metodologia PLS è una tecnica di stima meno restrittiva rispetto ai classici metodi di stima dei parametri, in quanto consente di: i) lavorare anche su un campione ridotto di dati; ii) evitare qualsiasi ipotesi sulla distribuzione di normalità delle X; iii) non essere vincolato a scale di misurazione specifiche, iv) superare i problemi di multicollinearità presente nelle variabili

indipendenti. Il modello PLS consente, in pratica, di rilevare i fattori determinanti di una certa variabile osservata Y alla luce di un set di variabili X osservate dal ricercatore.

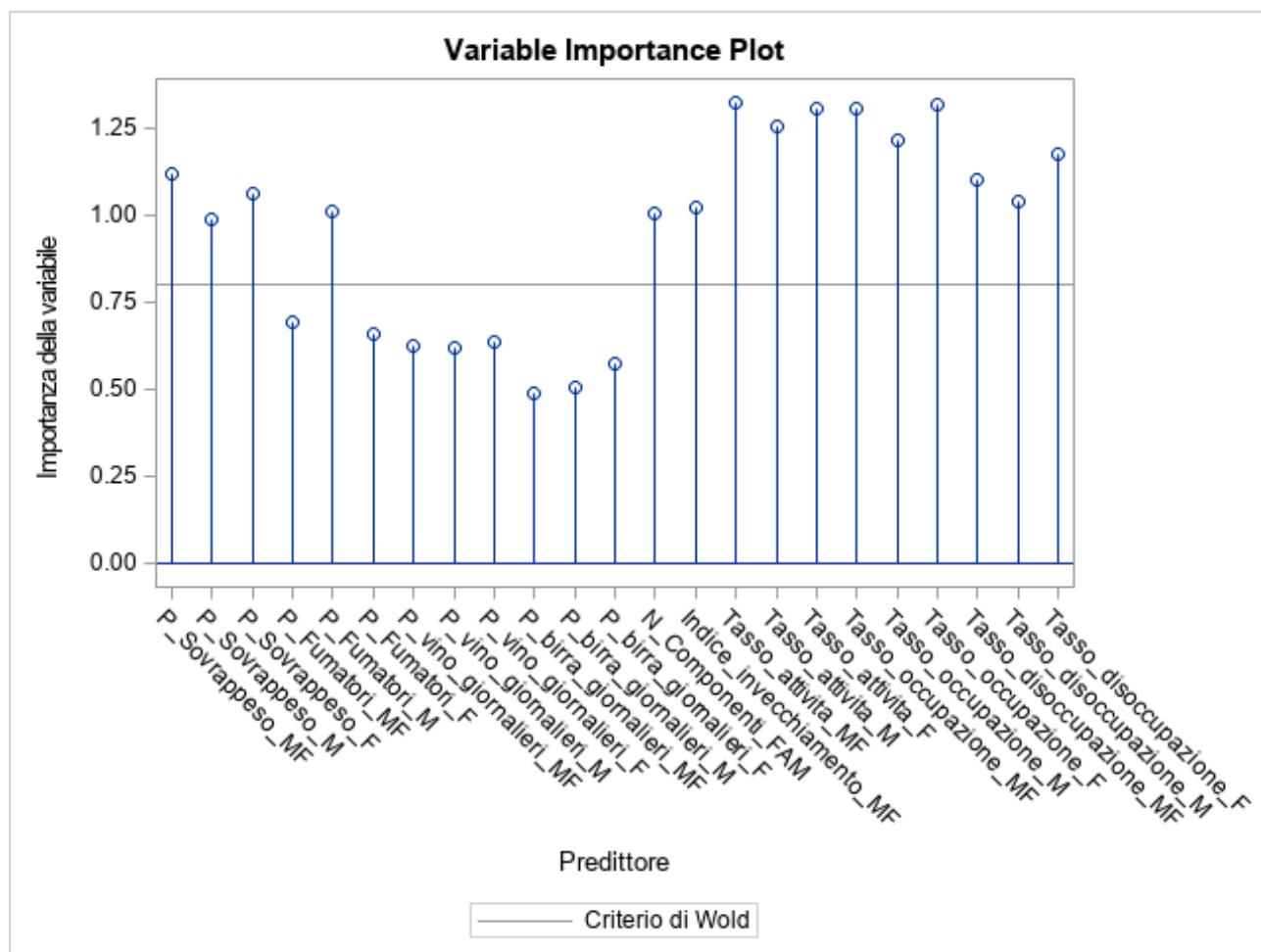
Nel presente paragrafo si presenteranno i risultati principali di due modelli costruiti con due diverse specifiche. La prima indagherà sui fattori che determinano l'attività sportiva, la seconda sugli effetti della pratica sportiva sull'obesità. Il progetto di ricerca, nella sua evoluzione, analizzerà anche gli effetti della sedentarietà sul costo economico e sociale della collettività. Questa parte non è al momento inclusa nell'analisi che si va presentando. Importante sottolineare che, nell'assenza di dati sull'offerta di impianti sportivi sui territori analizzati, non è stato al momento possibile studiare l'impatto sulla pratica sportiva/sedentarietà dal lato dell'offerta delle strutture.

Determinanti dell'attività sportiva

Nel primo modello sono state analizzati gli impatti sull'attività sportiva declinata nelle sue diverse modalità ed un set di indicatori relativi alle caratteristiche demografiche (componenti famiglia, indice invecchiamento), economiche (tasso di attività, tasso di occupazione) e agli stili di vita (fumatori, consumo di alcolici). Il modello PLS prima valuta l'importanza dei diversi indicatori nello spiegare il livello di attività sportiva e successivamente stima, attraverso un coefficiente, l'impatto delle suddette variabili sul grado di partecipazione alla pratica sportiva.

L'importanza esplicativa delle variabili indipendenti in una regressione PLS può essere misurata tramite l'indice VIP (*Variable Importance Plot*). Generalmente una variabile si definisce importante per la predizione se $VIP > 0,8$. Nella Figura 30 emerge che le variabili relative ai tassi di attività, di occupazione/disoccupazione sono molto importanti nel predire il livello di attività sportiva. Analogamente, sono importanti anche l'indice di invecchiamento della popolazione, il numero di componenti del nucleo familiare e lo stato di sovrappeso. Risultano, invece, meno importanti gli stili di vita dei soggetti (% fumatori, % consumatori di più di 0,5 litri giornalieri di alcolici).

Figura 30. Importanza esplicativa delle variabili.



Al fine di poter interpretare il peso delle singole variabili indipendenti sulle stime è opportuno analizzare i coefficienti di regressione calcolati rispettivamente ad ognuno degli indicatori di attività sportiva utilizzati. Le celle della Tabella 7 colorate in verde scuro segnalano la presenza di un impatto molto positivo, quelle in verde chiaro un impatto positivo, quelle in rosso scuro un impatto molto negativo, quelle in rosso chiaro un impatto negativo e quelle bianche nessun impatto. Ai nostri fini, ci soffermeremo in questo commento esclusivamente alla quarta colonna, ovvero ai coefficienti relativi alle determinanti della % di persone che non praticano alcuna attività sportiva, una buona approssimazione delle abitudini di sedentarietà. Dalla tabella emerge che all'aumentare del tasso di attività e di quello di occupazione, diminuisce la % di individui sedentari (che non praticano alcuna attività sportiva). Più precisamente, se aumenta dell'1% il tasso di occupazione generale (maschile e femminile), diminuisce dello 0,11% la % di individui che non praticano alcuna attività sportiva. Anche l'analogo risultato per il tasso di attività suggerisce l'importanza della partecipazione al mercato del lavoro nelle abitudini sportive o di sedentarietà. Invece, come nelle attese, le variabili relativi agli stili di vita (consumo di alcolici e fumatori) registrano un segno

positivo indicando che un loro aumento fa aumentare la % di persone che non praticano attività sportiva tra lo 0,10% e lo 0,15%. Inoltre, analizzando i risultati delle altre tre Y emerge che l'indice di invecchiamento della popolazione e il numero medio dei componenti della famiglia costituiscono un forte deterrente per l'attività sportiva svolta in modo continuativo e saltuario, limitando le persone a praticare qualche attività fisica. Infine, risultato già anticipato, anche il tasso di disoccupazione è correlato con i comportamenti delle persone che non praticano sport né attività fisica.

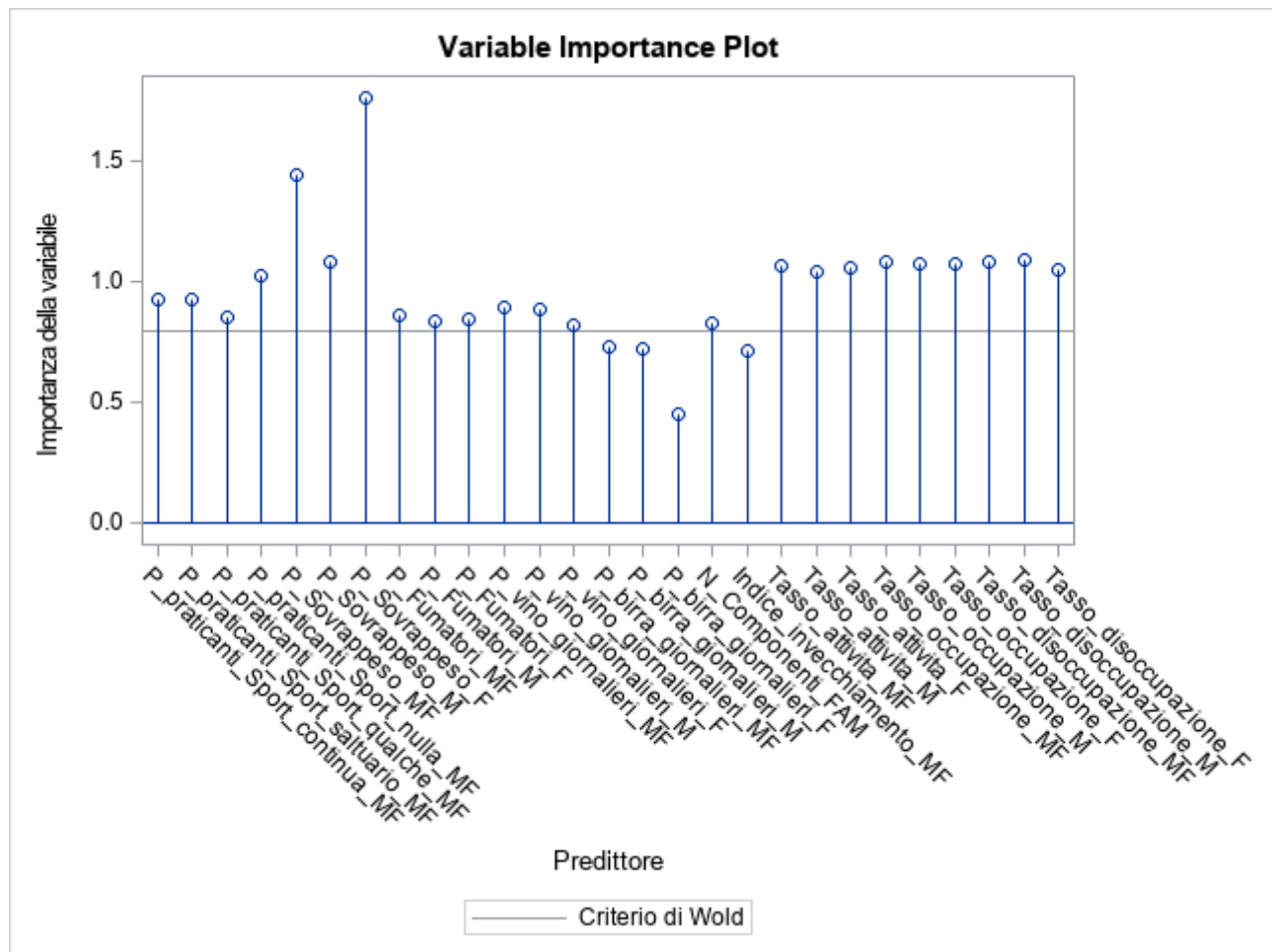
Tabella 7. Coefficienti di regressione: Stime dei parametri per dati centrati e scalati.

Stime dei parametri per dati centrati e scalati				
	%persone che praticano sport in modo continuativo 3+ M+F	%persone che praticano sport in modo saltuario 3+ M+F	%persone che praticano qualche attività fisica 3+ M+F	%persone che non praticano sport né attività fisica 3+ M+F
Intercetta	0	0	0	0
%persone sovrappeso 18+ M+F	-0,0303	-0,0407	-0,0388	0,0451
%persone sovrappeso 18+ M	-0,0320	0,0399	-0,0220	0,0144
%persone sovrappeso 18+ F	-0,0259	-0,1416	-0,0627	0,0821
%fumatori 15+ M+F	-0,0866	-0,1235	-0,0622	0,1006
%fumatori 15+ M	-0,1198	-0,1361	-0,1482	0,1545
%fumatori 15+ F	0,0069	-0,0524	0,0611	-0,0132
%consumatori vino oltre 0,5l al giorno 15+ M+F	-0,1451	0,0664	0,0808	0,0104
%consumatori vino oltre 0,5l al giorno 15+ M	-0,1653	0,0864	0,1065	0,0029
%consumatori vino oltre 0,5l al giorno 15+ F	0,0383	-0,1028	-0,2249	0,1025
%consumatori birra oltre 0,5l al giorno 15+ M+F	-0,0334	0,0358	-0,0048	0,0085
%consumatori birra oltre 0,5l al giorno 15+ M	-0,0363	0,0183	-0,0143	0,0170
%consumatori birra oltre 0,5l al giorno 15+ F	0,0187	0,0238	-0,0489	0,0103
Numero medio componenti della famiglia	-0,1080	-0,3089	0,3853	-0,0289
Indice di invecchiamento MF	-0,1158	-0,5709	0,3745	0,0581
Tasso di attività MF	0,1170	0,0335	0,1087	-0,1087
Tasso di attività M	0,1600	-0,0358	0,0331	-0,0805
Tasso di attività F	0,0892	0,0548	0,1349	-0,1114
Tasso di occupazione MF	0,1016	0,0900	0,0941	-0,1117
Tasso di occupazione M	0,1202	0,0235	0,0468	-0,0844
Tasso di occupazione F	0,0833	0,1213	0,1162	-0,1197
Tasso di disoccupazione MF	-0,0566	-0,0880	-0,0498	0,0734
Tasso di disoccupazione M	-0,0667	-0,0368	-0,0250	0,0544
Tasso di disoccupazione F	-0,0317	-0,1387	-0,1126	0,1007

Determinanti dell'obesità

Nel secondo modello si analizzano le determinanti dell'obesità con particolare attenzione al ruolo svolto dalla pratica sportiva e agli indicatori demografici (componenti famiglia, indice invecchiamento), economici (tasso di attività, tasso di occupazione) e agli stili di vita (fumatori, consumo di alcolici). Come messo in evidenza dalla Figura 31, quasi tutte le variabili del modello PLS hanno valenza esplicativa. Emergono, come prevedibile, le variabili relative al sovrappeso e risultano meno rilevanti quelle concernenti gli stili di vita: consumo di alcolici e fumo.

Figura 31. Importanza esplicativa delle variabili



Al fine di poter interpretare il peso delle variabili indipendenti sulle stime è opportuno analizzare i coefficienti di regressione. Dalla Tabella 8, emerge che la sedentarietà (nessuna pratica dello sport né attività fisica) ha effetti negativi sul livello di obesità della popolazione. In particolare, se aumenta dell'1% la percentuale di persone che non praticano alcuna attività fisica, aumenta dello 0,6% circa la percentuale di persone obese. Come nelle attese, l'obesità è fortemente correlata con lo stato di sovrappeso, soprattutto nelle donne, con l'indice di invecchiamento e con il numero di componenti della famiglia. Invece i risultati relativi alla partecipazione al lavoro sono mixati con significative variazioni in relazione al genere.

Tabella 8. Coefficienti di regressione: Stime dei parametri per dati centrati e scalati.

	%persone obese 18+ M+F
Intercetta	0,0000
%persone che praticano sport in modo continuativo 3+ M+F	0,0065
%persone che praticano sport in modo saltuario 3+ M+F	-0,0658
%persone che praticano qualche attività fisica 3+ M+F	-0,0718
%persone che non praticano sport né attività fisica 3+ M+F	0,0585
%persone sovrappeso 18+ M+F	0,2017
%persone sovrappeso 18+ M	-0,0358
%persone sovrappeso 18+ F	0,3576
%fumatori 15+ M+F	-0,0855
%fumatori 15+ M	-0,0663
%fumatori 15+ F	-0,0845
%consumatori vino oltre 0,5l al giorno 15+ M+F	-0,1013
%consumatori vino oltre 0,5l al giorno 15+ M	-0,1059
%consumatori vino oltre 0,5l al giorno 15+ F	-0,0754
%consumatori birra oltre 0,5l al giorno 15+ M+F	0,0134
%consumatori birra oltre 0,5l al giorno 15+ M	-0,0093
%consumatori birra oltre 0,5l al giorno 15+ F	0,0307
Numero medio componenti della famiglia	0,1209
Indice di invecchiamento MF	0,1081
Tasso di attività MF	-0,0331
Tasso di attività M	0,0129
Tasso di attività F	-0,0672
Tasso di occupazione MF	0,0028
Tasso di occupazione M	0,0628
Tasso di occupazione F	-0,0503
Tasso di disoccupazione MF	-0,1060
Tasso di disoccupazione M	-0,1353
Tasso di disoccupazione F	-0,0517

4. L'INDAGINE: IL QUESTIONARIO E I FOCUS GROUP

In concomitanza con la costruzione del data set di indicatori, la prima fase della ricerca ha previsto la progettazione di un questionario da somministrare CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) volto ad indagare l'attività fisica e la pratica sportiva in particolare in relazione ai cambiamenti e alle restrizioni legate alla pandemia da Covid-19 dell'ultimo anno.

Il questionario sarà diffuso nel periodo marzo – maggio 2021 attraverso i Comitati territoriali e regionali UISP e attraverso le Associazioni Sportive Dilettantistiche coinvolte.

Il questionario è stato realizzato sulla piattaforma www.surveymonkey.com e sviluppa una batteria di 42 domande che indagano 4 dimensioni degli intervistati:

- Anagrafica e condizione socioeconomica
- Salute
- Abitudini e stili di vita
- Attività fisica e Pratica Sportiva

Il tempo medio stimato di risposta per i rispondenti è di circa 10 minuti. Il questionario, consultabile nella sua interezza nell'Appendice 2 della presente relazione, è attualmente in fase di test e disponibile al seguente link:

https://it.surveymonkey.com/r/UISP_SVIMEZ_TEST

Una volta terminata la fase di testing, il questionario sarà somministrato prevalentemente da Uisp attraverso i propri Comitati territoriali e regionali, le Associazioni Sportive Dilettantistiche e anche attraverso relativi canali web e social secondo una strategia “a valanga” che consentirà di raggiungere anche i non tesserati per una maggiore responsività del campione.

Per la somministrazione, che avverrà mantenendo l'anonimato dell'intervistato, saranno creati appositi raccoglitori specifici per ciascun Comitato territoriale e Associazione coinvolta, al fine di monitorare al meglio il tasso di risposta ed efficacia. Successivamente si procederà alla correzione del campione con metodi di campionamento statistici. Il campione sarà stratificato per età per altre caratteristiche sociodemografiche e territoriali.

Per i minori under 16 è in fase di progettazione un questionario ad hoc, da somministrarsi sempre con metodo CAWI, che sarà compilato da un genitore/tutor del minore, mentre per persone nella coorte over 65 o con disabilità la compilazione può essere assistita o realizzata con metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*) da operatori Uisp.

L'attuale situazione legata alla pandemia ci fa stimare dei tempi più lunghi per il raggiungimento del target di interviste rispetto a quanto inizialmente stabilito, pertanto la rilevazione potrebbe estendersi anche al mese di giugno. In tal caso, l'elaborazione dati e la stesura della ricerca sarà realizzata nei mesi da giugno ad agosto.

Sono inoltre programmati quattro focus group volti ad indagare il fenomeno dal punto di vista qualitativo ad interlocutori privilegiati quali rappresentanti del mondo dello sport e policymakers rappresentanti di istituzioni pubbliche settore sport e salute.

I primi due focus group sono stati svolti martedì 2 marzo 2021 con rappresentanti del mondo dello sport e hanno indagato le specificità regionali della pratica sportiva e delle associazioni sportive ed in particolare i possibili effetti delle restrizioni dovute al contrasto della pandemia da Covid-19 per le categorie più fragili quali migranti, minori ed anziani. Inoltre, sarà sottoposto ai partecipanti il questionario al fine di raccogliere suggerimenti.

Saranno coinvolti nei focus group del mondo sportivo:

Primo Focus Group

1. Maria Pina Casula, Presidente Uisp Regionale Sardegna;
2. Antonio Marciano, Presidente Uisp Regionale Campania;
3. Simone Ricciatti, Presidente Uisp Regionale Marche;
4. Alessandro De Paolis, Direttore Impianto Sportivo Comunale "Fulvio Bernardini" (Roma);
5. Alberto Urbinati, Presidente Liberi Nantes, ASD riconosciuta dall'UNHCR, che promuove e garantisce la libertà di accesso allo Sport a rifugiati e richiedenti asilo politico.

Secondo Focus group

1. Enzo Bonasera, Presidente Uisp Regionale Sicilia;
2. Giuseppe Annunziata, Responsabile regionale politiche della salute-Uisp Basilicata;
3. Patrizia Alfano, Presidente Uisp Regionale Piemonte;
4. Emanuela Serra, Operatrice ASD Io Può di Sassari

Il terzo ed il quarto focus group con i policymakers saranno realizzati successivamente con l'obiettivo di contribuire alla definizione di suggerimenti di policy a valle della ricerca.

5. CONCLUSIONI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emanato le nuove Linee guida per l'attività fisica 2016-2020, promuovendo la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari attraverso l'adozione di stili di vita salutari, definendo i livelli di attività fisica raccomandati per la salute. L'Italia, nel contesto europeo, si caratterizza per un livello abbastanza alto di attività fisica giornaliera praticata nel tempo libero. Secondo dati ISTAT (2019) l'Italia dedica circa 33' al giorno all'attività fisica (sport e/o passeggiate) posizionandosi al quinto posto della graduatoria, pari merito con l'Austria, dopo Spagna (45'), Finlandia e Lussemburgo (35').

L'attitudine alla pratica sportiva non è omogenea nelle diverse regioni del Paese anche, probabilmente, per una differente disponibilità di strutture organizzate, di servizi e facilities, di personale specializzato. Pesano nella diffusione della pratica sportiva anche le disuguaglianze socioculturali.

La presente ricerca indaga le differenze territoriali della pratica sportiva e le conseguenze sugli stili di vita e il relativo costo sociale ed economico sulla collettività. Tali considerazioni forniscono indicazioni su quanta parte di questo gap è legato ad un deficit dal lato dell'offerta (infrastrutture sportive) o della domanda (abitudini socioculturali) consentendo di aumentare la conoscenza specifica del settore e suggerendo indicazioni di policy utili ad incrementare le azioni per la promozione dell'attività fisica e quindi del benessere dei cittadini.

Il lavoro fin qui svolto ha confermato il gap Nord-Sud facendo emergere le seguenti evidenze rispetto all'anno 2019: i) nel Mezzogiorno quasi il 50% degli individui non pratica alcuna attività sportiva (il 30% nel Centro-Nord); ii) solo il 13% delle persone del Mezzogiorno pratica sport in modo continuativo (20% nel Centro-Nord); iii) le abitudini e gli stili di vita in relazione al fumo e al consumo di alcol sono abbastanza simili nelle due ripartizioni del Paese; iv) l'8,5% degli adulti meridionali è obeso rispetto al 6,5% del Centro-Nord; v) quasi un minore su 3 (31,35%) nella fascia tra i 6 e i 17 anni è in sovrappeso nel meridione, rispetto ad un ragazzo su cinque nel Centro-Nord (21%); vi) la speranza di vita in buona salute dai 65 anni in su per gli adulti meridionali è sempre di 3 anni inferiore rispetto a quella degli adulti centro-settentrionali.

Nello studio delle determinanti della sedentarietà approssimata nei modelli econometrici utilizzando gli indicatori relativi all'assenza di pratica sportiva o all'obesità degli adulti, è emersa l'importanza della dinamica della partecipazione al mercato del lavoro. Nelle regioni, soprattutto meridionali, dove è più basso il tasso di attività e/o il tasso di occupazione, aumenta la propensione alla sedentarietà con relativo costo sociale ed economico per la collettività. Le prime evidenze

empiriche segnalano anche un importante impatto sulla sedentarietà del numero dei componenti familiari.

Il progetto di ricerca, nel suo prosieguo, prevede la valutazione dell'impatto economico e sociale della sedentarietà vista come mancanza di pratica sportiva sulla spesa sanitaria pubblica e privata. Si segnala, infine, l'importanza dei dati relativi alle strutture per la pratica sportiva sul territorio nazionale che non sono ancora in possesso del gruppo dei ricercatori SVIMEZ e per i quali si richiederà uno specifico intervento da parte di Sport e Salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson LM, Brownson RC, Fullilove MT, Teutsch SM, Novick LF, Fielding J, Land GH. Evidence-based public health policy and practice promises and limits. *Am J Prev Med* 2005;28 (5 Suppl):226-30.
2. Baldasseroni A et al. Dossier Fidippide: valutazione di efficacia del programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportive agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni. Documenti ARS n.20, dicembre 2005.
3. Baumeister, S.E., Ricci, C., Kohler, S. et al. Physical activity surveillance in the European Union: reliability and validity of the European Health Interview Survey-Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ). *Int J Behav Nutr Phys Act* 13, 61 (2016).
4. Bonn SE, Bergman P, Trolle Lagerros Y, Sjölander A, Bälter K. A Validation Study of the Web-Based Physical Activity Questionnaire Active-Q Against the GENE Accelerometer. *JMIR Res Protoc*. 2015 Jul 16;4(3):e86.
5. Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, Stave CD, Olkin I, Sirard JR. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA* 2007;298(19):2296-304.
6. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health* 2009;30:175-201.
7. Chau JY, der Ploeg HP, van Uffelen JG et al. Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review. *Prev Med* 2010;51(5):352-6.
8. Churc TS, Blair SN. When will we treat physical activity as a legitimate medical therapy...even though it does not come in a pill? *Br J Sports Med* 2009;43(2):80-1.
9. Colombo E, Senn L. I costi economici e sociali della sedentarietà. *Med Sport*. 2015;68:345-356.
10. Courneya KS, Friedenreich CM. Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Ann Behav Med*. 1999;21(2):171-9.
11. De Vera MA, Ratzlaff C, Doerfling P, Kopec J. Reliability and validity of an internet-based questionnaire measuring lifetime physical activity. *Am J Epidemiol*. 2010 Nov 15;172(10):1190-8.
12. Finger JD, Tafforeau J, Gisle L, Oja L, Ziese T, Thelen J, Mensink GB, Lange C. Development of the European Health Interview Survey - Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. *Arch Public Health*. 2015 Dec 2;73:59. doi: 10.1186/s13690-015-0110-z. PMID: 26634120; PMCID: PMC4667448.
13. Friedenreich CM. Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001;10(4):287-301.
14. Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can J Appl Sport Sci*. 1985 Sep;10(3):141-6. PMID: 4053261.
15. Goldsmith LJ, Hutchinson B, Hurley J. Economic evaluation across the four faces of prevention: a Canadian perspective. CHEPA Working Paper Series n.06-01, 2006.
16. Hafner M, Yerushalmi E, Stepanek M, et al. Estimating the global economic benefits of physically active populations over 30 years (2020-2050). *British Journal of Sports Medicine* 2020;54:1482-1487.
17. Hamer M, Stamatakis E, Mishra GD. Television- and screen-based activity and mental well-being in adults. *Am J Prev Med* 2010;38(4):375-80.
18. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes* 2007;56(11):2655-67.

19. Hamilton MT. Too little exercise and too much sitting: Inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behaviour. *Current Cardiovascular Risk Reports* 2008; 2:292-8.
20. Harrison MB, van den Hoek J, for the Canadian Guideline Adaptation Study Group. CAN-IMPLEMENT©: A guideline adaptation and implementation planning resource. Queen's University School of Nursing and Canadian Partnership Against Cancer, Kingston, Ontario, Canada, 2010.
21. ISS. OKkio alla SALUTE 2019: Sintesi dei risultati.
22. Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»
23. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P, and the Task Force on Community Preventive Services The effectiveness of interventions to increase physical activity. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):73- 107.
24. Keeler, E B et al. The external costs of a sedentary life-style. *American journal of public health* vol. 79,8 (1989): 975-81.
25. Kelly MP, McDaid D, Ludbrook A, and Powell J. Economic Appraisal of Public Health Interventions. Health Development Agency (HDA) of the National Health Service (NHS), June 2005.
26. Lorgelly PK, Lawson KD, Fenwick EA, Briggs AH. Outcome measurement in economic evaluations of public health interventions: a role for the capability approach? *Int J Environ Res Public Health* 2010;7(5):2274-89.
27. Mannocci, Alice & Thiene, Domitilla&Cimmuto, Angela &Masala, Daniele & Boccia, Antonio & Vito, Elisabetta & La Torre, Giuseppe. (2010). International Physical Activity Questionnaire: Validation and assessment in an Italian sample. *International Journal of Public Health*. 7. 369-376. 10.2427/5694.
28. Marshall S, Gyi D. Evidence of health risks from occupational sitting: where do we stand ? *Am J Prev Med* 2010;39(4):389-91.
29. MarshallSJ,BiddleSJ,GorelyT,CameronN,MurdeyI.Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J ObesRelatMetabDisord* 2004;28(10): 1238 – 46.
30. McTiernan A, Ulrich C, Kumai C. et al. Anthropometric and hormone effects of an eight-week exercise-diet intervention in breast cancer patients: Results of a pilot study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1998;7(6):477–81.
31. Morris J, Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. *Med Sci Sports Exercise* 1994;26: 807–14.
32. Network Italiano Evidence based Prevention (NIEbP). Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica - Linee guida (2011).
33. NICE Public health guidance n. 8, 2008. Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity.
34. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev* 2010;38(3): 105-13.
35. Owen N, Leslie E, Salmon J, Fotheringham MJ. Environmental determinants of physical activity and sedentary behaviour. *Exerc Sport Sci Rev* 2000;28(4):165-70.
36. PASSI. Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)
37. Pate RR, O'Neill JR, Lobelo F. The evolving definition of "sedentary." *Exerc Sport Sci Rev* 2008;36(4):173– 8.
38. Proper KI, Singh AS, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2011;40(2):174-82.
39. Sember V, Meh K, Sorić M, Starc G, Rocha P, Jurak G. Validity and Reliability of International Physical Activity Questionnaires for Adults across EU Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 30;17(19):7161.

40. Suitor CW, Kraak VI, Rapporteurs. Food and Nutrition Board (FNB), Board on Population Health and Public Health Practice (BPH). Adequacy of Evidence for Physical Activity Guidelines Development: Workshop Summary, 2007.
41. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations for worksite-based interventions to improve workers' health. *Am J Prev Med* 2010;38(2S):232-36.
42. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.
43. The AGREE Research Trust. Appraisal of Guide- lines for Research & Evaluation II-Instrument.
44. Tompa E, Verbeek J, van Tulder M, de Boer A. Developing guidelines for good practice in the economic evaluation of occupational safety and health interventions. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(4):313-8.
45. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *ApplPhysiolNutrMetab* 2010;35(6):725-40.
46. Università Bocconi. Stima del beneficosociale indotto dall'attività sportiva, 2013.
47. van Uffelen JG, Wong J, Chau JY et al. Occupational sitting and health risks: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010;39(4):379-88.
48. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A, Cobiac L, Bertram MY, Wallace AL, ACE-Prevention Team. Assessing Cost-Effectiveness in Prevention (ACE-Prevention): Final Report. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne, 2010.
49. WCRF/AICR. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC, AICR, 2007.
50. Wu S, Cohen D, Shi Y, Pearson M, Sturm R. Economic analysis of physical activity interventions. *Am J Prev Med* 2011;40(2):149-58.

APPENDICE

Tab. A1. Fumatori confronto per regioni e ripartizioni tra 1993 e 2019. Dati espressi in % sulla popolazione (maschi e femmine) dai 15 anni in su.

Regioni e Ripartizioni	1997	2019
Piemonte	25,50	19,84
Valle d'Aosta	26,20	18,59
Lombardia	26,06	17,40
Trentino-Alto Adige	21,98	16,08
Veneto	20,91	15,79
Friuli-Venezia Giulia	24,37	17,87
Liguria	24,91	18,77
Emilia-Romagna	27,13	17,80
Toscana	26,87	19,93
Umbria	24,08	21,78
Marche	23,44	16,31
Lazio	27,94	22,92
Abruzzo	24,90	16,92
Molise	22,37	19,65
Campania	28,36	19,81
Puglia	25,13	17,25
Basilicata	23,87	18,10
Calabria	23,59	15,54
Sicilia	26,65	19,56
Sardegna	26,82	19,37
Nord-Ovest	25,76	18,21
Nord-Est	23,79	16,81
Nord	24,95	17,62
Centro	26,71	21,07
Sud	26,04	18,12
Isole	26,69	19,51
Mezzogiorno	26,25	18,57
Italia	25,75	18,63

Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

Fig. A1. Andamento del tasso % di consumatori di oltre 0,5 l di birra al giorno (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.

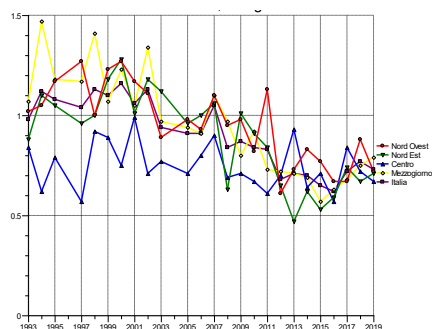


Fig. A2. Confronto regionale per tasso percentuale di popolazione obesa (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia nel 2019.

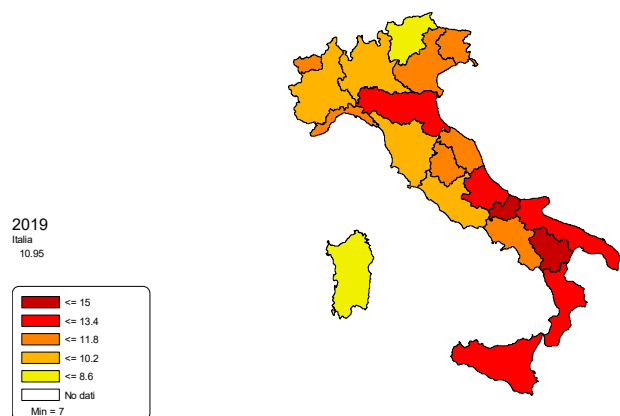
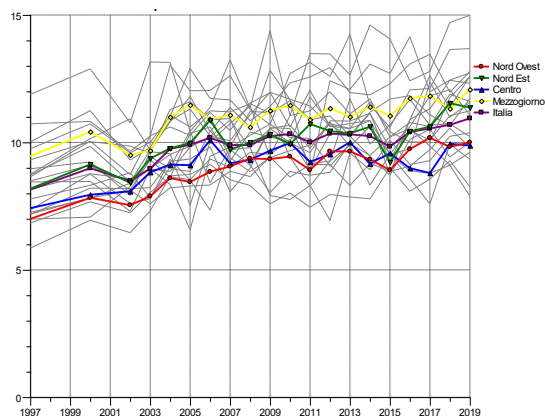


Fig.A3. Andamento del tasso % di persone obese (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.



Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

ig.A4. Andamento della speranza di vita alla nascita (maschi) in Italia, per ripartizione geografica dal 1981 al 2019.

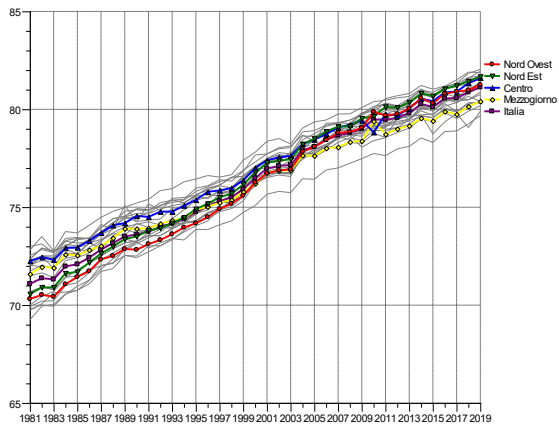


Fig.A6. Andamento della speranza di vita in buona salute a 65 anni (femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.

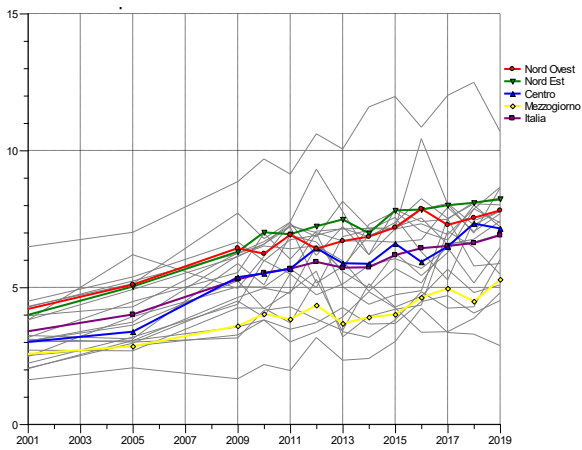


Fig.A5. Andamento della speranza di vita alla nascita (femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 1981 al 2019.

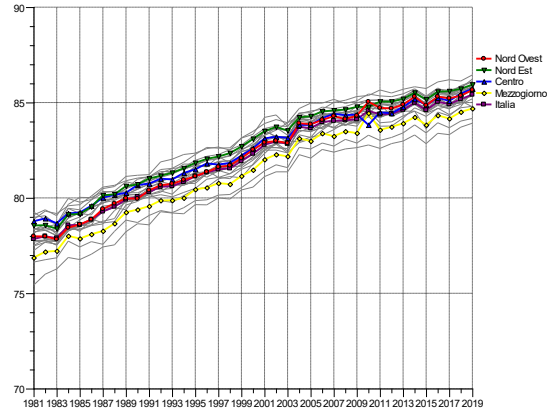
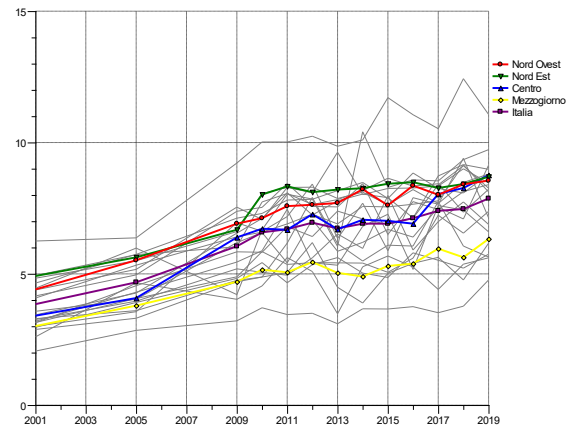


Fig.A7. Andamento della speranza di vita in buona salute a 65 anni (maschi) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.



Fonte: Elaborazione su dati Health for All – Italia, 2019.

Sport e Sedentarietà

* 1. Attualmente **vivi in Italia**?

Sì

No

* 2. In quale **Regione**?

* 3. In quale **Provincia**?

* 4. Possiedi **Cittadinanza**:

Italiana

Straniera

Italiana e straniera

Sport e Sedentarietà

* 5. In quale **Paese** estero hai la cittadinanza?

Indicare il secondo Paese in caso di doppia cittadinanza:

Sport e Sedentarietà

* 6. **Genere**

Femmina

Maschio

* 7. Quanti **anni** hai?

* 8. Attualmente sei:

- Celibe o nubile
- Convivente o unito/a civilmente con il partner
- Coniugato/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Vedovo/a

* 9. Hai figli?

- Sì, minorenni
- Sì, maggiorenni
- Sì, sia minorenni che maggiorenni
- No, non ho figli

Sport e Sedentarietà

10. Quanti figli hai?

Sport e Sedentarietà

* 11. Con quali persone vivi? *E' possibile selezionare più di un'opzione.*

- da solo/a
- con marito/moglie o partner
- con figlio/a/i
- con genitore/i
- con fratelli
- con altri parenti (nonni, zii, nipoti etc.)
- amici
- con estranei
- con collaboratori domestici/badante/personale di servizio
- con datore di lavoro
- Altro (specificare)

* 12. Qual è l'ultimo **titolo di studio** che hai conseguito?

* 13. Qual è la tua attuale **condizione lavorativa**?

- Occupato/a
- In cerca di lavoro
- Studente
- Casalinga
- Pensionato/a
- Altro (specificare)

* 14. Qual è la tua **fonte principale di reddito**?

- Reddito da lavoro dipendente
- Reddito da lavoro autonomo
- Pensione
- Redditi patrimoniali
- Mantenimento da parte di familiari
- Altre indennità e forme di sostegno al reddito
- Preferisco non rispondere
- Altro (specificare)

* 15. Nel 2020 a quanto ammontava il **reddito netto mensile** della tua famiglia?

- Più di 10.000 euro
- Tra gli 8.000 e i 9.999 euro
- Tra i 6.000 e gli 7.999 euro
- Tra i 4.000 e i 5.999 euro
- Tra i 2.000 e i 3.999 euro
- Tra i 1.000 e i 1.999 euro
- Inferiore a 1.000 euro
- Non saprei
- Preferisco non rispondere

Sport e Sedentarietà

* 16. Mediamente **quante ORE AL GIORNO** dedichi a:

	ORE
LAVORO/STUDIO	<input type="text"/>
LAVORO DOMESTICO (pulizie, preparazione dei pasti, spesa etc.) e CURA DEI FIGLI E/O ALTRI FAMILIARI	<input type="text"/>
TEMPO LIBERO E SVAGO	<input type="text"/>
DORMIRE	<input type="text"/>

17. Generalmente **come svolgi il tuo LAVORO?**

- Seduto/a
- In piedi
- Compiendo uno sforzo fisico moderato
- Compiendo uno sforzo fisico intenso (lavoro manuale)

18. Riguardo i tuoi spostamenti quotidiani, **quali mezzi di trasporto utilizzi, quante volte alla settimana e per quanto tempo?**

	Numero di giorni alla settimana	Tempo medio al giorno
A PIEDI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MONOPATTINO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BICICLETTA (inclusa bici elettrica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SCOOTER/MOTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTOMOBILE O TAXI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTOBUS, METRO, NAVE, TRENO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 19. Nel tuo **tempo libero** a quali attività ti dedichi? Indica **solo per le attività che svolgi**, quante volte alla settimana e per quanto tempo.

	Numero di giorni alla settimana	Tempo medio al giorno
GUARDARE TV/SERIE TV/FILM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
USARE SMARTPHONE/TABLET/PC/SOCIAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIDEOGIOCHI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LEGGERE, SCRIVERE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SHOPPING	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANDARE IN BICI (non come mezzo di trasporto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAMMINARE (non come mezzo di trasporto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SUONARE UNO STRUMENTO, CANTARE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 20. Ti alleni o **pratici sport**?

- Sì, agonistico
- Sì, regolarmente
- Sì, saltuariamente
- No

Sport e Sedentarietà

21. Generalmente **quali sono le attività sportive che svolgi?** Solo accanto alle attività **praticate** indica la frequenza settimanale e il **tempo** dedicato (**prima delle restrizioni dovute al Covid-19**).

	Numero di giorni alla settimana	Tempo medio per sessione di allenamento/pratica sportiva
Arti marziali e sport di combattimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atletica leggera, footing, jogging	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bocce, bowling, biliardo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Caccia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calcio, calcetto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciclismo/spinning	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Danza e ballo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equitazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escursioni/passeggiate di almeno 2km	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginnastica, aerobica, fitness a cultura fisica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Golf	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motori (Automobilismo, Motociclismo, Motocross)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nuoto, sport acquatici e subacquei	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pallacanestro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pallavolo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pesca	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sport invernali, su ghiaccio e altri sport di montagna	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tennis, paddle e altri sport con racchetta e palla	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Yoga, Pilates	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Più precisamente quale dei seguenti sport riconosciuti pratici?

In caso di più sport riconosciuti praticati, selezionare il principale e specificare di seguito gli altri.

*** 23. Prevalentemente dove pratici sport? Rispondi con riferimento al periodo precedente le restrizioni dovute al Covid-19**

- Impianto sportivo (inclusi campi, piste e piscine)
- All'aria aperta (parchi, giardini, strada pubblica etc.)
- Presso propria abitazione
- Altro (specificare)

Sport e Sedentarietà

*** 24. Si tratta di un impianto sportivo:**

- di **proprietà pubblica** (statale, regionale, comunale, locale, inclusi impianti scolastici)
- di **proprietà privata**
- Altro (specificare)

*** 25. Rispetto all'**impianto sportivo** menzionato, esprimi il tuo grado di soddisfazione rispetto i seguenti aspetti in una scala da 1 (insufficiente) a 5 (ottimo)?**

	Totalmente insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
Accessibilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutenzione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulizia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vicinanza al proprio domicilio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sport e Sedentarietà

* 26. In seguito alle le restrizioni dovute alla pandemia Covid-19 da marzo 2020 :

- Ho praticato l'attività sportiva con gli stessi tempi e modalità di prima
- Ho diminuito la frequenza della pratica sportiva
- Ho cambiato il luogo in cui pratico sport
- Ho interrotto la pratica sportiva per brevi periodi
- Ho interrotto la pratica sportiva per lunghi periodi
- Ho cambiato tipologia di attività sportiva praticata (specifica di seguito quale attività hai svolto in sostituzione di quella abituale)

* 27. Attualmente sei **tesserato presso un Ente Sportivo Nazionale?**

- Sì, FSN - Federazione Sportiva Nazionale
- Sì, DSA - Discipline Sportive Associate
- Sì, Ente di Promozione Sportiva
- No, non sono tesserato

Sport e Sedentarietà

* 28. A quale delle seguenti Federazioni Sportive Nazionali?

Sport e Sedentarietà

* 29. A quale delle seguenti Discipline Sportive Associate?

Sport e Sedentarietà

30. A quale dei seguenti Enti di Promozione Sportiva

Sport e Sedentarietà

* 31. Puoi indicare il tuo **PESO** attuale in kg?

Le donne in attesa posso indicare il loro peso precedente la gravidanza.

* 32. Puoi indicare la tua **altezza** in cm?

* 33. Nell'ultimo anno hai sofferto di una o più delle seguenti **patologie croniche o di lunga durata? E' possibile selezionare più di una opzione.**

- Asma
- Artrosi
- Ipertensione
- Diabete
- Malattie cardiache (coronariche, infarto, angina etc.)
- Ictus, trombosi etc.
- Tumori (inclusi linfomi, leucemie)
- Problemi renali
- Ipertensione
- Iperlipidemia (colesterolo alto, valori di grasso o trigliceridi nel sangue)
- Alzheimer
- Parkinson
- No, non soffro di nessuna delle patologie indicate

Altro (specificare)

Sport e Sedentarietà

34. **Questa/e patologie genera/no una limitazione** nelle tue attività quotidiane?

- Sì, genera/no una limitazione grave
- Sì, genera/no una limitazione non grave
- No, non genera/no alcuna limitazione

Sport e Sedentarietà

* 35. Abitualmente porti **occhiali da vista** o **lenti a contatto**?

- Sì
- No
- Sono completamente non vedente

* 36. Utilizzi **apparecchi acustici**?

- Sì
- No
- Sono completamente non udente

37. Escludendo situazioni temporanee (come ingessature, operazioni etc.) hai difficoltà a svolgere le seguenti attività da solo/a **senza l'aiuto di una persona** o **senza ricorso ad ausili** (bastoni, stampelle, sedie a rotelle etc.)?

	Nessuna difficoltà	Qualche difficoltà	Molte difficoltà	Non sono in grado
Camminare per 500 metri in piano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salire una rampa di scale a piedi (circa 12 scalini)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attività quotidiane di cura della persona (mangiare, vestirsi, fare la doccia, usare i servizi igienici etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavori domestici leggeri (preparare pasti, lavare piatti, rifare il letto etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavori domestici pesanti (pulizie, portare buste della spesa etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 38. **Fumi sigarette** o altri prodotti contenenti **tabacco o nicotina** (pipa, sigaro, tabacco riscaldato etc.), incluse **sigarette elettroniche**?

- Sì, quotidianamente
- Sì, occasionalmente
- No, ho smesso di fumare
- No, non ho mai fumato

Sport e Sedentarietà

* 39. **Quante sigarette** in media fumi **al giorno**?

* 40. Da quanti anni fumi?

Sport e Sedentarietà

* 41. Negli ultimi 12 mesi quanto spesso **hai bevuto alcolici** (vino, birra, cocktail, superalcolici, liquori etc.)

- Tutti i giorni
- 5-6 volte a settimana
- 3-4 volte a settimana
- 1-2 volte a settimana
- 2-3 volte in un mese
- 1 volta al mese
- Non ho bevuto alcolici negli ultimi 12 mesi
- Non bevo sono astemio/a

Sport e Sedentarietà

* 42. Mediamente quando bevi, **quante bevande alcoliche** consumi **al giorno**?

In un giorno ferialo dal
lunedì al giovedì

Nel week end venerdì
alla domenica