

Rapporto Finale



IL COSTO SOCIALE E SANITARIO DELLA SEDENTARIETÀ

SETTEMBRE 2021



Rapporto Finale



IL COSTO SOCIALE E SANITARIO DELLA SEDENTARIETÀ

SETTEMBRE 2021



SOMMARIO

1. INTRODUZIONE	7
2. OBIETTIVI	11
3. II SEZIONE ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ, ANALISI DATI, INDICATORI E DIMENSIONI	15
3.1. Dati e analisi descrittiva	15
3.2. Analisi quantitativa	42
4. L'INDAGINE: IL QUESTIONARIO E I FOCUS GROUP	49
4.1. Il questionario "Sport & Sedentarietà": nota metodologica	49
4.2. Il campione	50
4.3. I risultati	56
4.3.1. Il modello econometrico	78
4.4. I focus group	82
5. CONCLUSIONI	89
Bibliografia	94
APPENDICE 1. GRAFICI E TABELLE AGGIUNTIVE	101
APPENDICE 2A. IL QUESTIONARIO SPORT & SEDENTARIETÀ (ADULTI).....	105
APPENDICE 2B. IL QUESTIONARIO SPORT & SEDENTARIETÀ (MINORI)	125



01.
INTRODUZIONE

01. 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 (Dati sulla pratica sportiva Istat 2015) 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' (minuti) al giorno all'attività fisica (sport e/o passeggiate) posizionandosi al quinto posto della graduatoria, a 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.

Il progetto di ricerca "Il costo sociale e sanitario della sedentarietà" è stato realizzato grazie al contributo di Sport e Salute e realizzato in partnership tra UISP Aps – Unione Italiana Sport Per tutti, ente proponente, e SVIMEZ – Associazione per lo Sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno, partner scientifico. Esso approfondisce i

gap che riguardano l'attitudine alla pratica sportiva tra il Mezzogiorno e il resto del Paese fornendo indicazioni su quanta parte di questo gap è legato ad un deficit dal lato dell'offerta (infrastrutture sportive) o della domanda (abitudini socioculturali).

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 anche per indirizzare le 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: 1) Pratica sportiva e Sedentarietà; 2) Abitudini e stili di vita; 3) Salute; 4) 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 i risultati dell'indagine su "Sport e Sedentarietà" che è stata svolta nei mesi da marzo a luglio 2021 mediante la progettazione di un questionario somministrato con metodo CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) ad un campione di 2.229 rispondenti. L'indagine quantitativa è stata integrata da tre focus group con esperti di settore e policymaker. La sezione finale conclude.



02. 
OBIETTIVI

02. 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 nel momento in cui si sono consolidate nuove abitudini quotidiane: utilizzare la macchina, lavorare seduti 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, 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 dataset di indicatori non include invece quelli relativi all'offerta di servizi sportivi, come la diffusione di strutture ed impianti per la pratica sportiva, che sono risultati indisponibili.

03.



II SEZIONE
ATTIVITÀ FISICA,
E SEDENTARIETÀ,
ANALISI DATI,
INDICATORI E
DIMENSIONI

03. II SEZIONE ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ, ANALISI DATI, INDICATORI E DIMENSIONI

3.1. DATI 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 diabete¹. Al contrario, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità², 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 tra le ripartizioni Centro-Nord e Mezzogiorno e tra le regioni.

I dati³ 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, foto-

¹ Proper 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.

² Organizzazione Mondiale della Sanità (2015), *Health 2020: An European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

³ Statistiche aggiuntive sono presentate nell'Appendice 1 della presente relazione.

grafano la situazione in condizioni di normalità, permettendo confronti con gli anni precedenti in serie storica. Il questionario "Sport e Sedentarietà" 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.

1 DIMENSIONE: *Pratica sportiva e sedentarietà*

Diverse sono le definizioni in letteratura del concetto di sedentarietà⁴. Ai fini della ricerca 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).

⁴ Pate 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 (MetabolicEquivalentUnits).

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

⁶ Pamela 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.

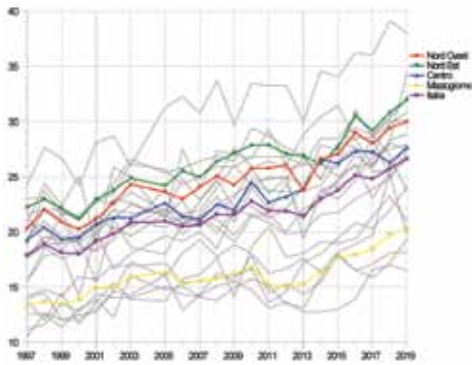


Fig.1. Andamento del tasso % di persone che praticano sport in modo continuativo (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.

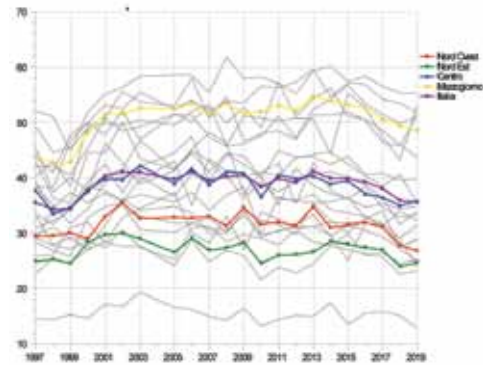


Fig.2. Andamento del tasso % di persone che non praticano sport né attività fisica (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.

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

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).

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

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.

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

Nota: % dei non rispondenti non rappresentata in tabella.

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 del Mezzogiorno. Il trend positivo di aumento costante della pratica sportiva a livello nazionale riguarda tutte le ripartizioni (Fig. 1). 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 tutti tassi di sportivi superiori al 30% ad eccezione del Piemonte (27,45%). La Liguria inoltre registra 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).

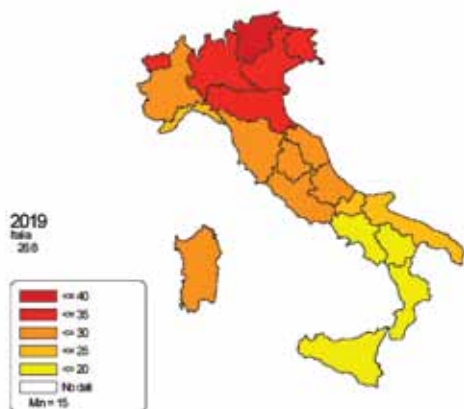


Fig.3. Confronto regionale per tasso % di popolazione che pratica sport in modo continuativo (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia nel 2019.

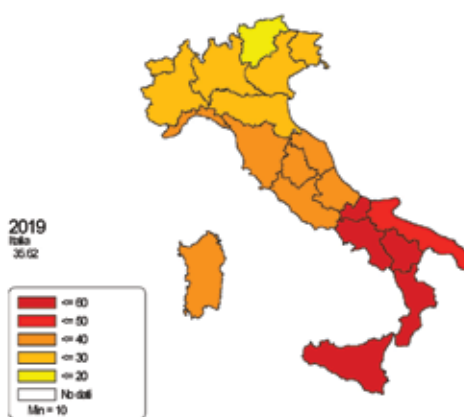


Fig.4. Confronto regionale per tasso % di sedentarietà, quota di popolazione che non pratica sport modo continuativo né attività fisica (maschi e femmine dai 3 anni in su) in Italia nel 2019.

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 ca-

ratterizza 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.

2 DIMENSIONE: 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 croniche⁷. 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.

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).

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

⁸ World Health Organization (2019). European tobacco use – trends report 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. Nello stesso anno, la percentuale più alta, invece, si è registrata nel Lazio (22,92%), seguito dall' Umbria (21,78%) (Fig. 7).

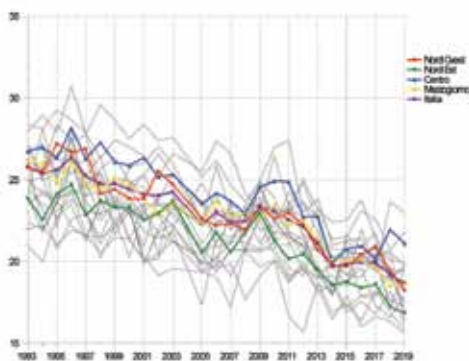


Fig.5. Andamento del tasso % di fumatori (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.



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.

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

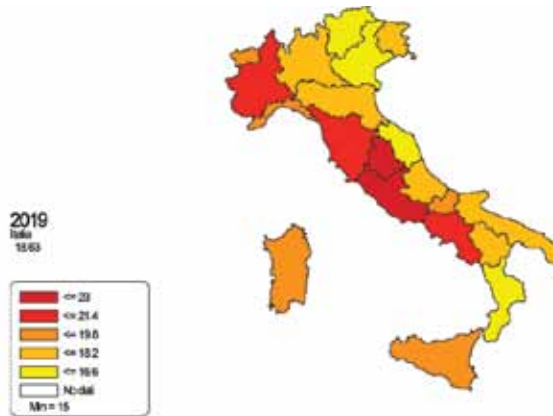


Fig.7. Confronto regionale per tasso % di fumatori sulla popolazione (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia nel 2019.

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 consumata⁹. 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 6% 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

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

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).

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

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.

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

3 DIMENSIONE: 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 alle persone in eccesso 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: IMC compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² mentre per persona obesa: 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.

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).

¹⁰ L'indice di massa corporea è uguale a [Peso in kg] / [Altezza in m]².

¹¹ Cole 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

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

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.*

Fonte: *Elaborazione su dati Health for All – Italia, 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%, 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 stima 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

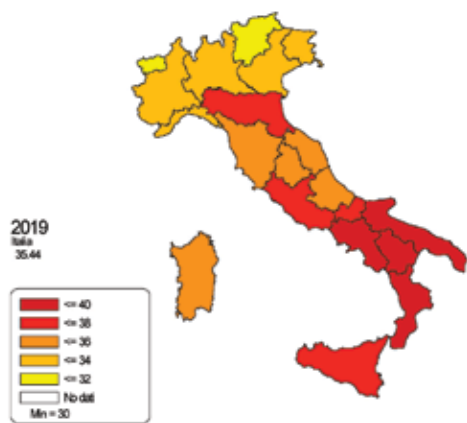


Fig.8. Confronto regionale per tasso % di popolazione sovrappeso (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia nel 2019.

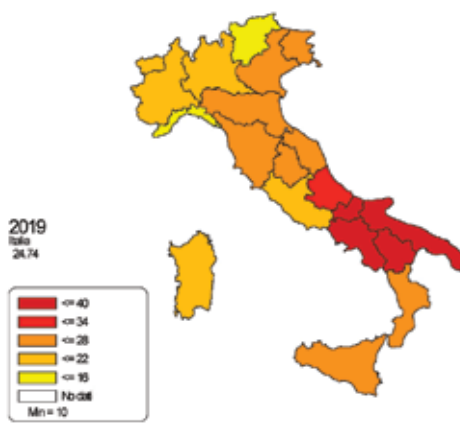


Fig.9. Confronto regionale per tasso % di popolazione con eccesso di peso (maschi e femmine dai 6 ai 17 anni) in Italia nel 2019.

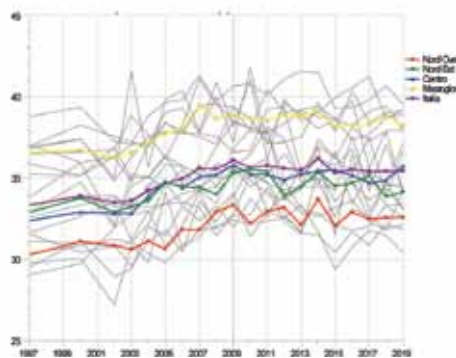


Fig.10. Andamento del tasso % di persone sovrappeso (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.

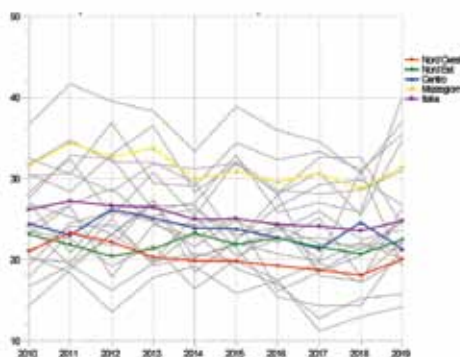


Fig.11. Andamento del tasso % di persone con eccesso di peso (maschi e femmine dai 6 ai 17 anni) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.

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

si dimostra benefica per l'aspettativa di vita: chi cammina regolarmente tende a recuperare il tempo speso in termini di speranza di vita futura¹³.

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 salute¹⁴.

Dal 1990 in poi, per le donne, la maggiore aspettativa di vita si attesta al Nord Est. Il Nord-Ovest ed il Centro 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 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

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

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

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.

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 (Tab. 4).

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).

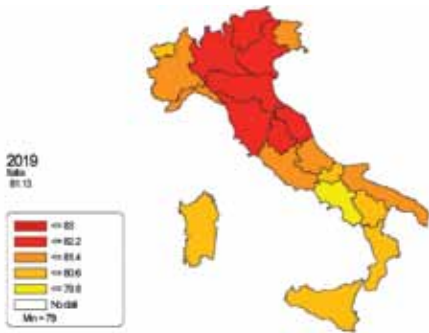


Fig.12. Confronto regionale per speranza di vita alla nascita (maschi) in Italia nel 2019.

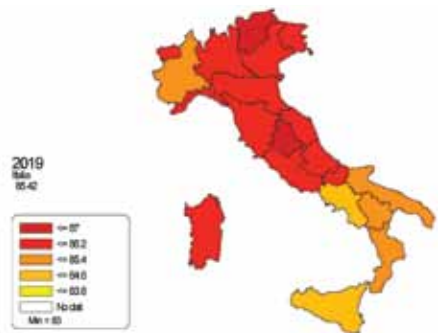


Fig.13. Confronto regionale per speranza di vita alla nascita (femmine) in Italia nel 2019.



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.

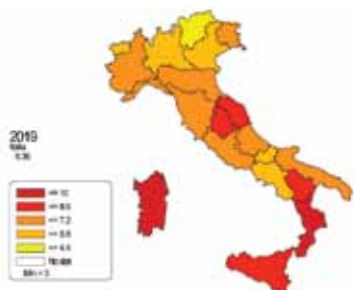


Fig.16. Confronto regionale per tasso % di persone in cattiva salute (maschi e femmine dai 14 anni in su) in Italia nel 2019.

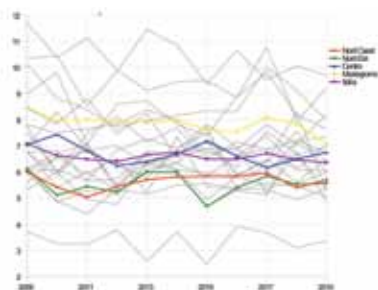


Fig.17. Andamento del tasso % di persone in cattiva salute (maschi e femmine dai 14 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 2009 al 2019.

Fonte: Elaborazione su dati Health for All – 2019.

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

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.*

Fonte.: *elaborazione su dati Health for All – 2019.*

4 DIMENSIONE: 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.

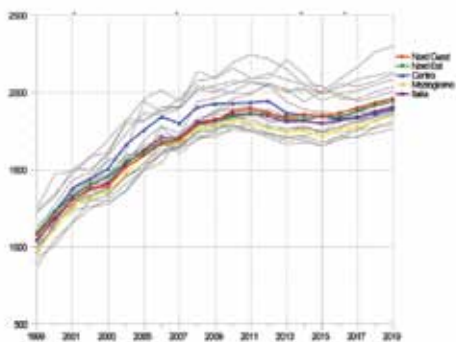


Fig.18. Andamento della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite in Italia, per ripartizione geografica dal 1999 al 2019.

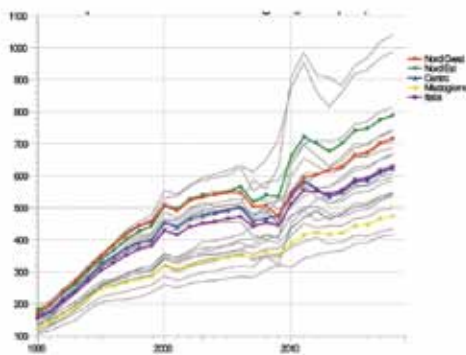


Fig.19. Andamento della spesa sanitaria delle famiglie pro-capite in Italia, per ripartizione geografica dal 1990 al 2019.

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).

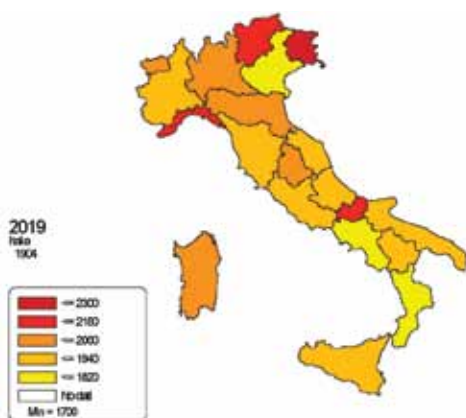


Fig.20. Confronto regionale per spesa sanitaria pubblica corrente pro capite in Italia nel 2019.

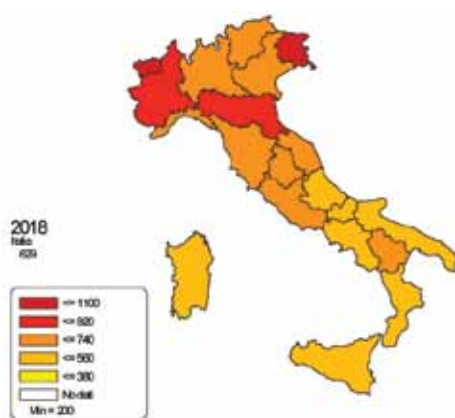


Fig.21. Confronto per spesa sanitaria delle famiglie procapite in Italia nel 2019.

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 farmaci¹⁵.

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 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).

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.

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

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.

Fonte: Elaborazione su dati Health for All – 2019.

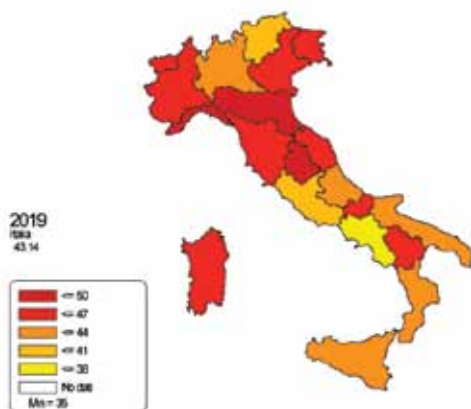


Fig.22. Confronto regionale per tasso percentuale di consumo di farmaci (maschi e femmine) in Italia nel 2019.

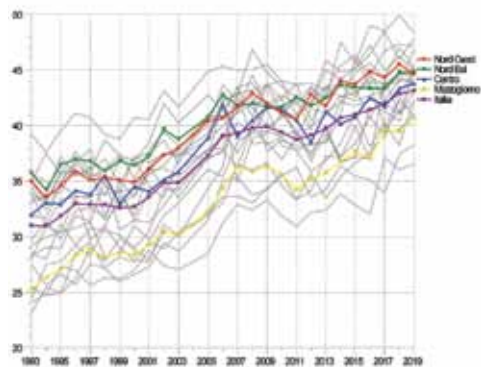


Fig.23. Andamento del tasso di consumo di farmaci (maschi e femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.

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 attività 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).

¹⁶ Hafner 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.

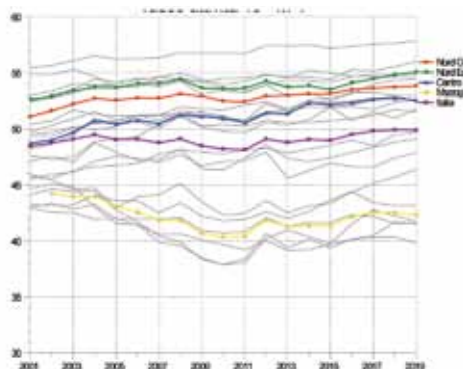


Fig.24. Andamento del tasso % di attività (ma-schi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.

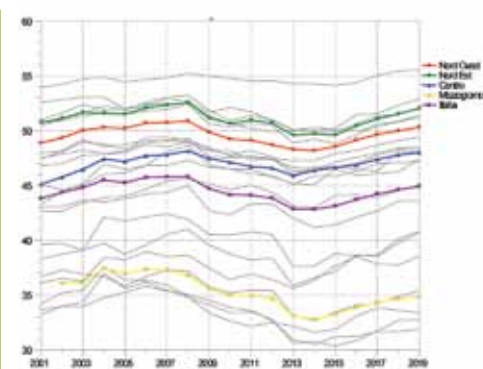


Fig.25. Andamento del tasso di occupazione (ma-schi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.

Fonte: : elaborazione su dati Health for All – 2019.

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).

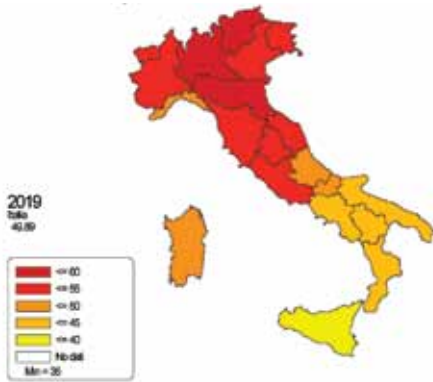


Fig.26. Confronto regionale per tasso di attività (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia nel 2019.

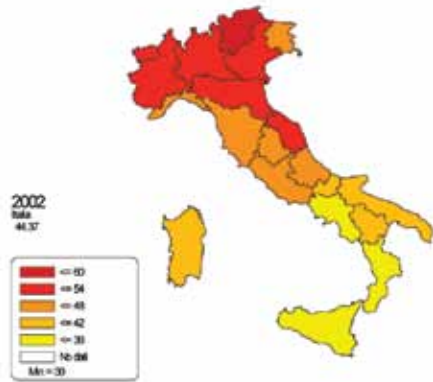


Fig.27. Confronto regionale per tasso di occupazione (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia nel 2019.

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).

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

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.

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).

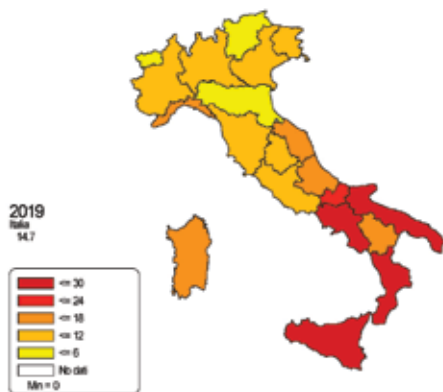


Fig.22. Confronto regionale per tasso percentuale di consumo di farmaci (maschi e femmine) in Italia nel 2019.

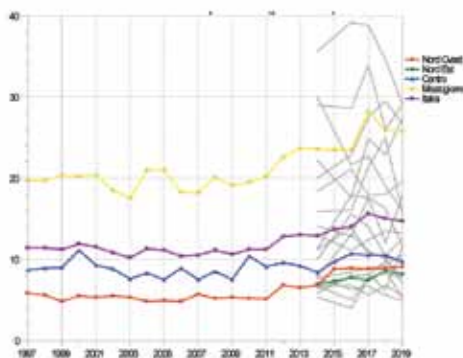


Fig.23. Andamento del tasso di consumo di farmaci (maschi e femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.

Fonte: Elaborazione su dati Health for All – 2019.

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.

L'approccio PLS è stato sviluppato da Herman Wold nel 1975, nell'ambito dei modelli ad equazioni strutturali, *pathmodels*, utilizzando come metodo di stima dei parametri l'algoritmo NIPALS (Non Linear Iterative PartialLeastSquares) (H. Wold, 1966). Il modello PLS misura le relazioni esistenti tra due matrici, X e Y¹⁷, mediante un modello lineare multivariato, che va oltre il tradizionale modello di regressione. Come per il modello di regressione, si distingue il caso in cui si è in presenza di più variabili di risposta Y (PLS2), oppure in presenza di una variabile di risposta y (PLS1). Nel corso del lavoro faremo riferimento al caso PLS1.

Questa famiglia di modelli è particolarmente utile quando è necessario prevedere un insieme di variabili dipendenti da un insieme (molto) ampio di variabili

¹⁷ Il metodo PLS costruisce nuove variabili esplicative ortogonali tra loro, chiamate variabili latenti o componenti, usate come predittori delle variabili di risposta. Obiettivo del PLS è, quindi, creare un numero m (con $m < \text{rango}(X)$) di componenti T , tali da catturare la massima informazione dalle variabili esplicative, in modo che siano le più utili a spiegare le variabili dipendenti e quindi il fenomeno oggetto di studio. Le componenti T sono chiamate "X-scores", in quanto oltre ad essere predittori della Y , modellano/ricostruiscono anche la matrice X . I corrispettivi "Y-scores" sono identificati dalla matrice U . Tutti i parametri presentati sono determinati con l'algoritmo di stima NIPALS. I parametri componentsscores t e u , contengono le informazioni relative alla similarità e alla dissimilarità tra le unità/osservazioni e sono usati per costruire l'ellisse di Hotelling al fine di identificare le associazioni o eventuali outliers nei dati. I weights w e i coefficienti c danno informazioni su come si combinano le variabili originali, per spiegare le relazioni tra la X e la Y , e sono utilizzate nell'interpretazione delle componenti t e u mediante la costruzione del loading plot dove vengono rappresentate contemporaneamente sia le variabili di risposta (Y) che le variabili esplicative (X).

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 variabili indipendenti; 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. La sezione successiva invece è dedicata all'indagine descrittiva e ai risultati relativi al questionario.

Determinanti dell'attività sportiva e della sedentarietà

Nel primo modello sono state analizzate 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).

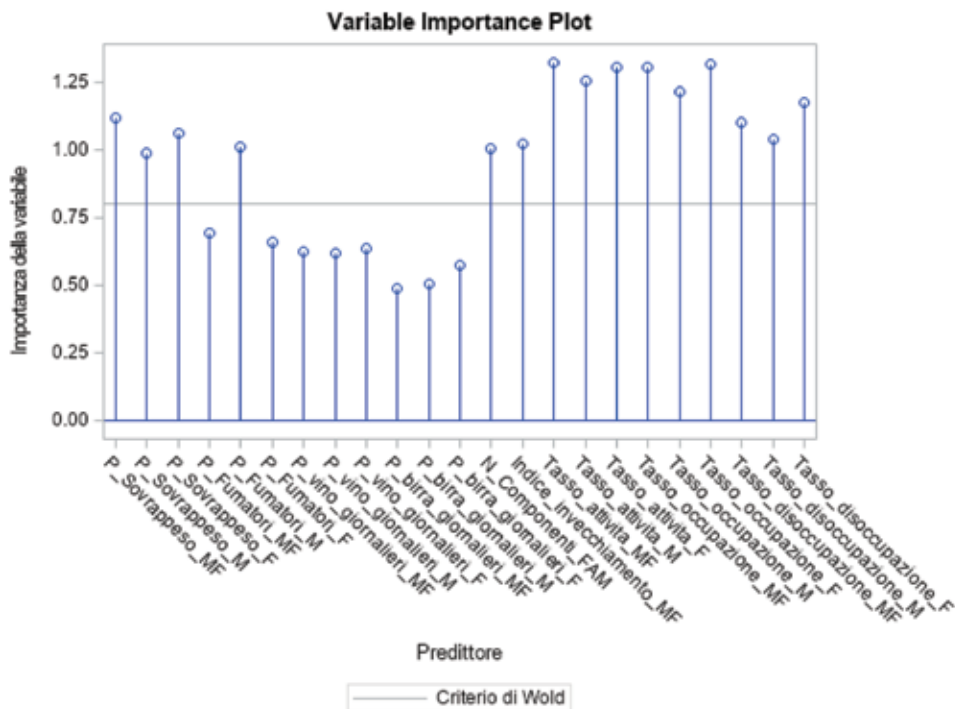


Fig.30. Importanza esplicativa delle variabili.

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.

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

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

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.

	%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

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

04.



L'INDAGINE:
IL QUESTIONARIO
E I FOCUS GROUP

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

4.1. IL QUESTIONARIO “SPORT & SEDENTARIETÀ”: NOTA METODOLOGICA

In concomitanza con la costruzione e l'analisi del dataset di indicatori precedentemente esposta, la ricerca ha previsto la progettazione di un questionario volto ad indagare l'attività fisica e la pratica sportiva in Italia, in particolare in relazione ai cambiamenti e alle restrizioni legate alla pandemia da Covid-19 dell'ultimo anno.

Nell'ambito della ricerca, il questionario “Sport e Sedentarietà” è stato progettato in una versione rivolta ai rispondenti adulti dai 16 anni in su e in una versione junior, concepita per i minori dai 3 ai 16 anni e compilato da genitori o tutori. L'indagine è stata somministrata al campione nel periodo maggio – luglio 2021.

Il questionario è stato realizzato e somministrato con metodo CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) mediante la piattaforma www.surveymonkey.com e sviluppa una batteria di 49 domande (48 per il questionario Junior) che indaga le seguenti quattro dimensioni dei rispondenti:

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

Dopo una fase di testing nel periodo marzo-aprile 2021, la divulgazione del questionario è avvenuta attraverso i Comitati territoriali e regionali Uisp e attraverso le Associazioni Sportive Dilettantistiche coinvolte nel progetto mediante mailing, canali web e social secondo una strategia “a valanga” al fine di raggiungere anche i non tesserati per una maggiore responsività del campione.

Per la somministrazione, che è avvenuta mantenendo l'anonimato degli intervistati, sono stati 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 è operata la correzione del campione con metodi di campionamento statistici. Il campione è stato stratificato per età per altre caratteristiche sociodemografiche e territoriali. Il campione è rappresentativo rispetto alla popolazione che in maniera saltuaria o continuativa pratica attività sportiva.

Il tempo medio di risposta è stato di circa 10 minuti. Il questionario è consultabile nella sua interezza nell'Appendice 2 (Appendice 2a per il questionario Adulti e Appendice 2b per il questionario Junior) della presente relazione.

Per i minori under 16 il questionario è stato compilato da un genitore/tutore, mentre per le persone nella coorte over 65 o con disabilità la compilazione può essere stata assistita o realizzata con metodo CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*) da operatori Uisp.

Nei paragrafi successivi si presentano le caratteristiche del campione dei rispondenti e i principali risultati dell'indagine mediante statistiche descrittive ed emersi dal modello econometrico adottato.

4.2. IL CAMPIONE

Hanno partecipato all'indagine 1.836 rispondenti con più di 16 anni e 393 genitori/tutori per minori di 16 anni per un totale di 2.229 individui complessivamente intervistati residenti in Italia.

La quasi totalità del campione è di nazionalità italiana (il 97,7%), con una quota residuale di rispondenti in possesso di doppia cittadinanza italiana ed estera (circa l'1,3%) e di sola nazionalità estera (circa l'1%). Dei cittadini stranieri, più dell'85% ha provenienza in un Paese extra UE.

Il 74,6% dei rispondenti al questionario adulti con più di 16 anni ha dichiarato di essere residente in una regione del Centro-Nord (più precisamente il 44,4% al Nord, il 30,1% al Centro) mentre il 25,4% è residente in una regione del Mezzogiorno, più precisamente il 18,2% al Sud e il 7,2% nelle Isole (Tabella 9). Quanto alla residenza degli under 16 intervistati, il 65,6% vive in una regione del Centro-Nord (il 44,5% in una regione settentrionale, il 21,1% al Centro) e il 34,4% nel Mezzogiorno (circa il 26,2% al Sud e l'8,2% nelle Isole). La provenienza regionale delle risposte ricevute

rispecchia la presenza e la diffusione territoriale dei comitati Uisp che hanno diffuso il questionario, circa un quarto dei rispondenti è infatti tesserato Uisp.

Circa la metà rispondenti (il 52% degli over 16 e il 46% degli under 16) ha dichiarato di vivere in un comune capoluogo di provincia, l'altra metà in comuni non capoluogo prevalentemente di media e piccola grandezza: circa il 60% di questi ultimi infatti vive in città tra i 10.000 e i 60.000 abitanti, circa il 30% risiede in piccoli comuni sotto i 10.000 abitanti e solo il 10% vive in comuni più grandi con 60.000 abitanti e oltre. Le province che hanno collezionato più risposte per entrambi i questionari sono Firenze (in cui risiede il 12,6% del totale dei rispondenti), Roma (9,8%), Torino (8,3%), Bologna (5,2%) e Brindisi (5%), seguono Forlì-Cesena, Reggio Emilia, Napoli e Modena sotto il 5%.

Per quanto riguarda il genere e le classi di età (Tabella 10) il 55,8% del campione è di sesso femminile il 44,2% di sesso maschile. Gli adulti tra i 30 e i 50 anni rappresentano il 33% del campione. La coorte con la maggiore incidenza di risposte è quella dei giovani tra i 16 ai 20 anni (19,2% con una quota di donne che sale al 64%), mentre la fascia di età tra i 21 e i 30 anni vede il 12,8% delle risposte totali con un'incidenza simile alla classe di età dai 51 ai 60 anni (il 13,5% dei rispondenti). Il questionario dedicato agli under 16 ha un'incidenza del 18,4% sul totale del campione, mentre gli over 60 rappresentano poco meno del 3%. È ragionevole ipotizzare che la scarsa partecipazione degli ultrasessantenni sia dovuta alla minore alfabetizzazione digitale di questa fascia d'età e alla scelta di adottare la modalità CAWI di somministrazione del questionario insieme ad una strategia di diffusione dell'indagine prevalentemente mediante canali web e social.

Regioni e Ripartizioni	Questionario adulti		Questionario junior	
	n	%	n	%
Nord Ovest	314	17,10	55	13,99
Nord Est	502	27,34	120	30,54
Nord	816	44,44	175	44,53
Centro	553	30,13	83	21,12
Sud	334	18,18	103	26,21
Isole	133	7,24	32	8,14
Centro Nord	1.369	74,58	258	65,65
Mezzogiorno	467	25,42	135	34,35
Italia	1.836	100	393	100,00

Tab.9. Provenienza ripartizionale del campione dei rispondenti adulti con 16 anni e più e minori dai 3 ai 15 anni (valori assoluti e % sul totale).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Classi di età	Femmina		Maschio		TOTALE	
	n	%	n	%	N	%
Da 3 a 5 anni	37	3,10%	30	3,18%	67	3,14%
Da 6 a 10 anni	80	6,71%	82	8,69%	162	7,58%
Da 11 a 15 anni	77	6,45%	87	9,22%	164	7,67%
Da 16 a 20 anni	264	22,13%	147	15,57%	411	19,23%
Da 21 a 30 anni	175	14,67%	99	10,49%	274	12,82%
Da 31 a 40 anni	200	16,76%	161	17,06%	361	16,89%
Da 41 a 50 anni	193	16,18%	162	17,16%	355	16,61%
Da 51 a 60 anni	141	11,82%	147	15,57%	288	13,48%
Da 61 a 70 anni	25	2,10%	28	2,97%	53	2,48%
Da 71 anni in su	1	0,08%	1	0,11%	2	0,09%
TOTALE	1.193	100,00%	944	100,00%	2.137	100,00%

Tab.10. Intervistati per genere e classi di età (valori assoluti e percentuali sul totale).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Quanto alle caratteristiche sociodemografiche degli intervistati con più di 16 anni, più della metà del campione risulta essere sposato (49,4%) e unito civilmente o convivente con il partner (12,2%), mentre il 27,5% è celibe/nubile, prevalentemente nella fascia di età sotto i trenta anni, dove l'incidenza dei single sale al 55%. Poco più del 10% ha dichiarato di essere separato/a, divorziato/a o vedovo/a. Circa il 60% del totale ha figli.

Venendo invece al background dei rispondenti, l'ultimo titolo di studio di coloro che hanno risposto al questionario nella versione adulti è prevalentemente il diploma di scuola secondaria superiore (44,6%) seguito dalla laurea per il 30% degli intervistati (Figura 32) a cui si aggiunge un 6,5% di intervistati che hanno conseguito un titolo di studio post lauream come master, specializzazione o dottorato di ricerca. Circa il 5% del campione ha conseguito una qualifica professionale e il 13,7% ha invece un titolo di studio inferiore quale licenza media, elementare o nessun titolo.

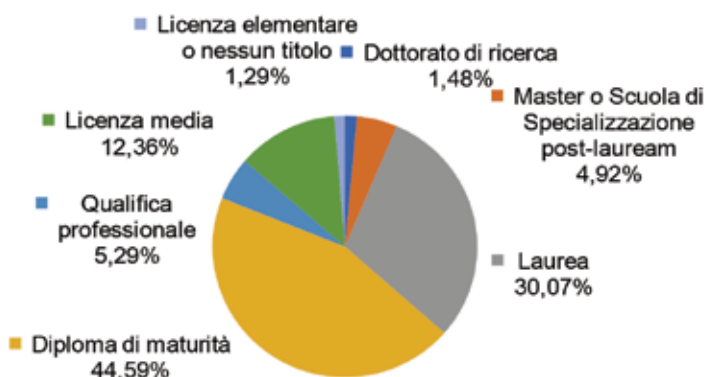


Fig.32. Titolo di studio dei rispondenti al Questionario adulti

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

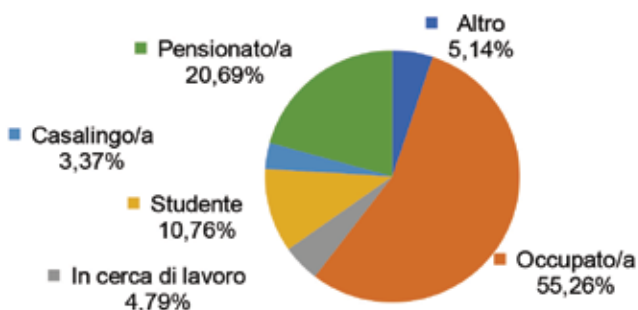


Fig.33. Tipologia di occupazione dei rispondenti al Questionario adulti

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Su 1.630 rispondenti alla domanda sulla tipologia di occupazione svolta, la maggior parte risulta essere impegnato in un'attività lavorativa (il 55%) e/o di studio (il 10,8%) mentre il 20,7% ha dichiarato di essere ritirato dal lavoro (Figura 33). Restano pari a o al di sotto del 5% le quote sia di chi si occupa di casa e familiari, sia di inoccupati e disoccupati in cerca di lavoro che di altre categorie (in cassa integrazione, mobilità, aspettativa o impegnati nel Servizio Civile Nazionale). Rispetto alla fonte principale di reddito, prevale il reddito da lavoro dipendente per il 47,5% dei rispondenti, seguono la pensione (22,1%) e il reddito da lavoro autonomo (13,1%). Il 13,9% invece è a carico di familiari. Circa il 3% invece ha dichiarato di percepire come fonte di reddito principale altre indennità e forme di sostegno e circa 0,5% redditi patrimoniali.

La quasi totalità dei rispondenti al questionario junior è costituita dai genitori dei minori (circa il 95%) che hanno compilato il questionario per uno o più figli. In quota inferiore hanno risposto loro tutori, nonni o altri parenti¹⁸. Analizzando le caratteristiche delle famiglie degli under 16, la totalità del campione risulta vivere con uno o entrambi i genitori e fratelli laddove presenti, a cui si aggiungono altri parenti conviventi quali nonni o partner di uno dei due genitori.

La maggior parte del campione junior è costituita da figli unici (il 65%) mentre risulta notevolmente più bassa la percentuale degli under 16 che ha invece dichiarato di avere fratelli o sorelle (il restante 35% del campione). In questo caso si tratta prevalentemente di nuclei familiari con due (76,6%) o tre figli (19,6%): con una media complessiva di 1,3 fratelli per ciascun minore del campione, solo il 4% degli intervistati ha dichiarato di provenire da una famiglia più numerosa con tre fratelli o più. Quanto al background familiare, il livello di istruzione del genitore o tutore del minore rispondente al questionario è in linea con il campione degli adulti rappresentato in Fig. 32, con il 40,4% dei diplomati e il 36,4% di laureati a cui si somma una quota del 10,2% di coloro i quali hanno conseguito titoli post lauream.

¹⁸ Per semplificazione d'ora in poi si utilizzerà il termine rispondenti o intervistati per indicare i minori del campione a cui si riferiscono le domande del questionario junior.

Il 5,8% ha conseguito una qualifica professionale e il 7,2% licenza media, elementare o nessun titolo. Quanto allo status lavorativo, l'80,7% dei genitori/tutori dei minori intervistati è occupato. Si tratta di una quota nettamente superiore al campione adulti, poiché, in ragione dell'età e dello status di genitore degli intervistati, scende all'1% circa sia la quota degli studenti che quella dei pensionati. Inferiore al 10% la percentuale delle casalinghe e sotto al 7% la percentuale degli inoccupati e disoccupati.

Rispetto alla scuola frequentata, i minori di 16 anni intervistati prevalentemente sono iscritti alla scuola primaria (40,5%), alle scuole secondarie di primo (23,8%) e secondo grado (15,5%). I più piccoli iscritti alla scuola dell'infanzia e al nido sono rispettivamente il 18,9% e l'1,3% del totale (Fig. 34).

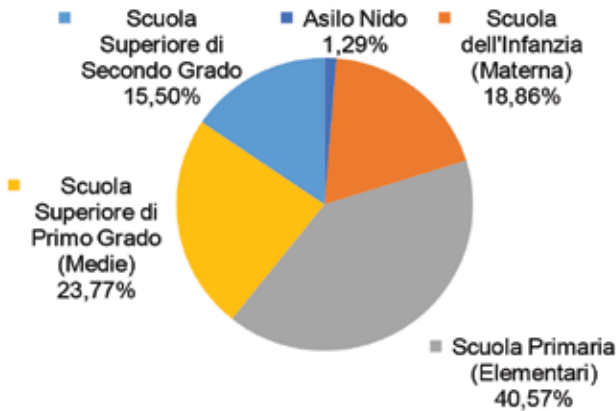


Fig.34. Rispondenti dai 3 ai 15 anni al questionario junior per tipologia di scuola frequentata

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

4.3. I RISULTATI

Stile di vita

Sia il questionario per gli adulti che quello per i minori hanno indagato gli stili di vita e i comportamenti dei rispondenti al fine di approfondire le abitudini circa il grado di attività e sedentarietà del campione. I dati si riferiscono al periodo precedente la pandemia da Covid-19.

Per quanto attiene le attività svolte nella quotidianità (Fig. 35), sono circa 7 le ore di lavoro svolte in media dal campione al giorno dal lunedì al venerdì e 3 ore nei week end. Riguardo la tipologia di lavoro, più della metà dei rispondenti (55,5%) ha dichiarato di svolgere l'attività lavorativa prevalentemente da seduto; all'opposto, il 22,3% è impegnato in un'attività lavorativa che prevede prevalentemente lo stare in piedi. Il 22,1% invece compie un lavoro che implica uno sforzo fisico moderato (18,2%) o intenso tipico dei lavori manuali (3,9%).

Le attività domestiche, dalla pulizia alla preparazione dei pasti, dalla spesa al giardinaggio, e di cura di figli e/o altri familiari occupano i rispondenti in media circa 3 ore nei giorni feriali e salgono a più di 4 in quelli festivi. Nei week end aumenta chiaramente anche il tempo libero medio che passa dalle 3 ore nei giorni feriali alle 6 nei festivi. Se guardiamo al genere dei rispondenti emerge un gap rilevante a proposito delle ore dedicate alle attività domestiche e di cura e del tempo libero. Se le donne del campione risultano lavorare in media poco meno degli uomini, queste dedicano mediamente più tempo alle attività domestiche e di cura, sia nei giorni feriali che festivi: si tratta di più 4 ore al giorno per le donne e di 3 per gli uomini. Ciò avviene a scapito del tempo libero femminile che dal lunedì al venerdì si riduce a circa 3 ore e nei week end poco più di 5 ore. Gli uomini, invece, in media registrano un'ora in più al giorno di tempo libero: 4 ore dal lunedì al venerdì e più di 5 ore il sabato e la domenica.

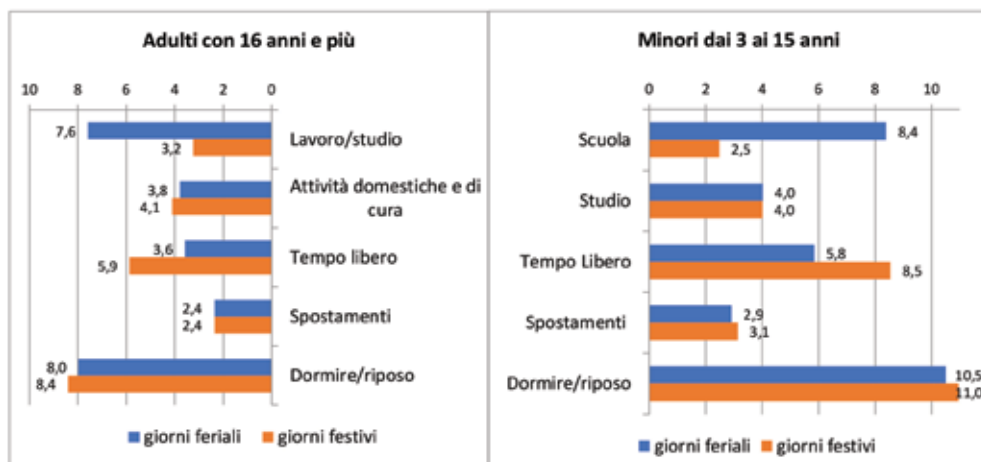


Fig.35. Media delle ore nei giorni feriali e festivi dedicate dai rispondenti adulti e minorenni alle diverse attività quotidiane (lavoro, scuola, attività domestiche e di cura, studio, tempo libero, spostamenti e riposo).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

I minori dai 3 ai 15 anni passano quotidianamente a scuola circa 8 ore in media dal lunedì al venerdì e sono impegnati circa 4 ore al giorno nei compiti e nello studio tutta la settimana, week end inclusi. Il tempo libero è superiore a quello degli adulti sia nei giorni feriali, quando per i junior del campione è pari a circa 6 ore, sia nei week end quando sale a più di 8 ore (Fig. 35).

Se gli adulti con più di 16 anni dedicano circa 8 ore in media al giorno al sonno e al riposo sia nei festivi che nei feriali, il tempo medio per i giovani dai 3 ai 15 anni sale a più di 10 ore.

Infine, le ore dedicate agli spostamenti sono in media circa 2 ogni giorno per gli adulti e 3 per gli under 16, senza particolare distinzione tra feriali e festivi.

Il mezzo di trasporto preferito dal campione sia per il questionario over 16 che per quello under 16 è l'automobile che è utilizzato per più del 40,5% degli spostamenti degli adulti e del 33,7% per quelli degli under 16. Seguono gli spostamenti

quotidiani effettuati a piedi che sono circa il 30% del totale e quelli in bicicletta, inclusa quella elettrica (circa il 16%). Inferiori al 10% gli spostamenti con i mezzi pubblici (treno, bus, navi, metro), con scooter o moto e infine in monopattino. Nel complesso i minori di 16 anni si spostano meno degli adulti in auto e in moto, si muovono di più a piedi (+3%) e soprattutto utilizzano maggiormente mezzi di trasporto green come la bici (+4,7%) e il monopattino (3,5%) sia tradizionali che elettrici (Fig. 36).

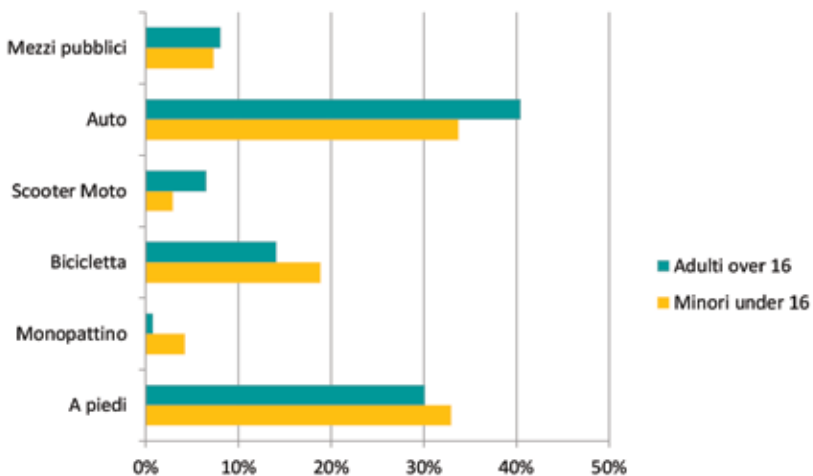


Fig.36. Spostamenti quotidiani di adulti e minori under 16 per tipologia di mezzo utilizzato (quote percentuali sul totale delle risposte).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Analizzando il dettaglio delle attività svolte durante le ore del tempo libero di adulti e minori intervistati (Fig. 37) emerge che l'attività più frequente di tutti è l'utilizzo di smartphone, PC e/o tablet. Gli adulti utilizzano smartphone, PC e altri dispositivi tecnologici sette giorni su sette. La metà degli adulti intervistati utilizza i dispositivi più di un'ora al giorno, un quarto più di due ore (Fig. 38). La frequenza d'uso media si abbassa per i più giovani a meno di 6 giorni alla settimana. Chi inve-

ce guarda programmi TV lo fa in media per 5 volte alla settimana prevalentemente per circa 1-2 ore al giorno (per il 47,1% degli intervistati) (Fig. 38). Solo il 15,6% guarda la televisione per più di 2 al giorno mentre il 37,3% dei rispondenti adulti lo fa per meno di un'ora. Anche giocare ai videogiochi impegna chi lo fa prevalentemente per circa 1-2 ore al giorno (il 26,5%) o meno (56,6% dei rispondenti); il 16,9% lo fa per più di 2 ore.

Gli under 16 preferiscono guardare TV, serie e film (lo fanno in media oltre 6 giorni su 7 alla settimana) più degli adulti (per cui la frequenza settimanale scende a 5 volte); giocare ai videogiochi (almeno 3 volte la settimana in media) e cantare o suonare uno strumento (4 volte la settimana in media) (Fig. 37).

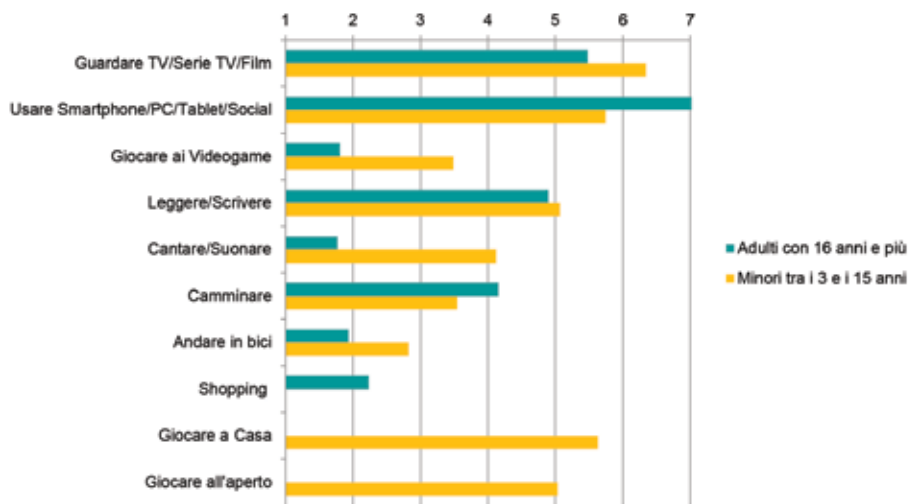


Fig.37. Attività del tempo libero per frequenza settimanale (numero medio di giorni della settimana dedicati all'attività) di adulti con 16 anni e più e minori tra i 3 e i 15 anni.

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Leggere (libri e/o giornali) e scrivere è invece un'attività che impegna chi lo fa in media circa 5 volte la settimana, sia per gli adulti che i giovani del campione. Spostando l'attenzione su attività fisiche come camminare e andare in bici, in questo caso non come mezzi di trasporto ma come attività ricreativa, emerge che le camminate sono più frequenti negli adulti che vi si dedicano più di 4 volte la settimana (i minori circa 3) mentre andare in bici interessa meno di 2 giorni in media a settimana gli adulti e più di 3 gli under 16. Per questi ultimi giocare all'aperto è meno frequente del gioco in casa, sia da soli che in gruppo. In breve, l'utilizzo di dispositivi elettronici per i minori è nettamente superiore all'attività del gioco sia all'aperto che al chiuso.

Gli adulti che vanno in bicicletta e passeggiano per trascorrere del tempo libero lo fanno in genere per più di mezz'ora, con una quota rilevante di chi va in bici per più di un'ora (29,1%) o più di due ore in media ogni volta (22,3%). Il tempo per sessione in bici o di camminata è più basso per i minori (Figure 38 e 39).

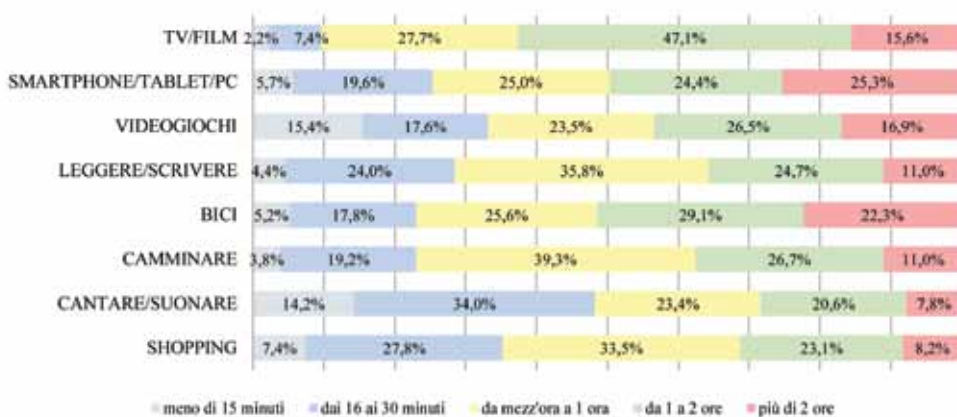


Fig.38. Attività del tempo libero per durata del tempo medio al giorno dichiarato dagli adulti con 16 anni e più sul totale dei rispondenti al questionario adulti.

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

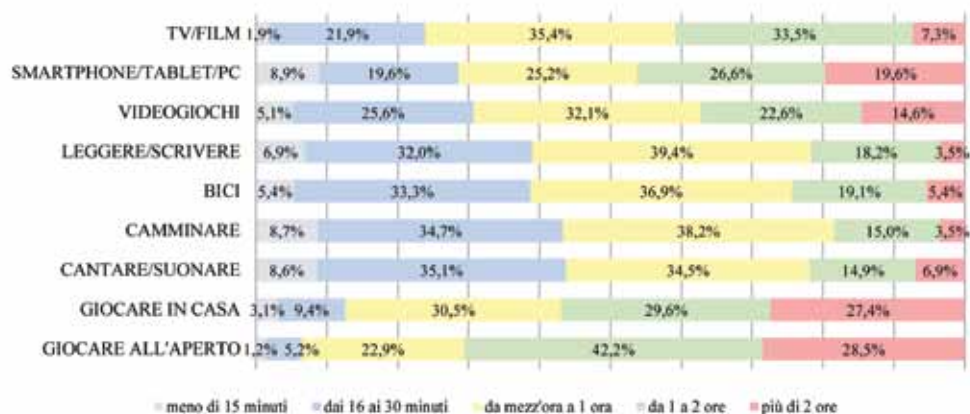


Fig.39. Attività del tempo libero per durata del tempo medio al giorno dichiarato dai minori dai 3 ai 15 anni sul totale dei rispondenti al questionario junior.

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Attività e pratica sportiva

Il 73,8% del campione di adulti e minori pratica sport. Il 40,5% sul totale ha dichiarato di praticare sport in maniera regolare, il 23,4% saltuariamente e il 9,9% a livello agonistico. Il restante 26,2% degli intervistati ha dichiarato di non praticare alcuno sport.

In Figura 40 sono rappresentate le differenze per fasce d'età nella pratica sportiva, da cui emerge che la quota complessiva di sportivi è più alta (85%) nella fascia di età tra gli 11 e i 15 anni dove è massima anche la percentuale degli agonisti (34,85%). Il dropping out dallo sport, in particolare nell'agonismo che si dimezza crollando al 13,5%, è evidente già nella fascia dei giovani tra i 15 e i 20 anni che registra però ancora una quota elevata di sportivi pari all'82%.

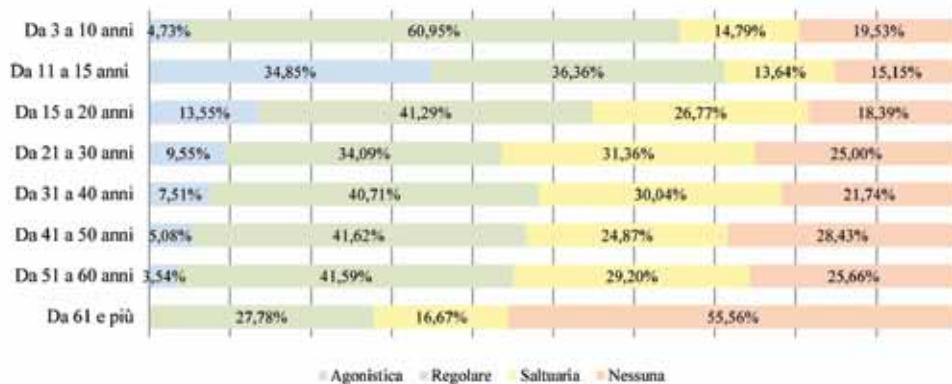


Fig.40. Pratica sportiva e sedentarietà del campione per età (percentuali sul totale dei rispondenti).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez “Sport & Sedentarietà”, 2021

La quota di chi pratica sport a livello agonistico scende man mano che l'età degli intervistati aumenta per azzerarsi nella coorte degli over 60. All'opposto è negli individui con più di sessant'anni che la quota di sedentari è massima e caratterizza più della metà degli intervistati (il 55,6%). Il tasso più bassa di sedentarietà emerge nelle coorti fino ai 20 anni dove si mantiene al di sotto del 20%. Resta comunque preoccupante che un ragazzo su sei sotto i 20 anni non pratici alcun tipo di attività sportiva, nemmeno saltuariamente. Dai sedici ai sessant'anni la percentuale di chi pratica sport regolarmente è di circa il 40% ad eccezione della coorte tra i 21 e i 30 anni dove si riduce al 34%, mentre la percentuale di chi pratica sport saltuariamente raggiunge il picco del 31%.

Se analizziamo le risposte allo stesso quesito sull'attività sportiva in base alla provenienza geografica degli intervistati, emergono delle sostanziali differenze tra il Centro-Nord e il Mezzogiorno, sia nel campione dei minori che in quello degli adulti (Fig. 41 e 42).



Fig.41. Pratica sportiva e sedentarietà del campione di adulti dai 16 anni in su (percentuali sul totale dei rispondenti al questionario adulti).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez “Sport & Sedentarietà”, 2021

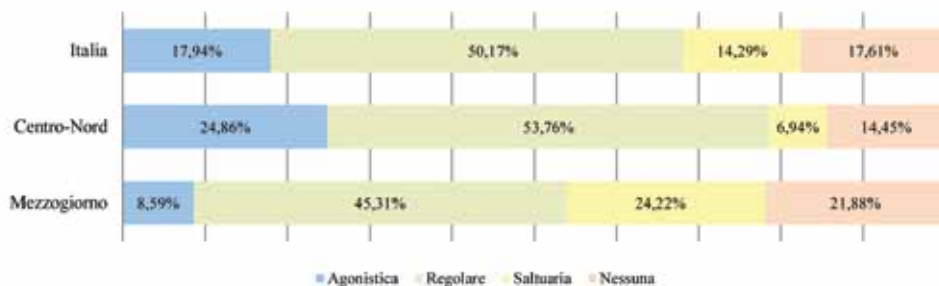


Fig.42. Pratica sportiva e sedentarietà del campione di minori dai 3 ai 15 anni (percentuali sul totale dei rispondenti al questionario junior).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez “Sport & Sedentarietà”, 2021

Gli adulti intervistati con più di 16 anni residenti nelle regioni del Mezzogiorno praticano sport meno regolarmente (27,2%) e più saltuariamente (33,2%) di quelli del Centro-Nord, dove la quota di chi pratica sport abitualmente sale al 42,8% e quella di chi lo fa saltuariamente scende al 26,8%. Sebbene la quota di agonisti sia maggiore al Mezzogiorno (10,3%) il tasso di sedentari (29,3%) supera del 7% quello registrato negli adulti residenti nelle regioni centro-settentrionali (22,1%). La pratica sportiva degli adulti (Fig. 41) mostra però nel complesso una certa omogeneità tra Centro-Nord e Mezzogiorno, rispetto al campione degli under 16 dove emergono le maggiori differenze. È negli under 16 residenti nel Mezzogiorno che

compare infatti un considerevole divario nella pratica sportiva agonistica che è pari all'8,6% sul totale degli under 16 intervistati, tre volte inferiore rispetto al Centro Nord (24,8%). Inoltre, il tasso di bambini e ragazzi sedentari al Sud è pari quasi al 22% rispetto al 15% registrato nel Centro-Nord. Infine, la pratica sportiva nei minorenni appare al Sud e nelle Isole molto più saltuaria (24,2%) se non assente.

Tra i motivi addotti alla mancata pratica sportiva dei minori intervistati (Tab. 43), fatta salva una quota del 35% di genitori/tutori che non reputa il proprio figlio abbastanza grande per essere introdotto allo sport, spiccano la mancanza di interesse e di motivazione. L'accessibilità e la lontananza degli impianti non sembrano essere il vero deterrente, quanto invece appaiono i costi che sono ritenuti troppo elevati e per il 30% degli intervistati si configurano come una vera e propria barriera all'accesso.

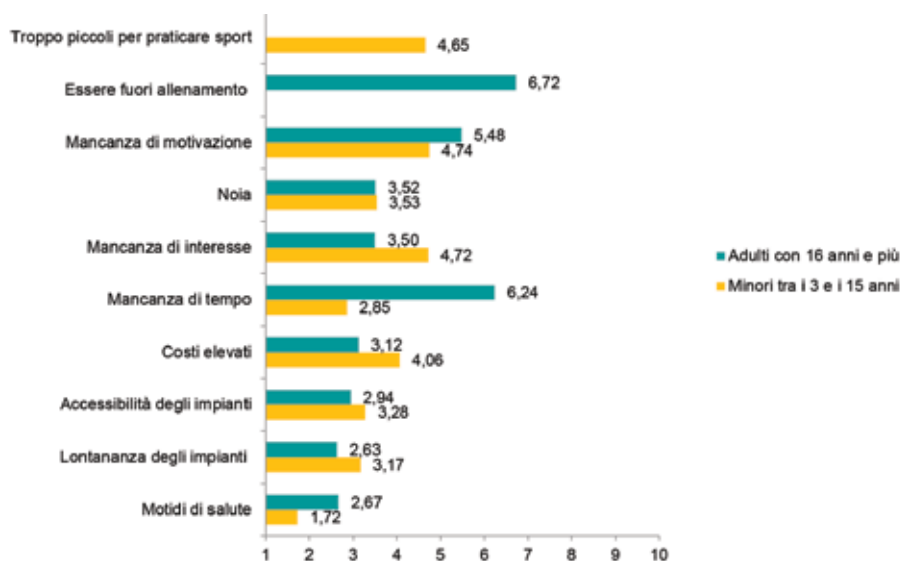


Fig.43. Motivazioni di Adulti dai 16 anni in su e di Minori tra i 3 e i 15 anni addotte alla mancata pratica sportiva, espresse in media per ogni affermazione su scala di accordo da 1 per nulla d'accordo a 10 completamente d'accordo.

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Per gli adulti, invece, in testa alle motivazioni delle sedentarietà (Tab. 43) troviamo la paura di essere fuori allenamento e la mancanza di tempo. La prima sembra caratterizzare la coorte degli ultrasessantenni che presentano un tasso di sedentarietà doppio rispetto alle altre fasce d'età, la seconda quella dei quarantenni (dove il tasso di sedentari è del 28%) che si presuppone abbia il carico familiare e di lavoro più elevati. Anche la mancanza di motivazione sembra essere annoverata tra le cause della mancata attività sportiva degli adulti. Meno rilevanti i costi necessari per praticare sport, rispetto a quanto rilevato nei minori e, in generale, rispetto all'accessibilità e alla distanza degli impianti. È invece la grandezza del centro abitato a far comparire la distanza dell'impianto sportivo come uno dei motivi prevalenti addotti dagli adulti per la sedentarietà, che accomuna chi risiede nei grandi comuni con più di 500.000 abitanti e all'opposto chi vive nei piccoli con meno di 1.000 abitanti (registrando per entrambi valori medi superiori a 7 su una scala di accordo da 1 a 10).

A proposito dei costi sostenuti dalle famiglie, con riferimento al periodo precedente la pandemia da Covid 19 e alle conseguenti restrizioni il 57,7% degli adulti intervistati, al netto di chi non sa o ha preferito non rispondere, ha dichiarato di spendere fino a 500 euro l'anno per la pratica sportiva, il 36% ha speso tra 500 e 1.500 euro e il 6,3% più di 1.500 euro. Tali spese includono abbonamenti, costi di accesso e utilizzo strutture, quote di iscrizione e assicurazione nonché l'acquisto articoli sportivi e attrezzature. Per i minori, la quota dei genitori che ha dichiarato di spendere per la pratica sportiva dei propri figli meno di 500 euro l'anno sale al 68,7% e scende al 28% la percentuale di coloro che hanno dichiarato spese annue tra i 500 e i 1.500 euro. La quota di chi spende di più è pari al 3,3%.

Per quanto riguarda la stagionalità dell'attività sportiva, lo sport è praticato dagli intervistati tutto l'anno, salvo per una quota dell'11,6% degli intervistati adulti che ha dichiarato di praticare sport prevalentemente in primavera ed estate e per il 10,7% che invece predilige i mesi invernali. La percentuale degli under 16 che pratica sport soprattutto in autunno ed inverno sale al 23%, al contrario della pratica in primavera-estate che per i minori intervistati scende all'8,2%.

Andando alla tipologia di sport praticato, il 76% degli adulti intervistati ha dichiarato di praticare una disciplina sportiva riconosciuta dal CONI; quota che sale al 90% per i minori.

Il 67,8% degli adulti sportivi del campione è tesserato presso un Ente sportivo nazionale, di cui 81,7% presso un Ente di Promozione Sportiva, il 16,7% presso FSN - Federazione Sportiva Nazionale. La quota dei tesserati sale al 75,4% per i minori di 16 anni che risultano prevalentemente iscritti ad Enti di Promozione Sportiva (circa 60%) e federazioni della FSN - Federazione Sportiva Nazionale (42%). Le restanti quote residuali sono di tesserati a DSA - Discipline Sportive Associate.

Significative differenze emergono nella tipologia di sport praticato dagli adulti con più di 16 anni e dai minori tra i 3 e i 15 anni (Fig. 44). Fatta eccezione per gli sport invernali, su ghiaccio e di montagna che sembrano accogliere trasversalmente le preferenze sia di adulti che di minori (più del 13% degli intervistati ha dichiarato di praticarne), gli over 16 si dedicano maggiormente a sport che è possibile praticare anche in forma individuale e all'aria aperta. In primis parliamo di footing, jogging e running (praticati dal 15,8% del campione), escursioni, trekking e passeggiate (15,5%), ciclismo (7,8%). Elevata anche la quota di adulti che praticano ginnastica, fitness e culturismo (14,7%), yoga e pilates (6,3%). Circa 3% degli adulti intervistati ha dichiarato inoltre di praticare tennis, arti marziali e atletica.

I minori di 16 anni praticano più degli adulti sport acquatici come il nuoto e subacquei (il 13,8% rispetto al 5,7% degli adulti) e di squadra come il calcio o calcetto (12,4%), la pallavolo (7,1%) e la pallacanestro (3,91%). Rilevante anche la quota dei minori che praticano atletica leggera (9,4%) e danza (8,51%), ginnastica, aerobica, fitness e culturismo (8%). Del tutto assenti tra gli sport praticati dagli under 16 yoga o pilates (Fig. 44).

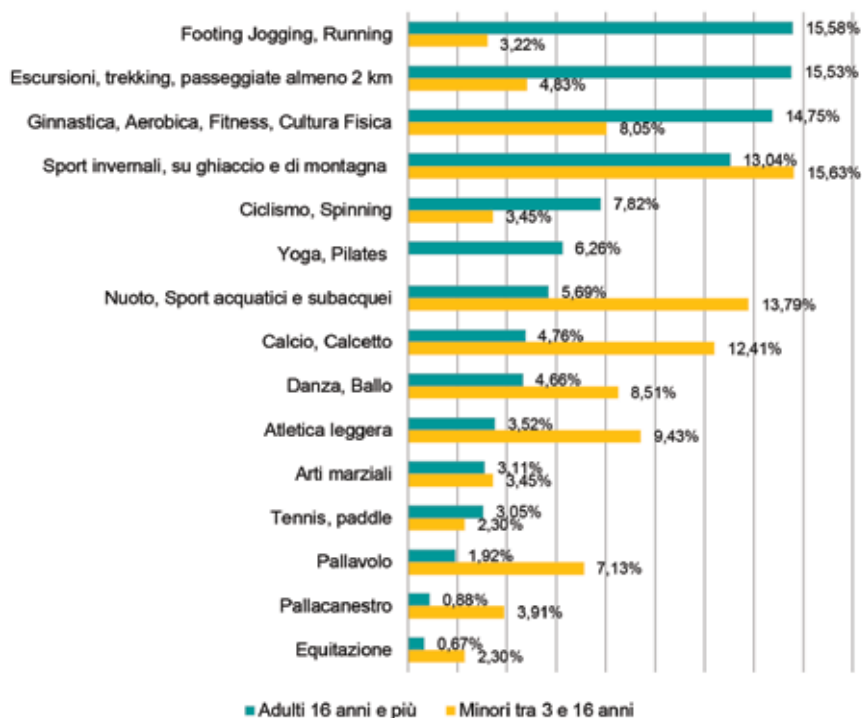


Fig.44. Tipologia di sport praticata dal campione di Adulti dai 16 anni e Minori tra i 3 e i 15 anni (in percentuale sul totale dei rispondenti rispettivamente al questionario adulti e minori)

Fonte: Indagine Uisp-Svimez “Sport & Sedentarietà”, 2021

Per quanto riguarda la frequenza con cui gli sport indicati vengono realizzati, le sessioni di allenamento del campione sono in media circa due la settimana. Tra gli sport che vengono praticati dagli adulti per un numero superiore di sessioni settimanali troviamo footing e jogging, ginnastica, fitness e body building e trekking, passeggiate ed escursionismo: in sintesi, chi pratica questi sport lo fa per più di tre volte alla settimana in media. Yoga, Pilates e nuoto sono praticati per circa due volte la settimana in media, mentre gli altri sport registrano una frequenza settimanale inferiore alle due volte. I minori di 16 anni praticano sport meno di due

volte la settimana, salvo che per il calcio, la ginnastica, il nuoto e l'atletica e la danza che impegnano bambini e ragazzi mediamente più di due sessioni settimanali. Se confrontiamo le risposte degli adulti che vivono al Centro-Nord con chi vive al Mezzogiorno emerge in media una maggiore frequenza delle sessioni settimanali di attività sportiva nelle regioni centro-settentrionali, mentre tale differenza non emerge per il campione degli under 16.

Riguardo la durata media delle sessioni, circa l'80% degli adulti pratica sport per una durata di un'ora o inferiore, mentre i giovani sotto i 16 anni registrano tempi superiori: il 65% si allena o pratica sport per almeno un'ora ogni volta.

La maggior parte dei minori di 16 anni intervistati (89%) pratica in aggiunta allo sport extrascolastico menzionato, anche educazione fisica e sport curricolari a scuola: circa la metà lo fa per almeno 2 ore settimanali, l'11% per 3 ore e più e un quarto per circa un'ora la settimana.

La dimensione sociale dello sport emerge dalla Figura 45 che evidenzia come più del 40% dell'attività sportiva sia svolta in compagnia di amici o familiari. In particolare, è la fascia di età dei trenta-quarantenni a praticare sport con amici (il 40% degli intervistati) e familiari (il 14% dei trentenni e il 15,8% dei quarantenni sul totale). Almeno un quarto degli intervistati svolge, invece, l'attività sportiva da solo, con un picco massimo nei cinquantenni (37,8%) seguiti dai ventenni (31,8%). L'allenamento con personal trainer, allenatore o preparatore atletico è più diffuso agli estremi negli under 20 e negli over 60, rispettivamente per il 24,6% e il 33,3% degli intervistati. Nella campione degli ultrasessantenni scompare lo sport praticato con i familiari e aumenta quello in compagnia di estranei facilitato da istruttori.

Una sostanziale differenza tra il campione degli adulti e quello dei minori intervistati emerge riguardo al luogo prevalentemente utilizzato per l'attività sportiva (Fig. 46). Riferendoci al periodo prevedente la pandemia da Covid-19 e le relative restrizioni, emerge che la quasi totalità di bambini e i ragazzi dai 3 ai 15 anni che praticano sport lo fanno in un impianto sportivo (il 90,6%), laddove per impianto sportivo si intendano incluse palestre, piscine, piste e campi. Solo il 7,8% degli un-



Fig.45. Con chi viene praticata l'attività sportiva di adulti con più di 16 anni per fasce d'età (quota percentuale sul totale degli intervistati per coorte).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

der 16 svolge l'attività sportiva extra scolastica all'aria aperta in parchi, giardini e strada pubblica e una quota trascurabile dell'1,6% a casa. Solo metà degli adulti dai 16 anni in su (il 53%) invece fa sport in impianti: oltre il 40% pratica sport all'aperto su strada o in luoghi pubblici e circa il 7% a casa. Il dato è coerente con la tipologia di sport più diffusi negli under 16 e negli adulti rappresentati in Figura 44.

Gli impianti sportivi frequentati dai minori sono prevalentemente di proprietà pubblica (68%), statale, regionale, comunale o locale inclusi impianti scolastici, mentre quelli frequentati dagli adulti sono per metà pubblici e per metà privati.

Se analizziamo i dati riferiti agli impianti sportivi considerando invece la provenienza geografica del campione degli adulti, si evidenzia che al Centro-Nord appare più diffusa la pratica sportiva negli impianti che sale al 54%, mentre nelle regioni del Mezzogiorno si attesta al 48,4%. A Sud e nelle Isole, infatti, sale sopra la media nazionale la quota di chi pratica sport all'aria aperta (42,7%) e a casa (8,9%). Rispetto alla tipologia di impianto sportivo frequentato tra Centro-Nord e Mezzogiorno emerge una sostanziale differenza, se nelle regioni settentrionali

più di uno sportivo su due utilizza un impianto sportivo di proprietà e/o gestione pubblica (il 51,7% del campione di intervistati), nelle regioni del Mezzogiorno solo il 37,5% pratica sport in un impianto pubblico, mentre il 62,5% preferisce un impianto sportivo privato. Si può ipotizzare che tale divario possa essere generato da una minore diffusione di impianti sportivi pubblici nelle regioni meridionali ed insulari. Mentre al Centro e nel Nord-Est, infatti, la pratica sportiva negli impianti pubblici è massima poiché riguarda rispettivamente il 55,2% e il 52% degli sportivi del campione, risulta invece minima nelle regioni meridionali (34%) e isole (44%). Secondo tale ipotesi e sulla scorta dei dati emersi, l'offerta di impianti sportivi pubblici sembrerebbe maggiormente carente in Sicilia, dove la quasi totalità del campione (il 90%) ha dichiarato di praticare sport in strutture a gestione privata, seguita da Campania, Calabria e Puglia dove la pratica sportiva negli impianti pubblici riguarda circa il 30% dei rispondenti o meno. Eccezione nel Mezzogiorno è costituita dalla Sardegna dove gli intervistati sembrano usufruire maggiormente di impianti sportivi pubblici (il 60%) rispetto a quelli privati. All'opposto al Nord ad essere in controtendenza è la Lombardia dove gli impianti pubblici sono preferiti solo dal 33% degli sportivi intervistati.



Fig.46. Luoghi in cui viene prevalentemente praticata l'attività sportiva di Adulti con più di 16 anni e Minori dai 3 ai 15 anni (quota percentuale sul totale degli intervistati per questionario Adulti e questionario Junior).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Il gradimento medio espresso dagli intervistati circa gli impianti sportivi frequentati (Fig. 47) è buono sia per adulti che minori, supera infatti il 3,5 per tutti gli aspetti indagati su una scala da 1 (insufficiente) a 5 (ottimo). In generale, eccetto per la pulizia che registra lo stesso livello, la soddisfazione manifestata dai genitori dei minori è superiore a quella mostrata dagli adulti. In particolare, il giudizio più alto è espresso dai genitori dei minori di 16 anni rispetto all'accessibilità dei centri sportivi, la vicinanza ed i costi. Lievemente inferiore l'apprezzamento per la pulizia e la manutenzione. Si rileva che, sia per adulti che per minorenni, la soddisfazione espressa per gli impianti sportivi dagli intervistati residenti nel Centro-Nord è superiore per tutti gli aspetti indagati a quello espresso dai rispondenti residenti nelle regioni del Mezzogiorno. Ciò è riscontrabile sia per gli impianti pubblici che per quelli privati per tutte le dimensioni prese in considerazione.

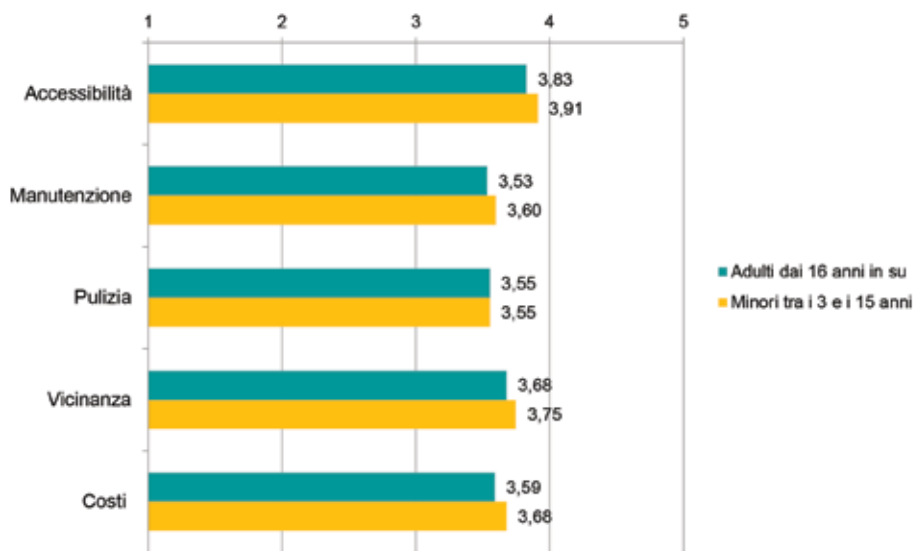


Fig.47. Grado di soddisfazione medio espresso dal campione di adulti e minori rispetto ad accessibilità, manutenzione, pulizia, vicinanza e costi degli impianti sportivi frequentati (su scala da 1 insufficiente a 5 ottimo).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

È possibile dunque fare alcune considerazioni in ragione dei dati sovraesposti circa la tipologia di sport praticato e il luogo: i più giovani, che praticano sport prevalentemente in impianti, hanno maggiormente risentito della chiusura delle strutture sportive durante il lockdown e nei successivi periodi di chiusura di centri sportivi, palestre, piscine, piste e campi. Ciò sembra confermato nella Figura 48 in cui vengono espressi dagli intervistati i cambiamenti dovuti al contenimento della pandemia da Covid-19 e indotti nelle abitudini sportive da marzo 2020 in poi nelle diverse fasce di età. Dall'Indagine emerge infatti che sono i più giovani e i più anziani, gli ultrasessantenni, ad essere stati maggiormente penalizzati dalle restrizioni attuate durante il lockdown e le chiusure. Più della metà dei bambini intervistati dai 3 a 10 anni ha di fatto interrotto la pratica sportiva per lunghi (36,1%) o brevi periodi (19,3%). In aggiunta il 29,5% ha diminuito la frequenza della pratica sportiva e solo una quota sotto il 5% è riuscita a praticare sport come prima.

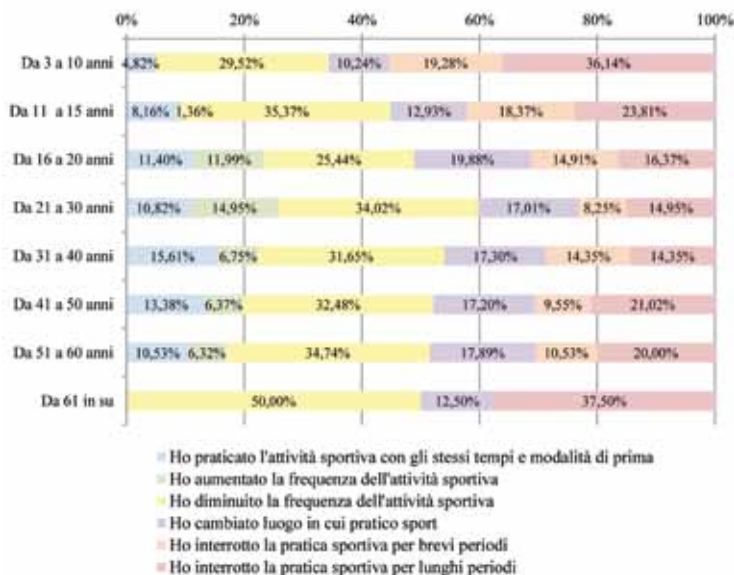


Fig.48. Cambiamenti indotti dalla pandemia da Covid-19 e relative restrizioni da marzo 2020 nella pratica sportiva abituale di adulti e minori per fasce d'età (quota percentuale sul totale degli intervistati per coorti di età)

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Ancora peggiore ciò che accaduto agli over 60: nessuno degli intervistati sembra essere riuscito a mantenere le proprie abitudini e si registra prevalentemente una diminuzione della pratica sportiva per la metà del campione e l'interruzione lunghi periodi per il 37,5%.

Sono i giovani tra i 16 e i 30 anni ad essere riusciti ad adattarsi meglio alle restrizioni e alle chiusure riuscendo anche ad aumentare la pratica sportiva (quasi il 15% dei ventenni intervistati e il 12% dei ragazzi tra i 16 e i 20 anni) e cambiando luogo per gli allenamenti (circa il 18% in media dei ragazzi tra i 16 e i 30 anni).

Il 10% degli adulti con più di trent'anni e meno di sessanta ha continuato a praticare sport nelle stesse modalità e tempi precedenti alle restrizioni o per farlo ha cambiato luogo in cui allenarsi (più del 17%) ma, anche in questo caso, oltre il 60% degli intervistati ha diminuito (oltre il 30%) o interrotto l'attività sportiva (oltre 30%).

Salute

Il questionario ha infine indagato alcune dimensioni legate alla salute e allo stile di vita dei partecipanti, al fine di analizzare mediante il modello che esporremo nella prossima sezione la relazione tra tali variabili e l'attività fisica e sportiva.

In primis è stata affrontata la condizione di salute generale. Il 63% dei rispondenti adulti ha dichiarato di non soffrire di patologie croniche o di lunga durata. L'assenza di patologie rilevanti interessa la quasi totalità degli under 16 intervistati (91%).

Questa condizione non sembra costituire una limitazione alle proprie attività quotidiane per più del 62% degli intervistati; il 32% degli adulti e il 38% dei minori che convivono con patologie croniche ha riferito, invece, che questo genera una limitazione lieve della propria quotidianità, solo nel 6% degli adulti tale limitazione diventa grave.

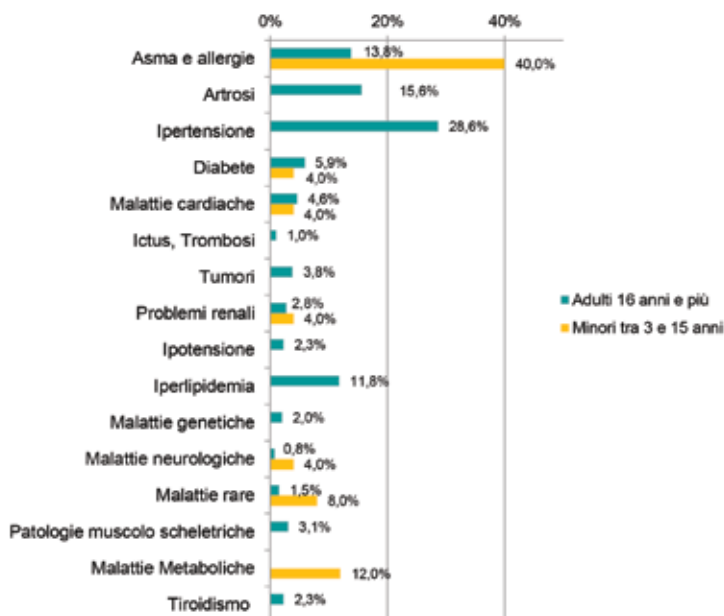


Fig.49. Patologie croniche o di lunga durata riportate dagli intervistati Adulti e Minori per fasce d'età (quota percentuale sul totale degli intervistati per coorti di età).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Le patologie dichiarate dagli intervistati sono riportate in Figura 49. Tra le più diffuse troviamo asma ed allergie, trasversali alle fasce d'età, mentre negli adulti del campione le più frequenti sono artrosi, ipertensione, iperlipidemia. Le ultime due sono considerate dalla letteratura correlate a stili di vita sedentari e al sovrappeso/obesità. Nei minori del campione, invece, sono rilevate alcuni casi di malattie metaboliche, neurologiche e rare.

Per quanto riguarda comportamenti e abitudini legate alla salute, il questionario ha indagato negli adulti il consumo di tabacco e alcolici e nei minori le abitudini alimentari, in particolar modo il consumo di frutta e verdura.

Quanto al fumo, l'80,9% del campione di adulti con più di 16 anni non fuma, nello specifico il 58,2% non ha mai fumato e il 22,7% ha smesso di fumare. L'1,7% fuma

sigarette elettroniche, mentre il 17,4% consuma sigarette e altri prodotti contenenti tabacco o nicotina come sigari, pipa etc. Più della metà dei fumatori (56,1%) consuma tra le 5 e le 20 sigarette al giorno mentre il 9,4% più di un pacchetto al giorno. La maggior parte dei fumatori lo è da lungo tempo: il 35% dei fumatori, lo è da oltre vent'anni, il 25% tra i dieci e i 20 e il 40% da meno di 10.

Per quanto attiene il consumo di alcol, esso appare più diffuso del consumo di tabacco e riguarda più dell'80% del campione. Circa il 19% degli intervistati, infatti, è astemio o non ha bevuto alcolici nell'ultimo anno. Prevalentemente gli intervistati hanno dichiarato di consumare vino, birra o altre bevande alcoliche circa 1-2 volte la settimana (il 24,8%); circa il 10% lo fa invece tutti i tutti i giorni (Fig. 50).

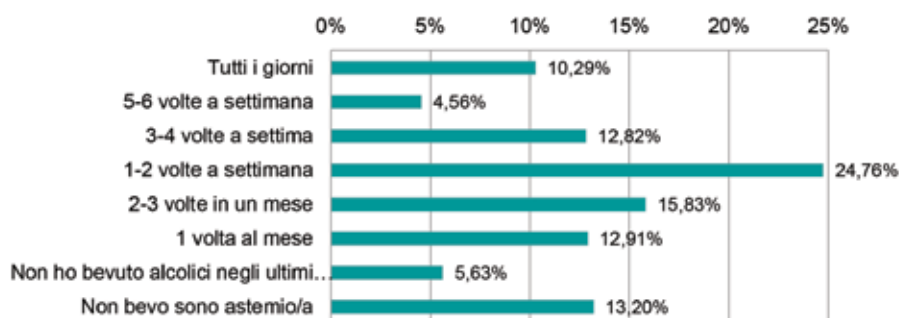


Fig.50. Consumo di alcolici per frequenza riferita agli ultimi 12 mesi negli Adulti con più di 16 anni (quota percentuale sul totale degli intervistati).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Riguardo le quantità di alcolici consumati, emerge l'abitudine della maggior parte degli intervistati di non bere durante i giorni feriali (40%) o consumare solo quantità ridotte di bevande alcoliche: il 43,8% circa consuma un solo bicchiere al giorno e il 13,9% da 2 a 3 bicchieri al giorno dal lunedì al venerdì (Fig. 51).

Decisamente superiore nel week end il consumo di alcolici che riguarda il 95% circa del campione di adulti che ha dichiarato di consumare alcolici. Aumenta la per-

centuale di coloro che nei giorni festivi bevono più due tre bicchieri in un giorno (dal 13,9% al 40,5%) e dai 3 ai 5 bicchieri (da 1,9% a 8,6%). Soprattutto aumenta all'1,8% la quota di coloro che ammettono di bere più di 6 bicchieri in un giorno festivo.

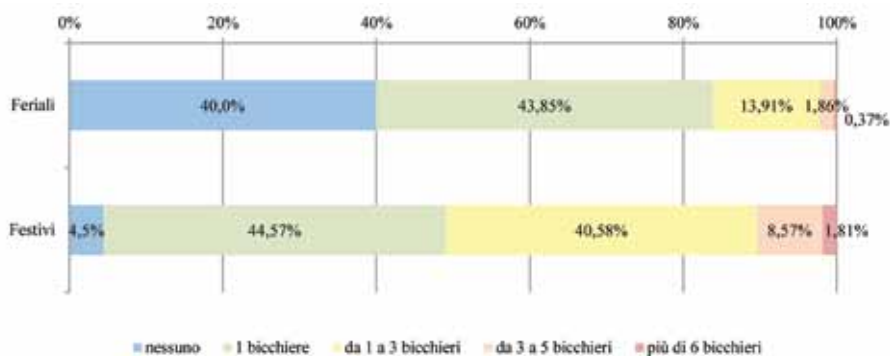


Fig.51. Consumo di alcolici per quantità nei giorni festivi e feriali di Adulti con più di 16 anni (quota percentuale sul totale degli intervistati).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez "Sport & Sedentarietà", 2021

Per bambini e ragazzi sotto i 16 anni sono state invece indagate come proxy per uno stile di vita salutare la diffusione di corrette abitudini alimentari. Innanzitutto, emerge che solo 64,6% dei genitori ha dichiarato che i propri figli arrivano a consumare 4-5 pasti al giorno. Il 28,5% del campione fa un numero di pasti al giorno che è considerato insufficiente (da 1 a 3 pasti) oppure eccessivo poiché superiore a 5 (16,9%). Tra le abitudini scorrette emerge infatti quella di saltare la colazione tutti i giorni (per il 4% degli intervistati) o qualche volta (13%). Il consumo di frutta e verdura, che è raccomandato in cinque porzioni al giorno dall'OMS, rappresenta un'abitudine alimentare quotidiana solo per la metà dei minori: il 56,3% del campione; infatti, consuma frutta tutti i giorni e il 47,3% verdura. Il 4% degli intervistati non consuma mai frutta e il 2,5% verdura.

Circa il 10% lo fa circa 5 o 6 volte la settimana e le restanti quote ancora meno frequentemente (Fig. 52).

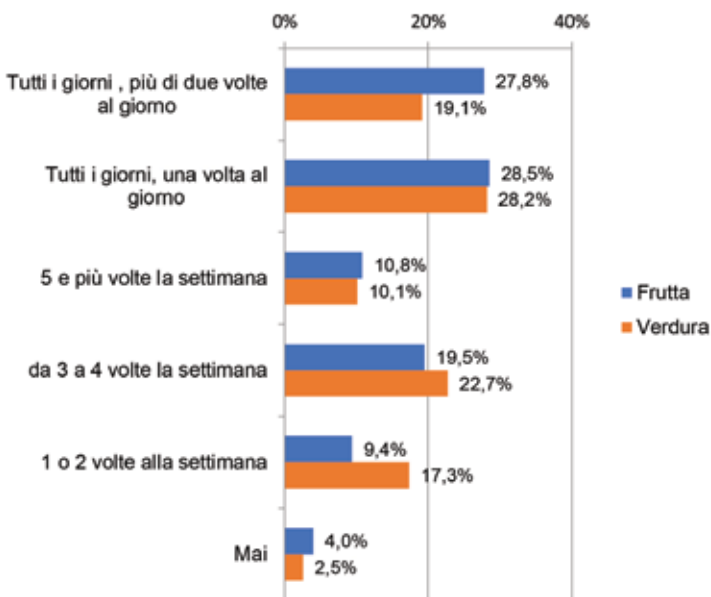


Fig.52. Consumo di frutta e verdura nei minori tra i 3 e i 15 anni (quota percentuale sul totale dei minori intervistati).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez “Sport & Sedentarietà”, 2021

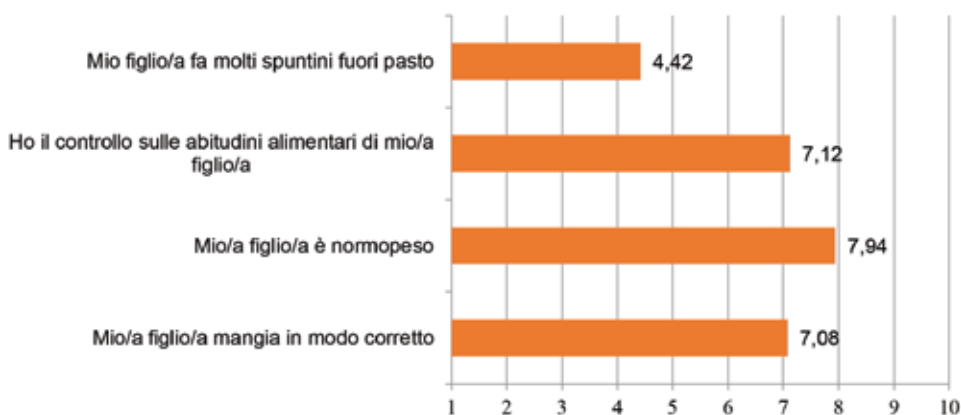


Fig.53. Grado di accordo medio espresso dai genitori/tutori dei minori i tra i 3 e i 15 anni (media su scala da 1 per nulla d'accordo a 10 completamente d'accordo).

Fonte: Indagine Uisp-Svimez “Sport & Sedentarietà”, 2021

Infine, è stato chiesto ai genitori/tutori dei minori intervistati quanto fossero d'accordo in merito ad alcune affermazioni sulla salute e sulle abitudini alimentari dei propri figli (Fig. 53). Complessivamente il grado d'accordo mostrato rispetto al considerare il proprio figlio/a normopeso, a reputare corrette le abitudini alimentari dei propri figli e a sentire di riuscire a controllare le abitudini alimentari dei propri figli è elevato. In una su una scala da 1 (per nulla d'accordo) a 10 (completamente d'accordo) si registra per i tre item menzionati un valore che supera il 7 in media. Al contrario sono in disaccordo nel credere che i propri figli facciano troppi o molti spuntini fuori pasto (4,42 in media).

4.3.1. IL MODELLO ECONOMETRICO

Metodologia e Risultati

In questa sezione si presenta un modello statistico predittivo per lo studio della relazione tra la spesa sanitaria privata e le risposte al questionario "Sport e Sedentarietà" ricevute dagli adulti con più di 16 anni. Come illustrato nelle parti precedenti, il questionario presenta numerose variabili, alcune di esse fortemente correlate. Inoltre, il dataset presenta alcune risposte mancanti e, per alcune variabili, un numero ridotto di osservazioni. La metodologia statistica adottata per l'analisi dei dati che presentano questo tipo di caratteristiche (forte correlazione tra le variabili esplicative, numero di osservazioni ridotte, dati mancanti) è il modello di regressione PartialLeastSquares (PLS), così come già fatto nei modelli precedenti relativi allo studio delle determinanti dell'attività, della sedentarietà e dell'obesità. Si rimanda al paragrafo 3.2 per i dettagli tecnici.

Il modello utilizza come variabile dipendente (Y) la spesa sanitaria privata delle famiglie. Le variabili indipendenti (le X) sono molteplici e riguardano i diversi ambiti indagati attraverso il questionario: i) variabili anagrafiche relative alla classe di età; ii) variabili geografiche relative alla ripartizione/regione di appartenenza dei rispondenti e alla popolazione del proprio comune di residenza; iii) sport praticati (tipo di sport) e modalità (agonistico, in via saltuaria o regolare); iv) abitudini e stili di vita (alcol, fumo, tempo libero); v) abitudini durante le ore di lavoro (seduto, in piedi e modalità di sforzo).

Il modello di regressione PLS fornisce una serie di informazioni utili sia da un punto di vista esplorativo, per facilitare l'analisi e la comprensione del fenomeno oggetto di studio, sia predittivo, estrapolando i coefficienti di previsione del modello così costruito. Mediante l'ausilio dell'indice statistico VIP (Variable Importance in the Projection) è possibile identificare l'importanza del contributo delle variabili nella previsione del livello della spesa sanitaria (si veda la prima colonna della Tabella 11). In particolare, molto importanti ai fini dell'interpretazione del fenomeno sono le variabili con un indice VIP > 0,8. Di minore rilevanza ai fini dell'interpretazione del fenomeno sono le variabili con un indice VIP < 0,8.

La Tabella 11 riporta i parametri e i pesi standardizzati delle variabili esplicative del modello. I principali risultati che emergono riguardano i seguenti aspetti. Le famiglie che hanno la loro residenza al Nord presentano, come nelle attese, una spesa sanitaria privata più elevata (+40 euro, VIP=0,46) rispetto a quelle del Centro (-42 euro, VIP=0,71) e quelle del Sud (-7 euro, VIP=0,52). Inoltre, l'andamento della spesa sanitaria delle famiglie è fortemente correlato con la dimensione del comune: le famiglie che risiedono in piccolissimi comuni presentano una spesa sanitaria inferiore di 405 euro (-2,99%, VIP=0,61), mentre le famiglie che risiedono in comuni con più di 100.000 abitanti vedono la propria spesa sanitaria crescere di 187 euro (+2,73%, VIP=0,84). Come prevedibile, la spesa sanitaria delle famiglie è fortemente correlata anche con l'età dei componenti: un giovane fino a 30 anni spende 105 euro in meno (-4,78%, VIP=1,03), mentre un soggetto con oltre 50 anni di età spende 259 euro in più (+8,01%, VIP=1,78).

Chi pratica regolarmente attività sportiva vede ridotta la propria spesa sanitaria di 97 euro (peso standardizzato -4,36%, VIP=0,83), mentre svolgere attività sportiva saltuariamente non ha effetti significativi sulla spesa sanitaria. I soggetti che non praticano attività sportiva vedono crescere la propria spesa sanitaria di 52 euro (+2,04%, VIP=0,32). Cresce in modo significativo la spesa sanitaria anche per i soggetti che fanno sport agonistici +162 euro (+4,29%, VIP= 1,69). La specializzazione dell'attività sportiva influenza la spesa sanitaria delle famiglie in maniera diversa con alcuni sport (in particolare: atletica, tennis, danza, sport invernali, escursionismo, ginnastica) che la incrementano ed altri (in particolare: ciclismo, yoga ed equitazione) che la fanno diminuire.

Anche le abitudini e gli stili di vita sono importanti per spiegare la spesa sanitaria privata delle famiglie. Un fumatore spende 87 euro in più (+9,59%, VIP=0,63) e la spesa sanitaria è anche correlata con il numero di anni da fumatore (16 euro di spesa in più per ogni anno da fumatore, VIP=1,08). Un astemio/a o un soggetto che ha smesso di bere da più di un anno spende 81 euro in meno per spese sanitarie (VIP=0,57), mentre un soggetto che beve ma non tutti i giorni spende 34 euro in più (VIP=0,79) e un soggetto che invece beve tutti i giorni arriva a spendere 40 euro in più (VIP=0,98). In assenza di patologie la spesa sanitaria della famiglia scende di 13 euro (-8,17%, VIP=1,81).

Le modalità di lavoro sedentarie hanno un costo sanitario importante: lavorare seduto comporta una spesa aggiuntiva di 76 euro (+3,30%, VIP=1,34), mentre lavorare in piedi riduce la spesa sanitaria delle famiglie di 34 euro (-2,67%, VIP=0,74). Lavorare con sforzo moderato diminuisce la spesa sanitaria di 30 euro (-3,35%, VIP=0,91), mentre lavorare con sforzo intenso aumenta la spesa sanitaria della famiglia di 11 euro (+0,78%, VIP=0,46). Le abitudini del tempo libero influenzano la spesa sanitaria privata delle famiglie facendola aumentare per alcune (videogiochi, smartphone) e diminuire per altre (camminare, bicicletta, suonare uno strumento).

	Importanza variabile	Parametro	Peso standardizzato
Intercetta	0,00	346,71	0,0000
Area geografica: Nord	0,46	40,21	0,0185
Area geografica: Centro	0,71	-41,69	-0,0178
Area geografica: Mezzogiorno	0,52	-6,74	-0,0025
Classi di abitanti del comune: meno di 1.000 abitanti	0,61	-404,90	-0,0299
Classi di abitanti del comune: da 1.000 a 2.999 abitanti	0,35	-114,71	-0,0187
Classi di abitanti del comune: da 3.000 a 59.999 abitanti	1,07	-43,27	-0,0196
Classi di abitanti del comune: da 60.000 a 99.999 abitanti	0,17	4,66	0,0007
Classi di abitanti del comune: da 100.000 abitanti e più	0,84	186,69	0,0273
Classi di abitanti del comune: Non risponde	1,09	47,32	0,0217
Pratica sport? Sì, agonistico	1,69	162,44	0,0429
Pratica sport? Sì, regolarmente	0,83	-97,06	-0,0436
Pratica sport? Sì, saltuariamente	0,27	1,40	0,0006
Pratica sport? No	0,32	51,78	0,0204
Bere_alcolici Non bevo da almeno 12 mesi, sono astemio/a	0,57	-80,93	-0,0268
Bere_alcolici Sì, ma non tutti i giorni	0,79	33,64	0,0136
Bere_alcolici Sì, tutti i giorni	0,98	39,79	0,0115
Fumatore	0,63	76,60	0,0959
N° anni da fumatore	1,08	15,88	0,1379
Classi di età: Fino a 30 anni	1,03	-104,82	-0,0478
Classi di età: Da 31 a 50 anni	0,56	-13,97	-0,0064
Classi di età: Oltre 50 anni	1,78	259,37	0,0801
Assenza di patologie	1,81	-13,48	-0,0817
Tempo libero: videogiochi (un'ora al giorno)	1,31	35,38	0,0520
Tempo libero: pc (un'ora al giorno)	2,05	30,44	0,1133
Tempo libero: shopping (un'ora al giorno)	0,93	9,84	0,0110
Tempo libero: leggere (un'ora al giorno)	1,39	1,32	0,0043
Tempo libero: camminare (un'ora al giorno)	1,27	-3,65	-0,0096
Tempo libero: tv (un'ora al giorno)	1,54	-21,79	-0,0743
Tempo libero: cantare (un'ora al giorno)	0,54	-28,77	-0,0334
Tempo libero: bici (un'ora al giorno)	0,90	-29,37	-0,0402
Lavoro seduto	1,34	76,12	0,0330
Lavoro in piedi	0,74	-34,06	-0,0267
Lavoro con sforzo moderato	0,91	-29,53	-0,0335
Lavoro con sforzo intenso	0,46	11,03	0,0078
Sport praticato: atletica (un'ora al giorno)	2,20	96,50	0,1222
Sport praticato: tennis (un'ora al giorno)	1,20	94,82	0,0718
Sport praticato: danza (un'ora al giorno)	1,47	83,19	0,0753
Sport praticato: bocce (un'ora al giorno)	0,50	67,95	0,0354
Sport praticato: invernali (un'ora al giorno)	1,01	56,98	0,0604
Sport praticato: escursioni (un'ora al giorno)	1,69	45,69	0,0799
Sport praticato: ginnastica (un'ora al giorno)	0,94	40,79	0,0653
Sport praticato: calcio (un'ora al giorno)	0,47	21,54	0,0185
Sport praticato: footing (un'ora al giorno)	0,46	5,96	0,0100
Sport praticato: nuoto (un'ora al giorno)	0,44	5,27	0,0060
Sport praticato: arti marziali (un'ora al giorno)	0,17	4,04	0,0041
Sport praticato: golf (un'ora al giorno)	0,00	0,00	0,0000
Sport praticato: pallavolo (un'ora al giorno)	0,42	-14,29	-0,0083
Sport praticato: ciclismo (un'ora al giorno)	0,77	-26,00	-0,0295
Sport praticato: yoga (un'ora al giorno)	0,70	-31,02	-0,0252
Sport praticato: pallacanestro (un'ora al giorno)	0,41	-49,34	-0,0204
Sport praticato: pesca (un'ora al giorno)	0,61	-84,52	-0,0303
Sport praticato: equitazione (un'ora al giorno)	0,75	-152,71	-0,0388
Sport praticato: motori (un'ora al giorno)	0,83	-201,51	-0,0553
Sport praticato: caccia (un'ora al giorno)	0,39	-415,04	-0,0274

Tab.11 Parametri e pesi standardizzati delle variabili esplicative del modello PLS applicato.

4.4. I FOCUS GROUP

L'indagine quantitativa è stata affiancata da tre focus group con la finalità di integrare e approfondire i dati con il punto di vista di esperti del settore e policy maker.

I primi due focus group sono stati svolti a marzo 2021 con rappresentanti del mondo dello sport e hanno indagato le specificità regionali della pratica sportiva e delle associazioni sportive e, in particolare, gli effetti in divenire delle restrizioni dovute al contrasto della pandemia da Covid-19 per le categorie più fragili quali migranti, minori ed anziani. In apertura di entrambe le sessioni, è stato sottoposto ai partecipanti il questionario CAWI "Sport & Sedentarietà", sia nella versione adulti che junior, al fine di testare e mettere a punto gli strumenti dell'indagine prima della somministrazione al campione. Il terzo focus group è stato realizzato invece a luglio 2021 e ha visto la partecipazione di rappresentanti del mondo dello sport e dei partner di progetto al fine di condividere i primi risultati della ricerca e contribuire alla definizione di suggerimenti di policy a valle del progetto, inclusa la divulgazione del presente Rapporto.

I focus group sono stati realizzati a distanza mediante piattaforma Google Meet, i primi due martedì 2 marzo 2021, il terzo il 20 luglio 2021, con una durata di circa un'ora ciascuno. Di seguito i partecipanti ai tre tavoli.

Primo Focus Group

1. Maria Pina Casula, Presidente Uisp Regionale Sardegna;
2. Alessandro De Paolis, Direttore Impianto Sportivo Comunale "Fulvio Bernardini" (Roma);
3. Antonio Marciano, Presidente Uisp Regionale Campania;
4. Simone Ricciatti, Presidente Uisp Regionale Marche;
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. Giuseppe Annunziata, Responsabile regionale politiche della salute-Uisp Basilicata;
2. Patrizia Alfano, Presidente Uisp Regionale Piemonte;
3. Enzo Bonasera, Presidente Uisp Regionale Sicilia;
4. Emanuela Serra, Operatrice ASD Io Può di Sassari.

Terzo Focus Group

1. Luca Bianchi, Direttore Svimez;
2. Annalisa De Luca, Responsabile dell'area Studi e dati dello sport, Sport e Salute;
3. Damiano Lembo, Coordinatore nazionale degli Enti di Promozione Sportiva al CONI;
4. Tiziano Pesce, Presidente Nazionale UISP;
5. Vittorio Vecchione, Responsabile Risk Management, Istituto per il Credito Sportivo.

I focus group realizzati a marzo sono stati incentrati sull'impatto della pandemia da Covid-19 e relative restrizioni che hanno avuto per il mondo dello sport. La discussione, in entrambi i gruppi, è partita dal ripercorrere le diverse fasi attraversate dal settore a partire dal lockdown di marzo 2020 e nei successivi dodici mesi. Il primo periodo di lockdown ha visto la chiusura totale degli impianti sportivi e la sospensione di ogni attività sportiva su tutto il territorio nazionale. I partecipanti ai focus group hanno raccontato che gli enti di promozione sportiva e le associazioni in questa fase da marzo a maggio hanno cercato soprattutto di restare attive e di mantenere un legame con l'utenza mediante la realizzazione di attività a distanza con l'ausilio di strumenti digitali e piattaforme di conference call. Questo ha però di fatto escluso alcune fasce di utenti, in particolare più anziani, quelli sprovvisti di una connessione sufficiente o con meno dimestichezza con i dispositivi digitali. Successivamente, con la possibilità di svolgere attività fisica all'aperto, l'attività a distanza è stata sostituita dall'allenamento outdoor individuale e in piccoli gruppi. Gli allenamenti a distanza ed outdoor sono stati però definiti nel corso della discussione come "dei palliativi" poiché, nonostante durante il lockdown vi sia stato un boom di allenamenti domestici e poi nei mesi primaverili-estivi di attività sportive outdoor come footing, jogging, walking, escursionismo e senza contatto come tennis o paddle, l'attività fisica in sé secondo i partecipanti ai focus group nel complesso è diminuita. Si è registrata, infatti, una generale diminuzione del nume-

ro degli iscritti e dei partecipanti alle iniziative sportive promosse da associazioni ed enti. Questo calo è stato spiegato dai partecipanti ai focus group da due ordini di motivi: il primo legato alla paura degli utenti di contrarre il Covid, in particolare i più anziani e i soggetti considerati fragili, ma anche al timore di esporsi al rischio di quarantena ed isolamento per contatto con positivi, in particolar modo per la categoria dei lavoratori. Il secondo motivo ha riguardato invece le restrizioni che hanno limitato la pratica di molti sport, in particolare quelli di squadra e quelli praticabili solo in impianti sportivi al chiuso come piscine e palestre. Nell'autunno-inverno 2020-2021 la seconda ondata ha reso necessarie nuove chiusure e restrizioni, questa volta differenziate per sport agonistico, dilettantistico e ludico-amatoriale e tra le diverse discipline sportive, nonché modulate secondo l'andamento dei contagi regionali. È in questa fase che sono emerse nuove disparità e, in particolare, si è evidenziata una forte confusione circa le attività concesse e quelle vietate, con la "continua richiesta da parte di utenti e associazioni sportive di informazioni e indicazioni chiare delle attività possibili, sulle regole e sui protocolli stabiliti". L'incertezza e l'impossibilità di programmare nel medio termine sono state le principali criticità da gestire nella fase due. Non sono mancate anche segnalazioni e infrazioni di divieti, come le "partite di calcetto clandestine" in zona rossa.

I partecipanti ai due focus group sono stati concordi nel confermare "l'enorme difficoltà che ha colpito tutto il mondo sportivo a seguito della pandemia e delle restrizioni delle attività". La crisi si è manifestata innanzitutto nella sua dimensione economica che ha afflitto tutti gli operatori di settore a seguito delle chiusure e per cui i ristoranti e gli altri fondi pubblici si sono rivelati insufficienti. In particolare, l'interruzione prolungata delle attività ha reso insostenibili i costi, specialmente quelli fissi connessi agli stipendi e alla manutenzione degli impianti sportivi. Dopo la ripresa a singhiozzo delle attività dall'estate 2020 anche i costi di gestione si rilevano ulteriormente aumentati a seguito delle normative e dei protocolli di sicurezza che disciplinano l'attività sportiva e l'accesso agli impianti. L'aumento dei costi di gestione e il calo dei partecipanti alle iniziative sportive hanno, in molti casi, generato aumenti nelle tariffe per gli utenti. Questo ha "penalizzato soprattutto alcune discipline sportive" e "particolari categorie più fragili come gli anziani e i bambini, i disabili e i migranti" per cui "il diritto allo sport è stato negato". A tal proposito,

nella discussione è emersa la dimensione sociale della crisi del mondo dello sport: “le restrizioni hanno intaccato fortemente la funzione di socializzazione e ludica dell’attività sportiva, oltre a quella legata al benessere psicofisico e alla salute”. La carta vincente per diffondere stili di vita sani e promuovere sport è proprio la dimensione sociale “lo stare insieme che influenza il piacere di fare un determinato sport, [...] formare una squadra, creare una rete di amicizia, anche fuori dal corso”. Medicalizzando lo sport, questo diventa solo un ciclo di sedute e non disincentiva la sedentarietà. Anche per le persone con disabilità questo aspetto conta molta. Per i minori in particolare è emersa la preoccupazione dei genitori per l’alta sedentarietà dei propri figli, costretti alla DAD e sovraesposti agli schermi. Alle restrizioni si è aggiunto un ulteriore problema legato alla difficoltà di far partire l’attività fisica nelle scuole che hanno reso inaccessibili le proprie strutture ad enti terzi che prima organizzavano attività sportive in orario extracurricolare o d’estate.

I temi affrontanti nei primi due focus group di marzo 2021 sono stati ripresi nel terzo focus group di luglio 2021 con i partner del progetto, anche alla luce dello scenario politico, economico e sanitario legato alla pandemia in continuo divenire. Il principale cambiamento ha riguardato la campagna vaccinale e la progressiva riapertura delle attività economiche, sociali e sportive.

Riguardo la preoccupazione per le categorie più fragili, minori, donne, anziani, disabili, migranti particolarmente danneggiate dalle restrizioni messe in atto per contrastare la pandemia, tutti i partecipanti hanno concordato sul fatto che il coinvolgimento dei soggetti fragili sia al centro delle attività degli enti di promozione sportiva stessi, in un’ottica di sport come socialità e non più di sport come competizione.


Sul tema delle policy d’intervento, è stata sottolineata l’importanza della sostenibilità degli investimenti per l’impiantistica sportiva al fine di poterne ottenere i benefici sociali. Secondo gli studi dell’Istituto di Credito Sportivo, il settore sportivo, soprattutto in relazione agli impianti, è ad alta intensità di capitale (più alta in media rispetto ad altri settori) e presenta i più bassi indici di redditività nell’economia italiana. Rafforzare l’intervento pubblico nel settore dello sport a sostegno del

privato in modo diretto risulta fondamentale per la sostenibilità degli investimenti. I fondi a sostegno delle associazioni, delle società sportive e direttamente delle categorie fragili sotto forma di voucher, infatti, sono stati fondamentali in questo periodo di chiusure. Se da un lato l'impianto è centrale per la pratica sportiva, dall'altra c'è bisogno di investimenti/sostegno soprattutto per la manutenzione straordinaria che rappresenta una criticità per tutte quelle società che hanno visto una riduzione sostanziale dei loro ricavi in seguito alla pandemia.

I partecipanti al terzo focus group hanno confermato, cinque mesi dopo i primi due, una riduzione di circa 50% dei tesserati praticanti UISP dall'inizio della pandemia. Dunque, incentivare l'attività fisica è un punto cruciale. Se dedicare attenzione agli impianti tradizionali è importante, si possono indirizzare i progetti anche verso altre realtà, spesso più sostenibili in termini di investimenti, considerando anche le differenze territoriali (palestre a cielo aperto, recupero di spazi degradati).

In tal senso la definizione di cosa è attività sportiva, riservata al Coni, è fondamentale per la fiscalità di vantaggio: diverse sono le pratiche sportive che restano fuori dalla definizione vera e propria e, pertanto, non possono godere delle risorse destinate.

Provando a formulare delle previsioni per il futuro, i partecipanti al focus group hanno ritenuto cruciale l'autunno inverno 2021-2022 per la ripresa anche del settore sportivo. Se da un lato si auspica il ritorno alle pratiche abituali, d'altra parte si conta di poter sfruttare alcune nuove abitudini indotte dalla pandemia. Ad esempio, per certi versi lo smart working ha rappresentato uno stimolo in più alla pratica sportiva e all'attività fisica: con orari più flessibili e la possibile vicinanza a diversi servizi si crea un incentivo a riprendere l'attività fisica. A sostegno di questa tesi, non solo i dati preliminari del questionario over 16, ma anche i dati di Sport e Salute secondo cui, al netto di coloro che hanno interrotto l'attività fisica, c'è un saldo positivo del 9% tra i praticanti. In particolare, questi dati potrebbero essere alla base di nuove politiche di welfare.



05.
CONCLUSIONI

05. CONCLUSIONI

Nelle linee guida per l'attività fisica 2016-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, viene promossa 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 ha indagato le differenze territoriali della pratica sportiva e le conseguenze sugli stili di vita consentendo di aumentare la conoscenza specifica del settore al fine di incrementare le azioni per la promozione dell'attività fisica e quindi del benessere dei cittadini. Purtroppo, non sono risultati disponibili i dati circa l'offerta di strutture sportive nel Paese e la loro distribuzione sul territorio nazionale. Ciononostante, la ricerca presenta diverse indicazioni utili per il ricercatore e il policymaker che possono essere sintetizzate in tre parti principali.

La prima parte riguarda le evidenze empiriche che emergono dal dataset Health for All di ISTAT. Analizzando il periodo precedente alla pandemia (i dati sono disponibili in alcuni casi dal 1992 e fino al 2019), il lavoro ha fatto emergere che: i) nel Mezzogiorno quasi il 50% degli individui non pratica alcuna attività sportiva (il 30% nel Centro-Nord); ii) solo il 20% delle persone del Mezzogiorno pratica sport in modo continuativo (29,2% 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) il 12,08% degli adulti meridionali è obeso rispetto a circa il 10% del Centro-Nord; v) quasi un minore su 3 (31,35%) nella fascia tra i 6 e i 17 anni è in so-

vrappeso 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.

In concomitanza con la costruzione e l'analisi del dataset degli indicatori ISTAT, la ricerca ha previsto la progettazione di un questionario volto ad indagare l'attività fisica e la pratica sportiva in Italia, in particolare in relazione ai cambiamenti e alle restrizioni legate alla pandemia da Covid-19 dell'ultimo anno. Hanno partecipato all'indagine 1.836 rispondenti con più di 16 anni e 393 genitori/tutori per minori di 16 anni per un totale di 2.229 individui complessivamente intervistati residenti in Italia. Sia il questionario per gli adulti che quello per i minori hanno indagato gli stili di vita e i comportamenti dei rispondenti al fine di approfondire le abitudini circa il grado di attività e sedentarietà del campione. I dati si riferiscono al periodo precedente la pandemia da Covid-19 ed è bene ricordare che sono rappresentativi rispetto ad una popolazione con abitudini sportive superiori alla media. Infatti, dal campione risulta che il 73,8% degli adulti e minori pratica sport. Il 40,5% sul totale ha dichiarato di praticare sport in maniera regolare, il 23,4% saltuariamente e il 9,9% a livello agonistico. Il restante 26,2% degli intervistati ha dichiarato di non praticare alcuno sport. Gli adulti intervistati con più di 16 anni residenti nelle regioni del Mezzogiorno praticano sport meno regolarmente (27,2%) e più saltuariamente (33,2%) di quelli del Centro-Nord, dove la quota di chi pratica sport abitualmente sale al 42,8% e quella di chi lo fa saltuariamente scende al 26,8%. Sebbene la quota di agonisti sia maggiore al Mezzogiorno (10,3%) il tasso di sedentari (29,3%) supera del 7% quello registrato negli adulti residenti nelle regioni centro-settentrionali (22,1%). La pratica sportiva degli adulti mostra però nel complesso una certa omogeneità tra Centro-Nord e Mezzogiorno, rispetto al campione degli under 16 dove emergono le maggiori differenze. È negli under 16 residenti nel Mezzogiorno che compare infatti un considerevole divario nella pratica sportiva agonistica che è pari all'8,6% sul totale degli under 16 intervistati, tre volte inferiore rispetto al Centro Nord (24,8%). Inoltre, il tasso di bambini e ragazzi sedentari al Sud è pari quasi al 22% rispetto al 15% registrato nel Centro-Nord. Infine, la pratica sportiva nei minorenni appare al Sud e nelle Isole molto più saltuaria (24,2%) se non assente.

Rispetto alla tipologia di impianto sportivo frequentato tra Centro-Nord e Mezzogiorno emerge una sostanziale differenza, se nelle regioni settentrionali più di uno sportivo su due utilizza un impianto sportivo di proprietà e/o gestione pubblica (il 51,7% del campione di intervistati), nelle regioni del Mezzogiorno solo il 37,5% pratica sport in un impianto pubblico, mentre il 62,5% preferisce un impianto sportivo privato. Si può ipotizzare che tale divario possa essere generato da una minore diffusione di impianti sportivi pubblici nelle regioni meridionali ed insulari. Mentre al Centro e nel Nord-Est, infatti, la pratica sportiva negli impianti pubblici è massima poiché riguarda rispettivamente il 55,2% e il 52% degli sportivi del campione, risulta invece minima nelle regioni meridionali (34%) e isole (44%). Secondo tale ipotesi e sulla scorta dei dati emersi, l'offerta di impianti sportivi pubblici sembrerebbe maggiormente carente in Sicilia, dove la quasi totalità del campione (il 90%) ha dichiarato di praticare sport in strutture a gestione privata, seguita da Campania, Calabria e Puglia dove la pratica sportiva negli impianti pubblici riguarda circa il 30% dei rispondenti o meno. Eccezione nel Mezzogiorno è costituita dalla Sardegna dove gli intervistati sembrano usufruire maggiormente di impianti sportivi pubblici (il 60%) rispetto a quelli privati.

Nella seconda parte del lavoro si è fatto ricorso ad un set di modelli econometrici volti a stimare prima le determinanti della sedentarietà approssimata con gli indicatori relativi all'assenza di pratica sportiva o all'obesità per gli adulti e dopo l'incidenza della pratica sportiva e di altre variabili sulla spesa sanitaria privata. Dal primo set di modelli 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. C'è inoltre evidenza empirica sull'importante impatto sulla sedentarietà esercitato da un numero maggiore di componenti familiari. Il secondo set di modelli ha invece indagato sulle determinanti della spesa sanitaria privata riscontrando che le famiglie residenti al Nord spendono mediamente di più di quelle residenti al Sud e che vivere in un comune piccolo riduce notevolmente la spesa. Ancora, chi pratica regolarmente attività sportiva vede ridotta la propria spesa sanitaria di 97 euro, mentre svolgere attività sportiva saltuariamente non ha effetti significativi sulla spesa sanitaria. I

soggetti che non praticano attività sportiva vedono crescere la propria spesa sanitaria di 52 euro. Anche le abitudini e gli stili di vita sono importanti per spiegare la spesa sanitaria delle famiglie. Un fumatore spende 87 euro in più, un soggetto che invece beve tutti i giorni arriva a spendere 40 euro in più. Infine, le modalità di lavoro sedentarie hanno un costo sanitario importante: lavorare seduto comporta una spesa aggiuntiva di 76 euro.

Nella terza parte, grazie ai focus group realizzati con gli esperti del settore, sono emerse le problematiche principali sofferte dal settore sportivo durante e dopo la pandemia. In generale, la pandemia ha fatto registrare una generale diminuzione del numero degli iscritti e dei partecipanti alle iniziative sportive promosse da associazioni ed enti (da segnalare il caso dei tesserati UISP che si sono ridotti di circa il 50% dall'inizio della pandemia). Questo calo è riconducibile sia alla paura degli utenti di contrarre il Covid durante i mesi con i più alti contagi (soprattutto per i soggetti considerati fragili) che alle restrizioni che hanno limitato la pratica di molti sport, in particolare quelli di squadra e quelli praticabili solo in impianti sportivi al chiuso come piscine e palestre. Questa flessione ha duramente colpito tutti gli operatori di settore. Alla ripresa, l'aumento dei costi di gestione e il calo dei partecipanti alle iniziative sportive hanno, in molti casi, generato aumenti nelle tariffe per gli utenti. Questo ha penalizzato soprattutto alcune discipline sportive e particolarmente le categorie più fragili come gli anziani e i bambini, i disabili e i migranti per cui il diritto allo sport è stato negato. A tal proposito, è importante segnalare la dimensione sociale della crisi del mondo dello sport in quanto le restrizioni hanno intaccato fortemente la funzione ludica e di socializzazione dell'attività sportiva, oltre a quella legata al benessere psicofisico e alla salute. Particolarmente problematica è stata la gestione della pratica sportiva nelle scuole sia nell'attività ordinaria per le allieve e per gli allievi che in quella pomeridiana organizzata con associazioni sportive che si sono viste negate l'accesso alle strutture pubbliche.

Sul tema delle policy d'intervento, è da sottolineare l'importanza della sostenibilità degli investimenti per l'impiantistica sportiva. Il settore sportivo, soprattutto in relazione agli impianti, è ad alta intensità di capitale e presenta i più bassi indici di redditività nell'economia italiana. Rafforzare l'intervento pubblico nel setto-

re dello sport a sostegno del privato in modo diretto risulta fondamentale per la sostenibilità degli investimenti e per la produzione di benefici sociali diffusi per la collettività. Importante anche la manutenzione degli impianti preesistenti, cruciale per l'erogazione di un servizio di qualità. In conclusione, se da un lato si auspica il ritorno alle pratiche sportive abituali con conseguente aumento degli iscritti e del volume d'affari del settore, dall'altro ci si augura che l'intervento pubblico, a partire dalle risorse del PNRR, possa dare nuovo slancio al settore sia per migliorare lo stato di salute psicofisico della collettività che per ridurre al minimo stili di vita poco salutari, soprattutto nelle generazioni più giovani.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson L.M., Brownson R.C., Fullilove M.T., Teutsch S.M. Novick L.F., Fielding J., Land G.H. (2005), Evidence-based public health policy and practice promises and limits. *Am J Prev Med* 2005; 28 (5 Suppl):226-30.
2. Baldasseroni A. e Bellissanti C. (2005), Dossier Fidippide: valutazione di efficacia del programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva 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., Fischer B., Topfer C., Finger J.D. e Leitzmann F. (2016), 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.
4. Bonn S.E., Bergman P., Trolle Lagerros Y., Sjölander A., Bälter K. (2015), A Validation Study of the Web-Based Physical Activity Questionnaire Active-Q Against the GENE Accelerometer. *JMIR Res Protoc.* Jul 16;4(3):e86.
5. Bravata D.M., Smith-Spangler C., Sundaram V., Gienger A.L., Lin N., Lewis R., Stave C.D., Olkin I., Sirard J.R. (2007), Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA*;298(19):2296-304.
6. Brownson R.C., Fielding J.E., Maylahn C.M. (2009), Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*; 30:175-201.
7. Chau J.Y., van der Ploeg H.P., van Uffelen J.G., Wong J., Riphagen I., Healy G.N., Gilson N.D., Dunstan D.W., Bauman A.E., Owen N., Brown W.J. (2010), Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review. *Preventive Medicine*; 51(5): 352-356.
8. Churc T.S., Blair S.N. (2009), When will we treat physical activity as a legitimate medical therapy...even though it does not come in a pill? *Br J Sports Med*;43(2):80-1.
9. Colombo E., Senn L. (2015), I costi economici e sociali dellasedentarietà. *Med Sport*;68:345 356.
10. Courneya K.S., Friedenreich C.M. (1999), Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Ann Behav Med.* ;21(2):171-9.

11. De Vera M.A., Ratzlaff C., Doerfling P., Kopec J. (2010), Reliability and validity of an internet-based questionnaire measuring lifetime physical activity. *Am J Epidemiol*. Nov 15;172(10):1190-8.
12. Finger J.D., Tafforeau J., Gisle L., Oja L., Ziese T., Thelen J., Mensink G.B., Lange C. (2015), Development of the European Health Interview Survey - Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. *Arch Public Health*. Dec 2;73:59. doi: 10.1186/s13690-015-0110-z. PMID: 26634120; PMCID: PMC4667448.
13. Friedenreich C.M. (2001), Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*; 10(4):287–301.
14. Garthwaite P. H., (1994), “An interpretation of Partial Least Squares”, *Journal of American Statistical Association*, vol. 89, n. 425.
15. Godin G., Shephard R.J. (1985), A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can J Appl Sport Sci*. Sep;10(3):141-6. PMID: 4053261.
16. Goldsmith L.J., Hutchinson B., Hurley J. (2006), Economic evaluation across the four faces of prevention: a Canadian perspective. *CHEPA Working Paper Series n.06-01*.
17. Hafner M., Yerushalmi E., Stepanek M. (2020) Estimating the global economic benefits of physically active populations over 30 years (2020–2050). *British Journal of Sports Medicine*; 54:1482-1487.
18. Hamer M., Stamatakis E., Mishra G.D. (2010), Television- and screen-based activity and mental well-being in adults. *Am J Prev Med*;38(4):375– 80.
19. Hamilton M.T. (2008), Too little exercise and too much sitting: Inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behaviour. *Current Cardiovascular Risk Reports*; 2:292-8.
20. Hamilton M.T., Hamilton D. G., Zderic T.W. (2007), Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*;56(11):2655– 67.
21. Harrison M.B., van den Hoek J, (2010), A guideline adaptation and implementation planning resource. Queen’s University School of Nursing and Canadian Partnership Against Cancer, Kingston, Ontario, Canada.
22. ISS (2019). Occhio alla SALUTE 2019: Sintesi dei risultati.

23. Istat (2020), Health for All, Istat, Roma.
24. Istat (2020), Indagine multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana», Istat, Roma.
25. Kahn E.B., Ramsey L.T., Brownson R.C., Heath G.W., Howze E.H., Powell K.E., Stone E.J., Rajab M.W., Corso P. (2002), The effectiveness of interventions to increase physical activity. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):73- 107.
26. Keeler E. B, Manning W.G, Newhouse J.P., Sloss E.M. e Wasserman J. (1989), The external costs of a sedentary life-style. *American journal of public health* vol. 79,8: 975-81.
27. Kelly M.P., McDaid D., Ludbrook A. e Powell J. (2005) Economic Appraisal of Public Health Interventions. Health Development Agency (HDA) of the National Health Service (NHS), June 2005.
28. Lorgelly P.K., Lawson K.D., Fenwick E.A., Briggs A.H. (2010) 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.
29. Martens H. & Martens M., (2001), "Multivariate Analysis of Quality. An introduction", John Wiley & Sons Ltd.
30. Mannocci A. Thiene D., Cimmuto A., Masala D., Boccia, A., Vito E., La Torre G. (2010). International Physical Activity Questionnaire: Validation and assessment in an Italian sample. *International Journal of Public Health*. 7. 369-376. 10.2427/5694.
31. Marshall S., Gyi D. (2010), Evidence of health risks from occupational sitting: where do we stand? *Am J Prev Med* 2010;39(4):389-91.
32. Marshall S.J., Biddle S.J., Gorely T., Cameron N., Murdey I. (2004), Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J ObesRelatMetabDisord*;28(10): 1238 – 46.
33. McTiernan A., Ulrich C. Kumai, D. Bean R. Schwartz J., Mahloch R. Hastings J., Gralow, J., Potter (1998). Anthropometric and hormone effects of an eight week exercise diet intervention in breast cancer patients: Results of a pilot study. *Cancer EpidemiolBiomarkersPrev*. 1998;7(6):477–81.
34. Morris J. (1994), Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. *Med Sci Sports Exercise* 1994;26: 807–14.
35. Network Italiano Evidence based Prevention (2011). Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica - Linee guida.

36. NICE (2008), Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity, Public health guidance n. 8.
37. Owen N., Healy G.N., Matthews C.E., Dunstan D.W. (2010), Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*;38(3): 105-13.
38. Owen N., Leslie E., Salmon J., Fotheringham M.J. (2000), Environmental determinants of physical activity and sedentary behaviour. *Exerc Sport Sci Rev*;28(4):165-70.
39. Pate R.R., O'Neill J.R., Lobelo F. (2008), The evolving definition of "sedentary." *Exerc Sport Sci Rev* 2008;36(4):173– 8.
40. Proper K.I., Singh A.S., van Mechelen W., Chinapaw M.J. (2011), Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*;40(2):174-82.
41. Sember V., Meh K., Sorić M., Starc G., Rocha P., Jurak G. (2020), 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.
42. Sutor C.W., Kraak V.I. (2007), 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.
43. Tenenhaus M., (1999), "L'Approche PLS", *Statistique Appliquée*, XLVII (2), 5-40. UMETRICS AB, (2002), SIMCA-P and SIMCA-P+ User Guide, Umetrics AB, Box 7960, S907 19 Umea, Sweden.
44. The AGREE Research Trust. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II-Instrument.
45. Tompa E., Verbeek J., van Tulder M., de Boer A. (2010), 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.
46. Tremblay M.S., Colley R.C., Saunders T.J., Healy G.N., Owen N. (2010), Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010;35(6):725-40.
47. Università Bocconi (2013), . Stima del beneficio sociale indotto dall'attività sportiva, 2013.

48. Van Uffelen J.G., Wong J., Chau J.Y. (2010), Occupational sitting and health risks: a systematic review. *Am J Prev Med* 2010;39(4):379-88.
49. Vos T., Carter R., Barendregt J., Mihalopoulos C., Veerman J.L., Magnus A., Cobiac L., Bertram M.Y., Wallace A.L. (2010), ACE–Prevention Team. *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention (ACE–Prevention): Final Report*. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne, 2010.
50. WCRF/AICR (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC, AICR, 2007.
51. Wold S., Sjostrom M., Eriksson L., (2001), "PLSregression: a basic tool of chemometrics", *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, vol. 58, 109-130.
52. Wu S., Cohen D., Shi Y., Pearson M., Sturm R. (2011) Economic analysis of physical activity interventions. *Am J PrevMed* 2011;40(2):149-58.



APPENDICE 1

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

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

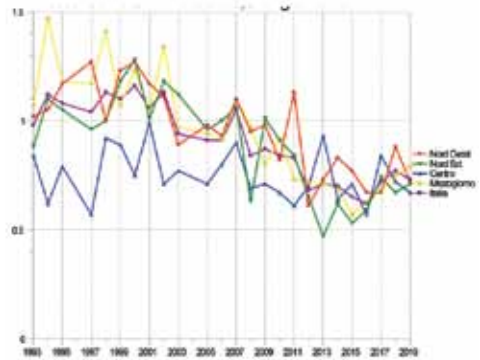


Figura 7 Andamento del tasso percentuale di consumatori di oltre 0,5 l di birra al giorno (maschi e femmine dai 15 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1993 al 2019.

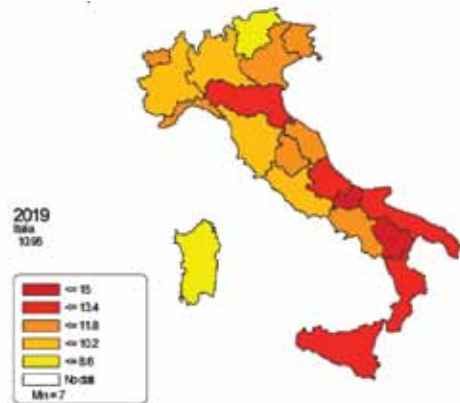


Figura 17 Confronto regionale per tasso percentuale di popolazione obesa (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia nel 2019.

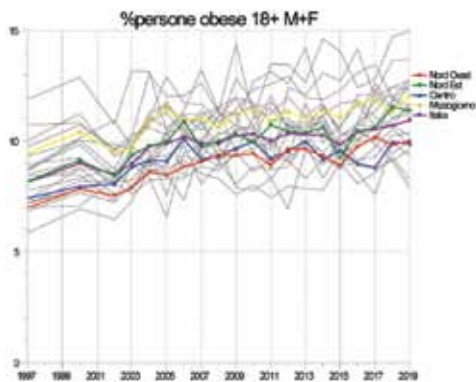


Figura 18 Andamento del tasso percentuale di persone obese (maschi e femmine dai 18 anni in su) in Italia, per ripartizione geografica dal 1997 al 2019.

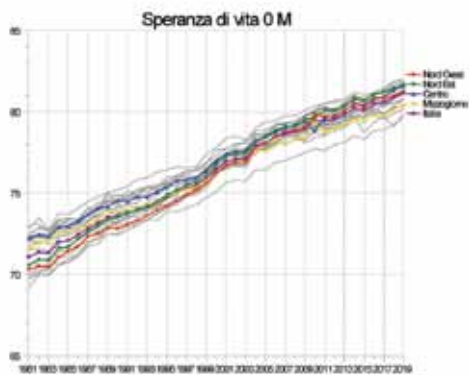


Figura 19 Andamento della speranza di vita alla nascita (maschi) in Italia, per ripartizione geografica dal 1981 al 2019.

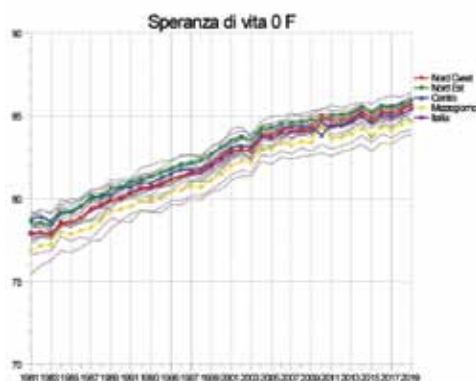


Figura 20 Andamento della speranza di vita alla nascita (femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 1981 al 2019.

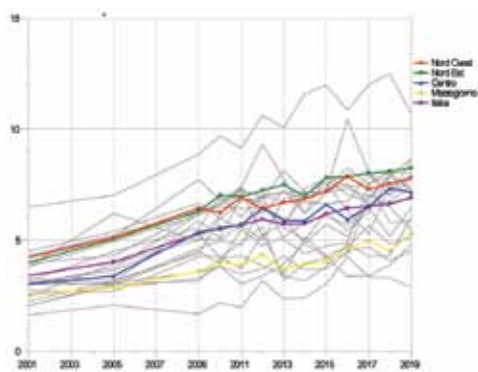


Figura 21 Andamento della speranza di vita in buona salute a 65 anni (femmine) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019.

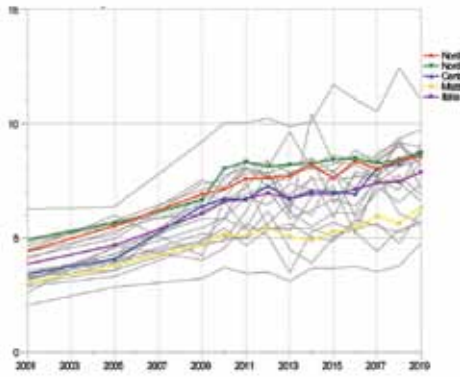


Figura 22 Andamento della speranza di vita in buona salute a 65 anni (maschi) in Italia, per ripartizione geografica dal 2001 al 2019



APPENDICE 2A
QUESTIONARIO
ADULTI



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

UISP e Svimez stanno realizzando una ricerca sullo "Sport e la sedentarietà".
Puoi partecipare all'indagine rispondendo a questo questionario.
Le tue risposte saranno totalmente anonime e coperte dal segreto statistico.
Grazie per la collaborazione!

* 1. Attualmente vivi in Italia?

- Sì
 No



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 2. In quale Regione?

* 3. In quale Provincia?

4. Il Comune in cui vivi è capoluogo della provincia indicata?

- Sì
 No



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 5. Sempre con riferimento al Comune in cui vivi, si tratta di un comune:



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 6. Possiedi Cittadinanza:

- Italiana
- Straniera
- Italiana e straniera



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 7. In quale Paese estero hai la cittadinanza?

Indicare il secondo Paese in caso di doppia cittadinanza:



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 8. Genere

- Femmina
- Maschio
- Altro/Differente

* 9. Quanti anni hai?

* 10. Attualmente sei:

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

* 11. Hai figli?

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



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

12. Quanti figli hai?



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 13. Con quali persone vivi? È 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)

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

* 15. Qual è la tua attuale condizione lavorativa?

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

* 16. 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)

* 17. 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



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 18. Mediamente quante ORE AL GIORNO dedichi a:

	NEI GIORNI FERIALI (Lunedì-Venerdì)	NEI WEEK END (Sabato- Domenica)
LAVORO (anche non retribuito) /STUDIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LAVORO DOMESTICO (pulizie, preparazione dei pasti, spesa etc.) e CURA DEI FIGLI E/O ALTRI FAMILIARI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TEMPO LIBERO E SVAGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SPOSTAMENTI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DORMIRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 19. Generalmente come svolgi il tuo LAVORO?

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

20. Riguardo i tuoi spostamenti quotidiani, quali mezzi di trasporto utilizzi, quante volte alla settimana e per quanto tempo? Non tenere conto delle restrizioni dovute al Covid-19.

	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"/>

*** 21. 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"/>

*** 22. Ti alleni o pratichi sport?**

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



**SPORT
E SALUTE**



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 23. Per quale motivo non pratici sport? Indica per ciascuna affermazione quanto sei d'accordo da 1 (per nulla d'accordo) a 10 (completamente d'accordo).

	Per nulla d'accordo					Completamente d'accordo				
Le mie condizioni di salute non mi permettono di fare sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gli impianti sportivi sono troppo distanti dalla mia abitazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gli impianti sportivi nelle vicinanze non sono accessibili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praticare sport è troppo costoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non ho tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non mi interessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi annoia praticare sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sono abbastanza motivato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sono fuori allenamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ITALIA
SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 24. **Con riferimento al periodo precedente alla pandemia e alle restrizioni dovute al Covid-19**, generalmente quanto spendi all'anno per praticare sport sport (acquisto articoli sportivi, attrezzature, abbonamenti, costi di accesso e utilizzo strutture, iscrizioni, etc.)?

- fino a 500 euro
- da 500 a 1.500 euro
- da 1.500 euro a 5.000 euro
- oltre 5.000 euro
- non saprei
- preferisco non rispondere

* 25. In quale periodo dell'anno generalmente pratici attività sportiva

- Tutto l'anno
- Prevalentemente in primavera - estate
- Prevalentemente in autunno - inverno

26. Generalmente quali sono le attività sportive che svolgi? INDICA, SOLO ACCANTO ALL'ATTIVITA' PRATICATA 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"/>
Aletica leggera	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Footing, jogging, running	<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"/>

	Numero di giorni alla settimana	Tempo medio per sessione di allenamento/pratica sportiva
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"/>

Altro (specificare)

* 27. Più precisamente quale dei seguenti sport riconosciuti dal CONI praticati?

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

*** 28. Prevalentemente CON CHI pratici sport? Rispondi con riferimento al periodo precedente le restrizioni dovute al Covid-19.**

- Da solo
- Con personal trainer/preparatore/allenatore
- Con amici
- Con familiari (partner, figli, genitori etc.)
- Con estranei
- Altro (specificare)

*** 29. 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)



ITALIA
SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

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

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

* 31. 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 SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 32. 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 aumentato la frequenza dell'attività sportiva
- 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)

* 33. 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 SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 34. A quale delle seguenti Federazioni Sportive Nazionali?



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

* 35. A quale delle seguenti Discipline Sportive Associate?



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

36. A quale dei seguenti Enti di Promozione Sportiva?



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

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

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

* 38. Puoi indicare la tua altezza in cm?

* 39. Soffri o hai sofferto nell'ultimo anno di una o più delle seguenti patologie croniche o di lunga durata? È 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
- Ipotensione
- Iperlipidemia (colesterolo alto, valori di grasso o trigliceridi nel sangue)
- Malattie genetiche (fibrosi cistica, distrofia muscolare, etc.)
- Malattie neurologiche (epilessia, Alzheimer, Parkinson, sclerosi multipla, etc.)
- Malattie rare
- No, non soffro di nessuna delle patologie indicate
- Altro

Specificare Altro



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

40. Questa/e patologia/e 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



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà

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

- Sì
- No
- Sono completamente cieco/a, non sono in grado di vedere affatto

* 42. Utilizzi apparecchi acustici?

- Sì
- No
- Sono affetto da sordità completa

43. 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"/>

* 44. Quanto hai speso nell'ultimo anno PER TE per servizi sanitari e per la salute (farmaci, analisi, visite mediche specialistiche, servizi ospedalieri, assistenza domiciliare, fisioterapia, dentista e altro) ?

- fino a 500 euro
- da 500 a 1.500 euro
- da 1.500 euro a 5.000 euro
- oltre 5.000 euro
- non saprei
- preferisco non rispondere



APPENDICE 2B
QUESTIONARIO
JUNIOR



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

UISP e Svimez stanno realizzando una ricerca sullo "Sport e la sedentarietà".

Se hai figli o sei tutore di un minore di età compresa tra i 3 e i 15 anni puoi partecipare all'indagine rispondendo a questo questionario.

Le tue risposte saranno totalmente anonime e coperte dal segreto statistico.

Se hai più di un figlio minore, puoi compilare il questionario più volte per ciascuno di essi.

Grazie per la collaborazione!

1. Stai rispondendo al questionario

- In qualità di **genitore** del minore
- In qualità di **tutore** del minore
- Altro (specificare)

* 2. Attualmente tuo/a figlio/a vive in Italia?

- Sì
- No



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 3. In quale Regione?

* 4. In quale Provincia?

* 5. Il Comune dove attualmente tuo/a figlio/a vive è capoluogo della Provincia indicata?

Sì

No



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 6. Sempre con riferimento al Comune dove vive tuo/a figlio/a si tratta di un comune:



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 7. Tuo/a figlio/a possiede Cittadinanza:

- Italiana
- Straniera
- Italiana e straniera



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 8. In quale Paese estero ha la cittadinanza?

Indicare il secondo Paese in caso di doppia cittadinanza:



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 9. Genere di tuo/a figlio/a:

- Femmina
- Maschio
- Altro/Differente

* 10. Quanti anni ha tuo/a figlio/a?

* 11. Tuo/a figlio/a ha altre sorelle e/o fratelli?

- No
- Sì, specifica di seguito quanti

* 12. Con quali persone vive tuo/a figlio/a? È possibile selezionare più di un'opzione.

- con genitore/i
- con fratelli
- con altri parenti (nonni, zii etc.)
- con collaboratori domestici/badante/personale di servizio
- Altro (specificare)



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 13. Che Scuola frequenta tuo/a figlio/a?

Altro (specificare)



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

14. Quante ore alla settimana tuo/a figlio/a svolge di attività motoria/educazione fisica a scuola nelle ore curricolari?



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 15. Mediamente quante ORE AL GIORNO tuo/a figlio/a dedica a:

Fai riferimento al periodo precedente le restrizioni dovute al COVID-19

	NEI GIORNI FERIALI (Lunedì-Venerdì)	NEI WEEK END (Sabato-Domenica)
STARE A SCUOLA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STUDIO/FARE I COMPITI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TEMPO LIBERO E SVAGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SPOSTAMENTI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DORMIRE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Riguardo gli spostamenti quotidiani, quali mezzi di trasporto tuo/a figlio/a utilizza, quante volte alla settimana e per quanto tempo?

Fai riferimento al periodo precedente le restrizioni dovute al COVID-19.

	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"/>

*** 17. Nel tempo libero a quali attività si dedica tuo/a figlio/a?**

Fai riferimento al periodo precedente le restrizioni dovute al COVID-19.

Indica solo per le attività che svolge, 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"/>
GIOCARE AI VIDEOGIOCHI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GIOCARE IN CASA (DA SOLO O CON ALTRI BAMBINI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GIOCARE ALL'ARIA APERTA (DA SOLO O CON ALTRI BAMBINI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LEGGERE, SCRIVERE, DISEGNARE	<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"/>
ASCOLTARE MUSICA, SUONARE UNO STRUMENTO, CANTARE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 18. Tuo/a figlio/a pratica sport?

- Si, agonistico
- Si, regolarmente
- Si, saltuariamente
- No



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

*** 19. Per quale motivo tuo/a figlio/a non pratica sport? Indica per ciascuna affermazione quanto sei d'accordo da 1 (per nulla d'accordo) a 10 (completamente d'accordo).**

	Per nulla d'accordo								Completamente d'accordo	
Le sue condizioni di salute non gli/le permettono di fare sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
È troppo piccolo/a per fare sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gli impianti sportivi sono troppo distanti dall'abitazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gli impianti sportivi nelle vicinanze non sono accessibili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praticare sport è troppo costoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non ha tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non gli/le interessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praticare sport lo/la annoia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non è abbastanza motivato/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ITALIA
SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 20. **Con riferimento al periodo precedente alla pandemia e alle restrizioni dovute al Covid-19** generalmente quanto spendi all'anno per far praticare sport a tuo/a figlio/a (acquisto articoli sportivi, attrezzature, costi di accesso e utilizzo impianti, abbonamenti, iscrizione etc.)

- Fino a 500 euro
- da 500 a 1.500 euro
- da 1.500 a 5.000 euro
- oltre i 5.000 euro
- non saprei
- preferisco non rispondere

* 21. In quale periodo dell'anno generalmente tuo figlio/a pratica attività sportiva

- Tutto l'anno
- Prevalentemente in primavera - estate
- Prevalentemente in autunno - inverno

22. Generalmente quali sono le attività sportive che svolge? 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Footing, jogging, running	<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"/>

	Numero di giorni alla settimana	Tempo medio per sessione di allenamento/pratica sportiva
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"/>

Altro (specificare)

* 23. Più precisamente quale dei seguenti sport riconosciuti dal CONI pratica?

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

*** 24. Prevalentemente dove pratica 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)



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

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

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

* 26. 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 SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'Industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 27. In seguito alle le restrizioni dovute alla pandemia Covid-19 da marzo 2020 tuo/a figlio/a:

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

* 28. Attualmente tuo/a figlio/a è tesserato presso un Ente Sportivo Nazionale?

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



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 29. A quale delle seguenti Federazioni Sportive Nazionali?



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 30. A quale delle seguenti Discipline Sportive Associate?



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

31. A quale dei seguenti Enti di Promozione Sportiva?



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 32. Puoi indicare il PESO attuale in kg di tuo/a figlio/a?

* 33. Puoi indicare la sua altezza in cm?

* 34. Tuo/a figlio/a soffre o ha sofferto nell'ultimo anno di una o più delle seguenti **patologie croniche o di lunga durata**? *È possibile selezionare più di una opzione.*

- Asma
- Diabete
- Malattie cardio-circolatorie
- Tumori (inclusi linfomi e leucemie)
- Problemi renali
- Malattie genetiche (fibrosi cistica, distrofia muscolare, sindrome di Down etc.)
- Malattie neurologiche (epilessia etc.)
- Malattie metaboliche
- Malattie rare
- No, non soffre di nessuna delle patologie indicate
- Altro

Specificare altro



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

35. Questa/e patologia/e genera/no una limitazione nelle sue attività quotidiane?

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



SPORT
E SALUTE



SVIMEZ
Associazione
per lo sviluppo
dell'industria
nel Mezzogiorno

Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

* 36. Abituamente tuo/a figlio/a porta occhiali da vista o lenti a contatto?

- Sì
- No
- È cieco/a, non è in grado di vedere affatto

* 37. Utilizza apparecchi acustici?

- Sì
- No
- È affetto da sordità completa

38. Escludendo situazioni temporanee (come ingessature, operazioni etc.) tuo/a figlio/a ha 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"/>

* 39. Quanto hai speso nell'ultimo anno in servizi sanitari e per la salute di tuo/a figlio/a (farmaci, analisi, visite mediche specialistiche, servizi ospedalieri, assistenza domiciliare, fisioterapia, logopedia, dentista e altro) ?

- Fino a 500 euro
- da 500 a 1.500 euro
- da 1.500 a 5.000 euro
- oltre i 5.000 euro
- non saprei
- preferisco non rispondere



Questionario sullo Sport e la Sedentarietà - junior

