

CAPITOLO 2

LO SHOCK DA PANDEMIA: IMPATTO DEMOGRAFICO E CONSEGUENZE SANITARIE

La crisi pandemica ha esercitato un forte impatto sui comportamenti demografici e ha causato un forte stress sulle strutture sanitarie che si è riflesso sulla capacità di prevenzione e cura delle malattie. L'eccesso di mortalità ha ridotto in maniera sensibile la speranza di vita della popolazione in modo non omogeneo sul territorio, penalizzando maggiormente le aree del Nord. Gli effetti sono stati disuguali, in termini sociali, sia per quanto riguarda i comportamenti demografici sia rispetto alla mortalità. L'evoluzione della popolazione nel 2020, nonché le prime evidenze riferite al 2021, rafforzano la convinzione che la crisi abbia amplificato gli effetti del malessere demografico strutturale che da decenni spinge sempre più i giovani a ritardare le tappe della transizione verso la vita adulta, a causa delle difficoltà che incontrano nella realizzazione dei loro progetti di vita.

La prolungata permanenza nella famiglia di origine è dovuta a molteplici fattori: aumento diffuso della scolarizzazione e allungamento dei tempi formativi; difficoltà nell'ingresso nel mondo del lavoro e precarietà dell'occupazione; difficoltà di accesso al mercato delle abitazioni. A questi fattori, amplificati nei periodi di crisi dell'economia, si aggiungono gli effetti immediati che hanno contrastato gli spostamenti migratori e la nuzialità e, quindi, indirettamente la natalità.

Il quadro demografico nel 2020 è contraddistinto da un nuovo minimo storico di nascite dall'unità d'Italia e da un massimo di decessi dal secondo dopoguerra. Gli effetti negativi sulla dinamica demografica prodotti dall'epidemia hanno accelerato la tendenza al declino già in atto dal 2015: la popolazione residente è inferiore di quasi 400 mila unità rispetto al 2019, a causa del calo delle nascite, dell'eccesso di mortalità e della contrazione del saldo migratorio con l'estero.

Le evidenze relative all'inizio del 2021 forniscono elementi per valutare le ricadute della crisi, soprattutto per quanto riguarda le nascite. Il fatto che il calo dei nati a gennaio 2021 sia tra i più ampi mai registrati, dopo la diminuzione già marcata negli ultimi due mesi del 2020 (in corrispondenza dei concepimenti della primavera del 2020), lascia pochi dubbi sul ruolo svolto dall'epidemia. Il calo delle nascite tra dicembre e febbraio può essere un fenomeno dovuto al posticipo dei piani di genitorialità solo di



pochi mesi, effetto dell'emergenza, o piuttosto indizio di una tendenza più duratura in cui il ritardo è persistente o tale da portare all'abbandono della scelta riproduttiva. L'aumento dei nati osservato a marzo 2021 è tale da far ipotizzare un leggero recupero nei mesi estivi dei concepimenti rinviati in primavera. Recupero forse anche motivato dall'illusorio superamento dell'emergenza a partire da maggio del 2020.

Tra i fattori legati ai progetti di vita individuali, vi è il calo eccezionale dei matrimoni. In Italia, infatti, ancora oggi la maggior parte delle nascite avviene all'interno del matrimonio (due terzi dei nati nel 2019). Si stima che, in assenza di modifiche di comportamento, il crollo dei matrimoni osservato nel 2020 possa portare a una riduzione di 40 mila nati entro il 2023. Una perdita non necessariamente recuperabile attraverso modifiche del calendario della nuzialità e della fecondità delle giovani coppie.

L'emergenza sanitaria ha imposto restrizioni che hanno dettato nuovi stili di vita e limitato la mobilità, riducendo al minimo sia i trasferimenti interni sia i flussi da e per l'estero. Ciò, in congiunzione con gli effetti economici e sociali dell'emergenza, ha avuto conseguenze molto rilevanti sui movimenti migratori e sulla condizione dei migranti. I nuovi permessi di soggiorno rilasciati nel 2020 indicano una drastica diminuzione dei nuovi flussi verso il nostro Paese, causata anche dai blocchi delle frontiere.

La pandemia ha avuto un effetto drammatico sulla mortalità, non solo per i decessi causati direttamente, ma anche per quelli dovuti all'acuirsi delle condizioni di fragilità della popolazione, soprattutto anziana. I ritardi e le rinunce di prestazioni sanitarie finalizzate alla cura di patologie in fase acuta o ad attività di prevenzione avranno delle conseguenze sulla salute della popolazione. I dati a disposizione documentano, nei primi due mesi della crisi sanitaria, un aumento di decessi legati a patologie per le quali la tempestività e la regolarità delle cure sono spesso decisive. I dati più recenti sull'attività di assistenza sanitaria territoriale, visite specialistiche e accertamenti diagnostici, misurano una diminuzione generale delle prestazioni, anche di quelle indifferibili. Le conseguenze di questa dinamica sono difficili da stimare complessivamente, soprattutto per le patologie prevenibili.

LO SHOCK DA PANDEMIA: IMPATTO DEMOGRAFICO E CONSEGUENZE SANITARIE

2.1 IL CROLLO ECCEZIONALE DEI MATRIMONI

I profondi mutamenti sociali che hanno interessato il mondo occidentale nel secondo dopoguerra hanno determinato trasformazioni che, seppure con tempi e intensità diverse, accomunano tutti i Paesi: il calo e la posticipazione della nuzialità e della fecondità, l'aumento delle convivenze prematrimoniali e delle libere unioni, il più frequente scioglimento di queste ultime e il diffondersi di nuove forme familiari (famiglie ricostituite, monogenitori, monocomponenti).

Nel nostro Paese, la persistente bassa e tardiva fecondità ha prodotto, più che altrove, una progressiva riduzione dei contingenti delle generazioni nate a partire dalla metà degli anni Settanta, con un calo delle nuove generazioni che produce un ulteriore effetto negativo su matrimoni e nascite man mano che queste generazioni sono entrate nella fase di vita adulta.

In oltre quarant'anni di quasi ininterrotto calo della nuzialità, si sono verificate solo brevi oscillazioni temporanee. Per citare alcuni esempi, un aumento è stato osservato in occasione dell'anno 2000, per l'attrattività che questa data, corrispondente all'inizio del nuovo Millennio, esercitava. All'opposto, nel triennio 2009-2011 si è osservata una diminuzione particolarmente marcata, in buona parte dovuta al crollo delle nozze dei cittadini stranieri a seguito di alcune modifiche legislative¹.

Venendo all'oggi, i dati del 2020² e dei primi mesi del 2021³ danno conto del primo impatto della crisi sanitaria sui matrimoni, evidenziando un crollo di portata eccezionale: una riduzione annua del 47,5 per cento nel 2020, con una perdita di oltre 87 mila nozze.

Le tipologie di matrimonio che hanno risentito maggiormente degli effetti della crisi pandemica sono quelle celebrate con rito religioso, le nozze tra giovani sposi e quelle tra sposi entrambi stranieri. A livello territoriale la ripartizione più colpita è il Mezzogiorno.

Le misure di contenimento dell'emergenza sanitaria hanno determinato un calo verticale soprattutto dei matrimoni celebrati con rito religioso (-68 per cento nel 2020) ma sono diminuiti fortemente anche quelli civili (-29 per cento). Per questa tipologia di nozze si tratta della prima eccezionale battuta d'arresto dopo una fase di continua crescita.

In termini di composizione, questi andamenti dovuti a cause eccezionali hanno modificato l'incidenza dei matrimoni celebrati con rito civile, passata dal 52,6 per cento del 2019 a oltre il 70 per cento nel 2020 (era il 2,3 per cento del totale dei matrimoni nel 1970, il 36,7 per cento nel 2008).

1 L'art. 1 comma 15 della legge n. 94 di luglio 2009 ha modificato l'art. 116 CC. Scopo della riforma era quello di impedire la celebrazione di matrimoni di comodo. Questa regola si applicava sia ai matrimoni misti sia a quelli con entrambi gli sposi stranieri. La Corte costituzionale nel luglio 2011, con la sentenza n. 245/2011, ha poi ritenuto tale norma costituzionalmente illegittima.

2 Cfr. Blangiardo G.C., "Primi riscontri e riflessioni sul bilancio demografico del 2020", Istat, 1° febbraio 2021.

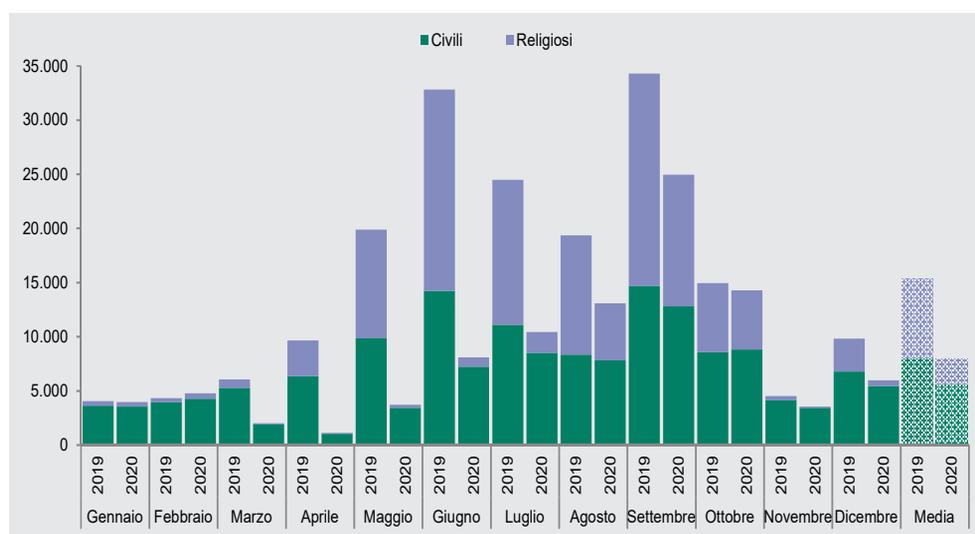
3 Ai fini delle analisi dei comportamenti demografici condotte nel capitolo 2 sono stati elaborati dati provvisori dei flussi della dinamica demografica sulla base delle informazioni individuali acquisite da Istat e consolidate al 15 maggio 2021. Questi dati consentono di condurre analisi accurate e tempestive ma potranno successivamente essere rivisti con la chiusura definitiva della raccolta dei flussi 2020-2021.



I matrimoni civili sono più diffusi nel Nord (dal 67 per cento nel 2019 al 79 per cento nel 2020) rispetto al Mezzogiorno (35 per cento del 2019 e 58 per cento nel 2020).

Scendendo più nel dettaglio dell'analisi della nuzialità dell'anno scorso (Figura 2.1), in coincidenza con le specifiche misure di restrizione a marzo⁴, il numero dei matrimoni crolla rapidamente, raggiungendo un minimo nel mese di aprile con circa l'89 per cento di nozze in meno rispetto al mese di aprile 2019⁵ e quasi il 98 per cento in meno nel caso dei matrimoni religiosi. A maggio 2020, l'attenuazione di alcune misure restrittive ha frenato il calo dei matrimoni civili⁶ e l'ulteriore apertura giunta a giugno⁷ ha dato luogo a una moderata ripresa estiva.

Figura 2.1 Matrimoni totali per rito e mese di celebrazione, Italia. Anni 2019-2020 (valori assoluti) (a)



Fonte: Istat, Rilevazione dei matrimoni

(a) Dati 2020 provvisori. Per esigenze di comparabilità, non sono stati considerati i matrimoni celebrati il giorno 29 febbraio dell'anno bisestile 2020.

Con il sopraggiungere della seconda ondata pandemica, e le conseguenti nuove misure di contenimento, le nozze a novembre e dicembre sono tornate a diminuire e la fase negativa è proseguita nei mesi di gennaio e febbraio⁸ 2021. Le nozze celebrate nel mese di marzo 2021, infine, nonostante il raddoppio rispetto a marzo 2020, restano inferiori di oltre un terzo nel confronto con marzo 2019.

Le differenze territoriali nel fenomeno di caduta dei matrimoni sono considerevoli: nel 2020 la diminuzione è stata più marcata nel Mezzogiorno (55,1 per cento rispetto al 48 per cento della media nazionale), mentre nel Nord-est è stata più contenuta (-38,0 per cento).

4 Il D.P.C.M. dell'9 marzo 2020 aveva stabilito la sospensione delle cerimonie civili e religiose.

5 Cfr. Istat, "La dinamica demografica durante la pandemia COVID-19. Anno 2020", *Statistiche Report*, 26 marzo 2021.

6 Sulla base del D.P.C.M. del 26 aprile 2020, poi ripreso da varie ordinanze regionali, è stata data la possibilità di svolgere matrimoni e unioni civili alla sola presenza degli sposi, dei due testimoni e dell'ufficiale di stato civile/celebrante.

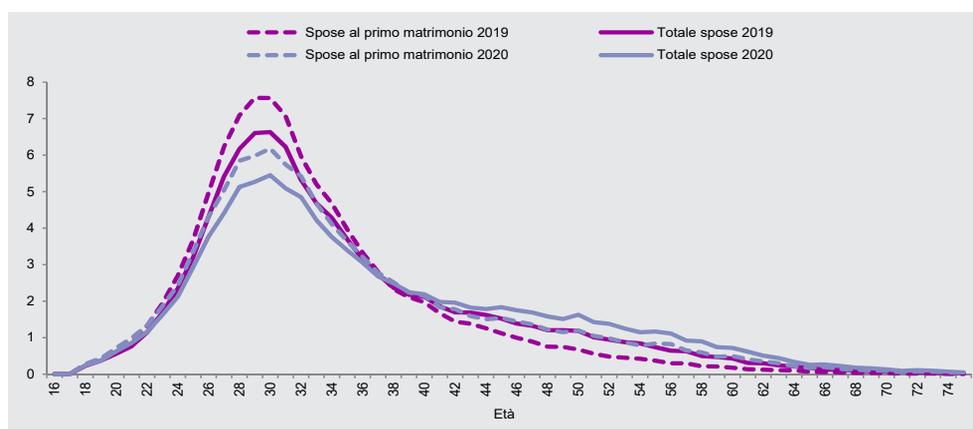
7 In particolare, possibilità dei banchetti a condizione che vengano applicate e rispettate regole sanitarie precise.

8 La variazione febbraio 2021 vs febbraio 2020 è stata ottenuta sulla base dei primi 28 giorni di febbraio in modo da depurare il confronto dalla distorsione dovuta all'anno bisestile (febbraio 2020 ha infatti un giorno in più).

Il calo è stato inizialmente più marcato nel Nord-ovest, mentre nei mesi estivi ha riguardato soprattutto il Mezzogiorno e, in misura decisamente minore, le regioni del Nord. Anche nella fase di inizio dell'inverno le regioni meridionali presentano il calo più forte, mentre a marzo la maggiore caduta torna a registrarsi al Nord.

La posticipazione delle prime nozze, che già caratterizzava le scelte familiari e riproduttive nel nostro Paese sembra essersi ulteriormente accentuata: le spose nubili fino a 34 anni nel 2019 erano il 68,2 per cento mentre nel 2020 sono il 58,7 per cento (Figura 2.2) e le spose in totale dai 40 anni in poi, sono aumentate dal 26,0 per cento nel 2019 al 34,3 per cento. È evidente il posticipo dell'esperienza nuziale, particolarmente marcato nel 2020, che si caratterizza per un forte spostamento in avanti della struttura per età.

Figura 2.2 Totale spose e spose nubili per età, Italia. Anni 2019-2020 (valori percentuali) (a)



Fonte: Istat, Rilevazione dei matrimoni
(a) Dati 2020 provvisori.

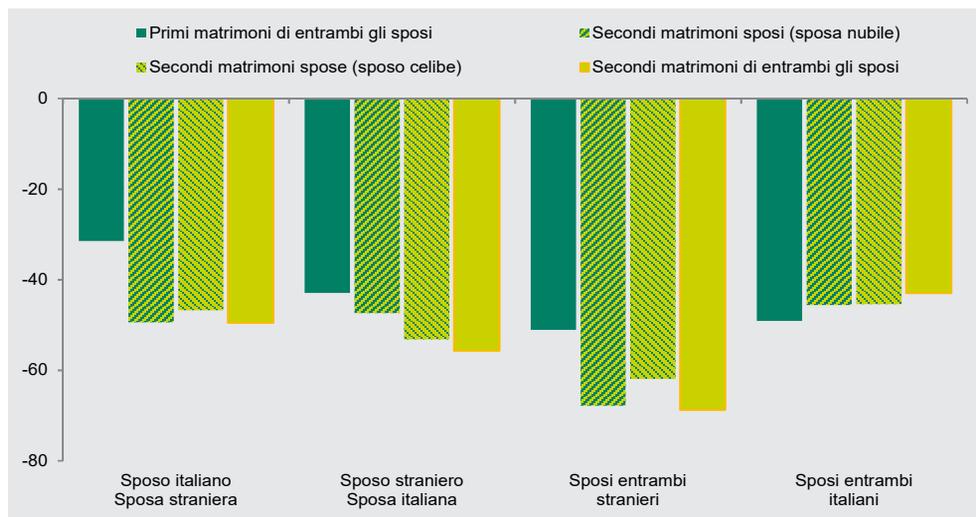
Complessivamente, considerando il totale dei matrimoni celebrati nel 2020, le spose al di sotto dei 35 anni sono più che dimezzate mentre quelle con 35 anni e più sono diminuite del 37,4 per cento.

Tra le componenti della nuzialità in crescita prima dello *shock* da COVID-19 spicca quella dei matrimoni con sposi stranieri: nel 2019 sono state celebrate oltre 34 mila nozze con almeno uno sposo straniero. Questa tipologia rappresenta poco meno del 20 per cento del totale dei matrimoni e la proporzione è stata confermata anche nel 2020. I matrimoni misti (in cui uno sposo è italiano e l'altro straniero) ne rappresentano la parte più consistente (70,7 per cento nel 2020); la quota è aumentata di 5 punti percentuali, anche per effetto dei divieti di ingresso che hanno presumibilmente inciso di più sui matrimoni con entrambi i cittadini stranieri. Il nostro Paese, infatti, esercita un'attrazione come luogo di celebrazione delle nozze per coppie abbienti provenienti in prevalenza da paesi economicamente avanzati ma nel 2020 i matrimoni di questa tipologia ("turismo matrimoniale") sono caduti del 77,8 per cento.

L'aumento dell'instabilità coniugale contribuisce alla diffusione delle seconde nozze e delle famiglie ricostituite composte da almeno una persona che ha vissuto una precedente esperienza matrimoniale, generando nuove tipologie familiari. Nel 2019, il 20,6 per cento dei matrimoni ha riguardato almeno uno sposo alle seconde nozze o successive contro il 13,8 per cento nel 2008, con un aumento che deriva in misura significativa dall'introduzione del divorzio breve; il valore registrato nel 2019 è comunque simile a quello dei due anni precedenti, per la stabilizzazione della quota di secondi matrimoni che è rimasta quasi invariata anche nel 2020 (20,9 per cento). Nel 2020 sono diminuiti soprattutto i secondi matrimoni di sposi entrambi stranieri, entrambi al secondo matrimonio (Figura 2.3).



Figura 2.3 Matrimoni per tipologia di coppia e ordine del matrimonio, Italia. Anni 2019-2020 (variazioni percentuali) (a)



Fonte: Istat, Rilevazione dei matrimoni
(a) Dati 2020 provvisori.

È, infine, interessante valutare come sia cambiata la nuzialità per livello di istruzione degli sposi, una caratteristica a cui si associano status socio-economico e comportamenti differenziali nelle modalità di formazione della famiglia.

Fino a settembre 2020 non si osserva una grande variabilità per ripartizione e livello di istruzione della sposa (i matrimoni sono relativamente omogami in quanto al titolo di studio), anche in virtù del fatto che la crisi sanitaria ha toccato tutte le tipologie di matrimonio e di coppie (Figura 2.4). Nell'ultimo trimestre del 2020 emerge nel Nord un ruolo positivo del livello di istruzione elevato sulla realizzazione dei progetti nuziali mentre ciò non accade nel Mezzogiorno, dove la nuzialità mantiene una dinamica particolarmente negativa. È presumibile che in questo caso l'impossibilità di festeggiare secondo le forme consuete il matrimonio abbia costituito un forte deterrente.

Le differenze più marcate per quanto riguarda il festeggiamento delle nozze si osservano, a livello territoriale, proprio per il numero degli invitati. Nel Mezzogiorno è netta la prevalenza di ricevimenti con almeno cento invitati (55,8 per cento dei ricevimenti rispetto al 39,3 del Nord); per matrimoni con almeno duecento invitati la proporzione del Mezzogiorno si presenta quasi doppia rispetto al Nord del Paese (19,8 per cento rispetto al 10,2 per cento). I festeggiamenti nuziali con meno di trenta invitati incidono per il 12,1 per cento al Nord mentre nel Mezzogiorno sono una tipologia marginale (3,5 per cento)⁹.

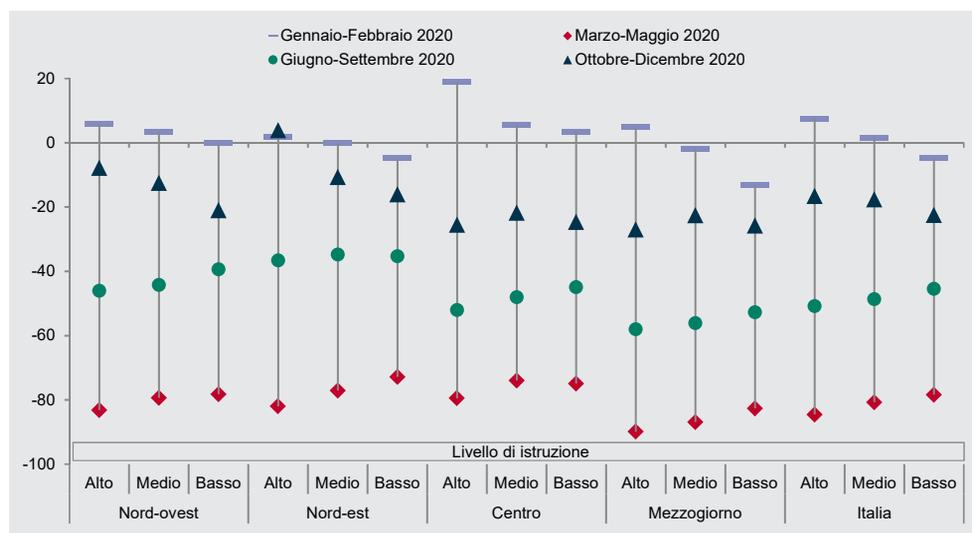
La diminuzione dei matrimoni sembra mostrare una differente intensità a seconda della condizione professionale degli sposi e soprattutto della posizione nella professione e della tipologia di lavoro. Rispetto al 2019, a risentire maggiormente del rinvio/rinuncia a sposarsi sono i lavoratori in proprio (-52,3 per cento per lo sposo e -51 per cento per la sposa); il calo si accentua se entrambi gli sposi sono in questa tipologia di occupati (-55 per cento) la quale ha subito gli effetti più severi della crisi.

Le ricadute della pandemia da COVID-19 hanno avuto un forte impatto anche sull'andamento dell'instabilità coniugale. Una diminuzione rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente

⁹ Istat, Famiglie, soggetti sociali e cicli di vita - Anno 2016. Nell'analisi sono stati considerati i matrimoni celebrati a partire dal 2010.

emerge già nel primo trimestre 2020 ma è nel secondo trimestre che si delinea un crollo: circa il 60 per cento rispetto a un anno prima per separazioni/divorzi consensuali presso i Comuni e i Tribunali e, rispettivamente, del 40 per cento e il 49 per cento per separazioni e divorzi giudiziali. Nonostante differenti iter e modalità, l'esigenza prioritaria è stata, infatti, quella di trattare i procedimenti che hanno riguardato le urgenze delle crisi familiari.

Figura 2.4 Spose per livello di istruzione, ripartizione e periodo di celebrazione, Italia. Anni 2019-2020 (variazioni percentuali) (a)



Fonte: Istat, Rilevazione dei matrimoni
 (a) Dati 2020 provvisori. Per esigenze di comparabilità, non sono stati considerati i matrimoni celebrati il giorno 29 febbraio dell'anno bisestile 2020.

Per separazioni e divorzi presso i Tribunali il calo è stato mitigato dalla possibilità offerta da alcuni Tribunali, nel periodo dell'emergenza, di optare per modalità virtuali. Forse anche per queste innovazioni nel terzo trimestre vi è stato un aumento per le separazioni e i divorzi consensuali (rispettivamente +12 per cento e +15 per cento). Nell'intero anno le separazioni e i divorzi in Tribunale sono diminuiti di circa il 20 per cento così come è avvenuto anche per le separazioni e i divorzi presso i Comuni. Gli accordi di negoziazione assistita con avvocati sia per le separazioni sia per i divorzi, infine, mostrano un calo più contenuto perché già utilizzavano modalità telematiche. Complessivamente, nel corso del 2020, gli accordi di separazione con negoziazione assistita con avvocati hanno segnato un aumento (+3,5 per cento) mentre i divorzi di questa tipologia una flessione limitata (-4,4 per cento).

2.2 I PRIMI EFFETTI DELLA PANDEMIA SULLE NASCITE

Il record negativo del minor numero di nascite toccato nel 2019 è stato di nuovo superato nel 2020. I nati della popolazione residente sono stati 404.104, in diminuzione del 3,8 per cento rispetto al 2019 e di quasi il 30 per cento a confronto col 2008, anno di massimo relativo più recente delle nascite. Il calo del 2020 è generalizzato sul territorio ma più accentuato al Nord-ovest (-4,6 per cento).

La nuova fase di diminuzione delle nascite avviatasi a partire dal 2008 è, in parte, dovuta agli effetti strutturali indotti dalle modificazioni della popolazione femminile in età feconda,

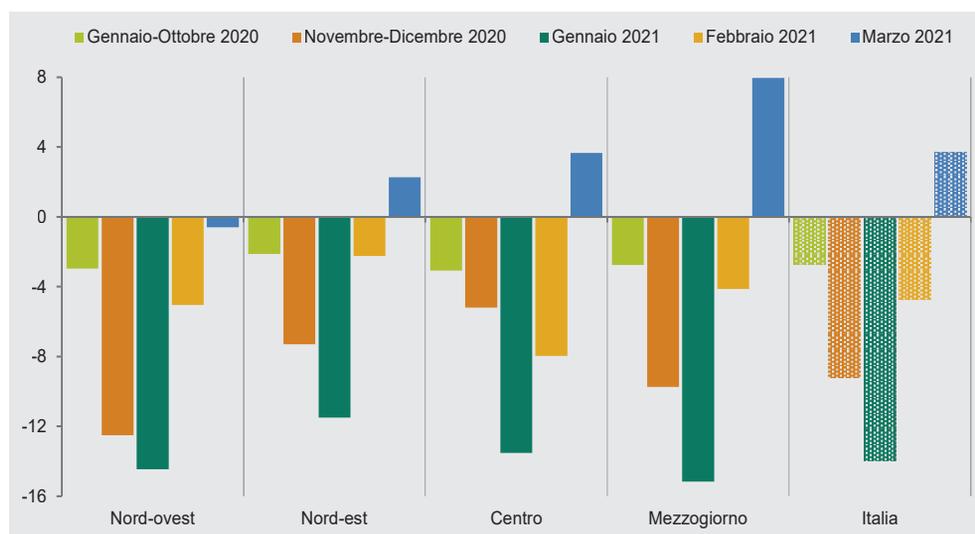


convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni. In questa fascia di popolazione le donne italiane sono sempre meno numerose, riflettendo il forte calo della fecondità del periodo 1976-1995, che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995. A partire dagli anni Duemila l'apporto dell'immigrazione, con l'ingresso di popolazione giovane e con comportamenti riproduttivi differenti, ha causato – anche a seguito dei ricongiungimenti familiari favoriti dalle regolarizzazioni della componente straniera irregolarmente presente – un leggero innalzamento di questo valore, ma sta lentamente perdendo efficacia man mano che aumenta l'età media della popolazione straniera residente e procede un processo di assimilazione nei comportamenti riproduttivi.

Va comunque precisato che il calo di nascite registrato nel 2020 è stato influenzato solo in piccola parte dalla pandemia (Figura 2.5). I primi dieci mesi dell'anno mostrano una diminuzione del 2,7 per cento, in linea con il ritmo che ha caratterizzato il periodo dal 2009 al 2019 (-2,8 per cento in media annua). La discesa accelera in misura marcata nei mesi di novembre (-8,2 per cento rispetto allo stesso mese dell'anno prima) e soprattutto di dicembre (-10,3 per cento), corrispondenti ai concepimenti dei primi mesi dell'ondata epidemica 2020. Nel Nord-ovest, più colpito dalla pandemia, a dicembre il calo tocca il 15,6 per cento. Si può senz'altro ritenere che la situazione di incertezza prevalsa con l'avvio del primo *lockdown* abbia influenzato la scelta di rinviare il concepimento.

Un'ulteriore conferma a sostegno di questa ipotesi proviene dall'andamento delle nascite nei primi mesi del 2021: la diminuzione persiste nei mesi di gennaio (30.903 nati, -14,0 per cento) e febbraio (29.438 nati, con un calo del 4,7 per cento al netto dell'effetto della presenza di 29 giorni a febbraio 2020)¹⁰, ai quali corrispondono nascite per la quasi totalità riferibili ai concepimenti di aprile e maggio 2020.

Figura 2.5 Nati per periodo di nascita e ripartizione geografica di residenza. Variazioni percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Anni 2020-2021 (a)



Fonte: Istat, Bilancio demografico mensile

(a) Dati provvisori. Per esigenze di comparabilità sono stati considerati gli eventi riferiti a 28 giorni nel mese di febbraio 2020.

10 Se si confronta il mese di febbraio 2021 con febbraio 2020 senza depurare l'effetto del giorno in più nel 2020 dovuto all'anno bisestile, la differenza è pari a -8,0 per cento (cfr. Bilancio demografico mensile - Anni 2020 e 2021, demo.istat.it).

Il calo di gennaio, che accentua quello degli ultimi due mesi del 2020, lascia pochi dubbi sul ruolo svolto dalla particolare situazione di incertezza innescata dalla pandemia¹¹. I bambini nati a febbraio 2021 sono stati concepiti principalmente a maggio 2020, alla fine del periodo di isolamento primaverile, e la marcata attenuazione della discesa potrebbe derivare da tale sviluppo. Le aree che hanno subito la maggiore diminuzione sono il Mezzogiorno e il Nord-ovest per i nati di gennaio e il Centro per quanto riguarda febbraio.

Il mese di marzo 2021 mostra una prima inversione di tendenza: rispetto allo stesso mese del 2020 i nati aumentano del 3,7 per cento (32.941, circa 1.200 in più), con un incremento più sostenuto nel Mezzogiorno (8 per cento). Per questa ripartizione si potrebbe ipotizzare un recupero nei mesi estivi dei concepimenti rinviati in primavera che hanno dato luogo alla perdita particolarmente consistente di gennaio 2021. A marzo 2021, il Nord-ovest è l'unica area in cui si registra ancora una variazione negativa (-0,6 per cento) seppure molto attenuata rispetto ai mesi precedenti.

Un analogo “punto di svolta” si riscontra nei dati delle nascite in Francia che a novembre e a dicembre del 2020 hanno segnato cali tendenziali del 4,4 per cento e del 7,5 per cento. La caduta si è accentuata nel bimestre gennaio-febbraio del 2021, con -13,3 per cento e -9,7 per cento, mentre a marzo è emersa una variazione positiva, seppur modesta (+0,8 per cento)¹².

Per comprendere al meglio le dinamiche che hanno modificato almeno in parte il cambiamento riproduttivo è interessante analizzare le principali caratteristiche dei genitori.

La contrazione delle nascite sperimentata tra dicembre 2020 e febbraio 2021 ha riguardato prevalentemente i nati all'interno del matrimonio, i nati da genitori stranieri, quelli con genitori molto giovani e i nati da madri con basso livello di istruzione. Allo stesso tempo, il leggero recupero che si osserva a marzo è dovuto ai nati da non coniugati, da genitori entrambi italiani, da madri tra i 35 e 44 anni e con alto livello di istruzione. A livello territoriale è il Mezzogiorno che mostra il maggior recupero nel mese di marzo, dopo aver subito la maggiore caduta a gennaio, insieme al Nord-ovest.

Già nel 2019, le nascite all'interno del matrimonio (pari a circa 280 mila) mostravano una diminuzione particolarmente accentuata: 18 mila in meno rispetto al 2018 e 184 mila nel confronto con il 2008. Ciò ha riflesso anche il forte calo dei matrimoni prodottosi fino al 2014 (quando sono state celebrate circa 190 mila nozze rispetto a 247 mila del 2008), al quale è seguito un andamento altalenante. In un contesto di nascite che scendono, quelle che avvengono fuori del matrimonio aumentano invece di oltre 27 mila unità rispetto al 2008, sino a più di 140 mila nel 2019. Il loro peso relativo continua a crescere (33,4 per cento nel 2019). La tendenza all'aumento sembra confermata dai dati del periodo gennaio-ottobre 2020, con un'incidenza del 37,4 per cento.

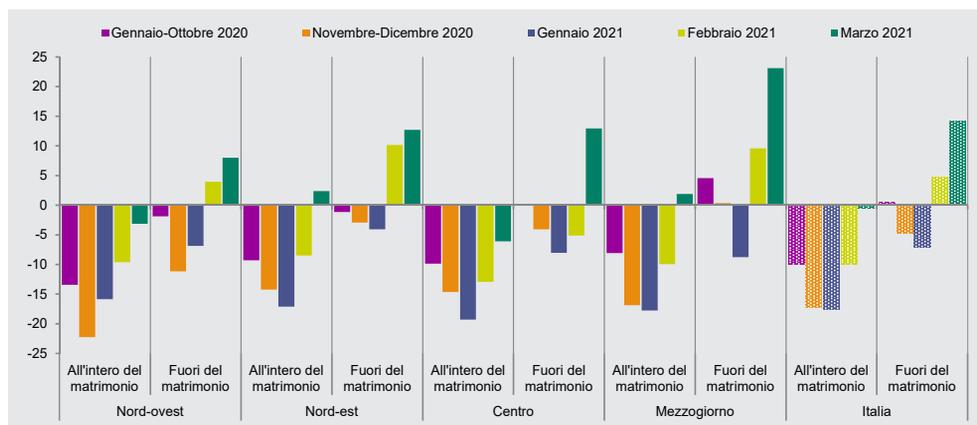
La crescita dell'incidenza dei nati fuori dal matrimonio è comune a tutte le ripartizioni, ma risulta più marcata nel Mezzogiorno; tale ripartizione sta convergendo verso la situazione del resto d'Italia dove sono più diffusi i comportamenti familiari meno tradizionali. Tra gennaio e ottobre 2020 i nati all'interno del matrimonio diminuiscono su tutto il territorio nazionale (-10 per cento rispetto all'anno precedente), ma in misura maggiore nel Nord-ovest (-13,4 per cento, Figura 2.6). Il lieve aumento dei nati fuori dal matrimonio che si osserva in questo periodo (+0,5 per cento) è dovuto al robusto incremento (+4,5 per cento) registrato nel Mezzogiorno, che compensa pienamente il calo delle altre ripartizioni.

11 Cfr. G.C. Blangiardo, “Calo di nascite a gennaio 2021: sintomo di un disturbo occasionale o conferma di un malessere strutturale?”, 3 maggio 2021.

12 Cfr. “Les naissances en 2021”, <https://www.insee.fr/fr/accueil>.



Figura 2.6 Nati per periodo di nascita all'interno e al di fuori del matrimonio, Italia. Variazioni percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Anni 2020-2021 (a)



Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita
 (a) Dati provvisori stimati. Per esigenze di comparabilità sono stati considerati gli eventi riferiti a 28 giorni nel mese di febbraio 2020.

La contrazione delle nascite concepite all'inizio della pandemia ha toccato anche quelle fuori dal matrimonio: -4,7 per cento nel periodo novembre-dicembre 2020 e -7,1 per cento a gennaio 2021. Tuttavia, tale diminuzione è temporanea e decisamente più contenuta rispetto a quella dei nati da genitori coniugati.

L'aumento delle nascite nel marzo 2021 è da attribuire esclusivamente ai nati al di fuori del matrimonio (cresciuti di oltre 1.400 unità, +14,2 per cento), mentre i nati da genitori coniugati continuano a diminuire a livello nazionale, seppure in maniera lieve (-0,5 per cento). Emerge però un leggero aumento anche per questa componente nel Mezzogiorno e nel Nord-est, dove peraltro le nascite da genitori non coniugati sono cresciute in maniera più vigorosa.

Il calo dei nati che si è verificato in corrispondenza degli effetti del primo periodo della pandemia aggrava, nonostante il leggero recupero osservato per il marzo 2021, una situazione già di per sé fragile. Inoltre, è necessario sottolineare che la drastica contrazione del numero di matrimoni (si veda il paragrafo 2.1), dovuta prevalentemente alle misure restrittive imposte dalla crisi, può costituire un elemento rilevante per le prospettive di natalità negli anni a venire.

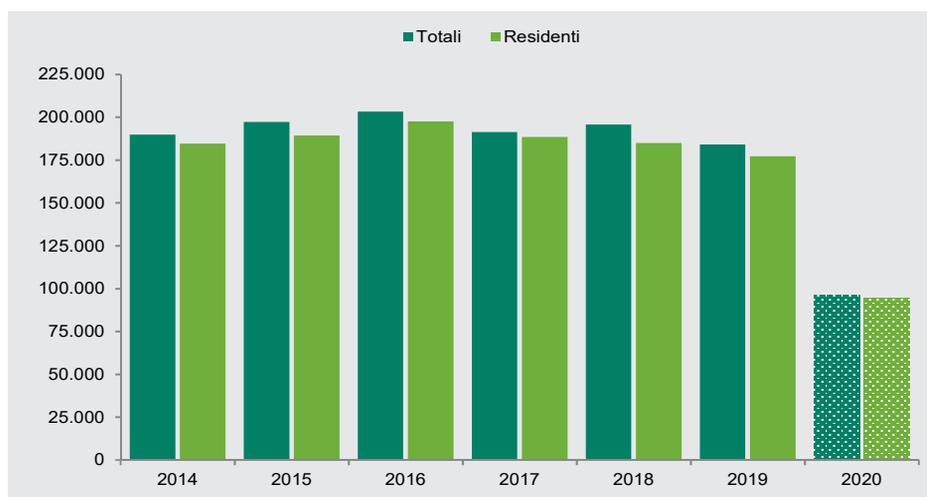


QUALI CONSEGUENZE DI BREVE E MEDIO PERIODO SULLA NATALITÀ?

In un paese come l'Italia, dove ancora i due terzi dei nati sono all'interno del matrimonio (anno 2019), il dimezzarsi delle nozze nel 2020 – e la riduzione ancora maggiore di coppie giovani al primo matrimonio – ha ridotto il numero di potenziali genitori, almeno rispetto al comportamento riproduttivo osservato fino a oggi.

È, dunque, interessante domandarsi quali potrebbero essere gli effetti di breve e medio termine della contrazione dei matrimoni sulla natalità dei prossimi anni. Con i dati al momento disponibili è possibile avanzare una prima risposta delineando uno scenario che prende in considerazione la serie storica dei matrimoni celebrati in Italia dal 2014, al netto di quelli in cui gli sposi erano entrambi residenti all'estero (1,9 per cento nel 2020, 3,4 per cento media 2014-2019), componente verosimilmente marginale nel computo dei nati vivi della popolazione residente in Italia (Figura 1).

Figura 1 Matrimoni totali e matrimoni con almeno uno sposo residente, Italia. Anni 2014-2020 (valori assoluti) (a)



Fonte: Istat, Rilevazione dei matrimoni
(a) Dati 2020 provvisori.

Per ogni anno di matrimonio a partire dal 2014, attraverso l'integrazione tra fonti, è stato possibile osservare i nati nel triennio successivo¹³. Stimando una relazione lineare sono stati individuati i coefficienti per le coorti di matrimonio più recenti, così da simulare il numero teorico di nascite nei tre anni successivi in assenza di pandemia, ipotizzando nel 2020 il numero di matrimoni invariato rispetto al 2019. L'ipotesi è che la relazione tra numero di matrimoni e numero di nati resti invariata rispetto a quella osservata nel triennio precedente all'anno t.

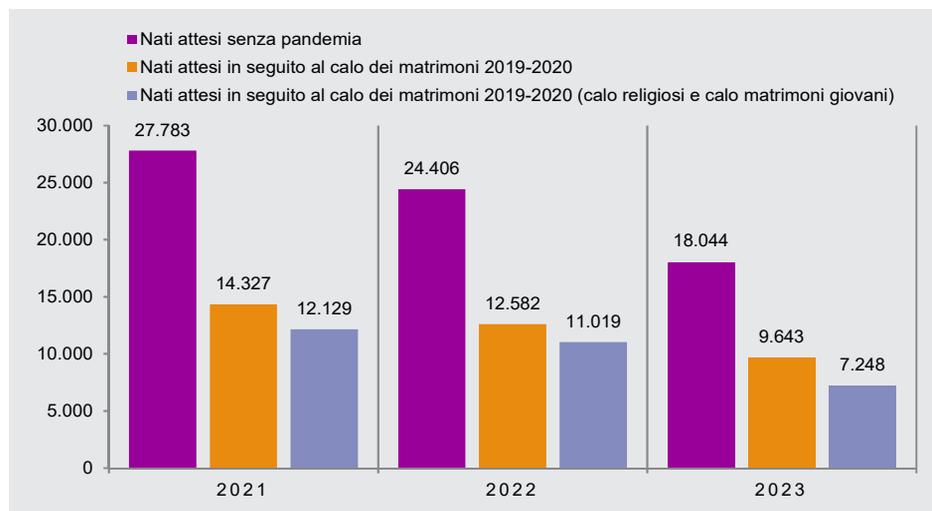
I coefficienti ottenuti sono stati anche applicati ai 92 mila matrimoni effettivamente celebrati nel 2020 (esclusi quelli dei non residenti), ottenendo una stima dell'effetto sulle nascite – su un arco di tre anni – dovuto al crollo di circa 80 mila matrimoni con almeno un residente.

13 L'analisi si riferisce ai matrimoni con almeno un residente e ai nati degli anni successivi. È stata adottata una tecnica di record *linkage* deterministico in cui la chiave è rappresentata dall'identificativo anonimizzato delle spose all'anno t e delle madri negli anni t+1, t+2 e t+3.

Il risultato è che nel periodo 2021-2023 il calo di matrimoni osservato nel 2020 potrebbe portare a circa 36 mila e 500 nascite rispetto alle oltre 70 mila¹⁴ ipotizzate in assenza di pandemia (Figura 2), con un deficit di quasi 34 mila unità: 13 mila e 500 in meno solo nel primo anno, quasi 12 mila nel 2022 e oltre 8 mila nel 2023. Ciò ipotizzando che le coppie che si sono sposate nel 2020 abbiano gli stessi comportamenti riproduttivi delle coppie sposatesi negli anni precedenti.

Per affinare l'analisi, sono state prese in considerazione le caratteristiche che hanno contraddistinto il 2020 per i matrimoni con almeno un residente, stimando dei coefficienti separati per i matrimoni religiosi (passati dal 48,6 al 29,1 per cento) e per le spose con meno di 35 anni (la cui quota si è ridotta dal 60 al 51 per cento).

Figura 2 Stima dei nati nel triennio 2021-2023 da matrimoni celebrati nel 2020, Italia



Fonte: Elaborazione su dati Istat, Rilevazione dei matrimoni e Iscritti in Anagrafe per nascita

Considerando la composizione per tipologia dei matrimoni, la proiezione per il triennio successivo quantificherebbe i nati in circa 30 mila unità. Il calo aggiuntivo di altri 6 mila nati sarebbe dovuto al fatto che a diminuire drasticamente sono stati i matrimoni religiosi, in particolare delle donne sotto i 35 anni.

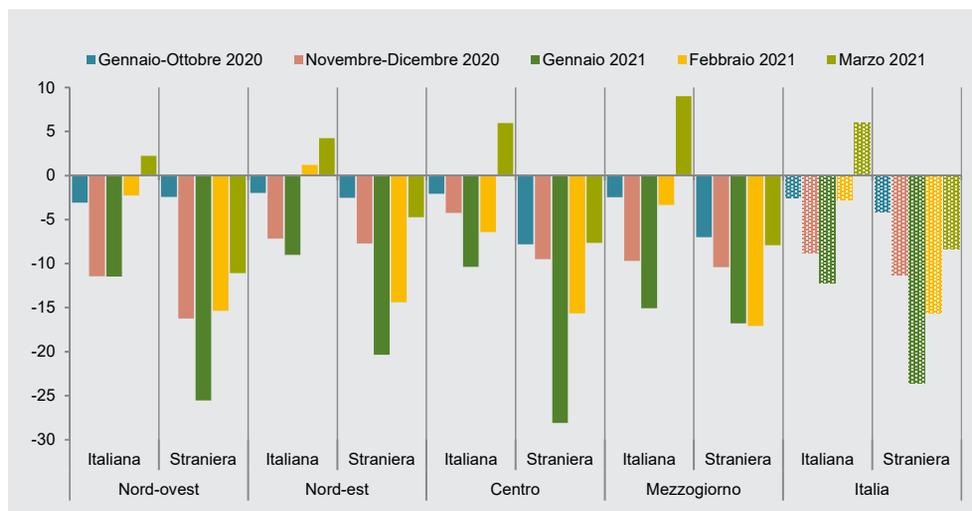
In sintesi, il calo di 80 mila matrimoni¹⁵ in Italia registratosi nel 2020 potrebbe portare a un numero di nati minore della metà di quello che si sarebbe osservato in assenza di pandemia, con quasi 40 mila nati in meno, nell'ipotesi in cui non si verificano 'recuperi', nel periodo considerato, delle nascite precedentemente rinviate. Già nel 2021 la perdita potrebbe superare i 15 mila nati.

14 Se il numero di matrimoni del 2020 fosse stato invariato rispetto al 2019 e nell'ipotesi di assenza di variazioni nel comportamento riproduttivo, risulterebbero: 28 mila nati nel 2021, 24 mila nel 2022 e 18 mila nel 2023.

15 In questa analisi il calo dei matrimoni si riferisce esclusivamente a quelli con almeno un residente; questo spiega la differenza col calo descritto nel paragrafo 2.1.

Per quanto riguarda la cittadinanza dei genitori, nel periodo gennaio-ottobre 2020 si osserva una diminuzione dei nati di cittadinanza straniera (-4,1 per cento, Figura 2.7), in linea con la tendenza in atto dal 2013. I nati da genitori entrambi stranieri, scesi per la prima volta sotto i 70 mila nel 2016, sono arrivati a circa 63 mila nel 2019, riflettendo anche l'effetto delle dinamiche migratorie dell'ultimo decennio. La "grande regolarizzazione" del 2002 ha dato origine, negli anni 2003-2004, alla concessione di circa 650 mila permessi di soggiorno, che si è tradotta in un boom di iscrizioni in anagrafe dall'estero (oltre 1 milione 100 mila in tutto), con il raddoppio del saldo migratorio rispetto al biennio precedente. Buona parte delle donne in età fertile che hanno fatto ingresso o si sono regolarizzate (o mogli ricongiunte di coniugi che si sono regolarizzati) ha realizzato nei dieci anni successivi i propri progetti riproduttivi nel nostro Paese, contribuendo in modo importante all'aumento delle nascite e della fecondità. Tuttavia, le cittadine straniere residenti – che finora hanno parzialmente compensato i vuoti di popolazione femminile presenti nella struttura per età delle donne italiane – stanno a loro volta invecchiando.

Figura 2.7 Nati per periodo di nascita e cittadinanza del nato. Variazioni percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Anni 2020-2021 (a)



Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

(a) Dati provvisori stimati. (a) Per esigenze di comparabilità sono stati considerati gli eventi riferiti a 28 giorni nel mese di febbraio 2020.

Inoltre, il crescente grado di maturità dell'immigrazione nel nostro Paese, testimoniato dal notevole aumento delle acquisizioni di cittadinanza italiana, rende sempre più complesso misurare i comportamenti familiari dei cittadini di origine straniera. Si riscontra, infatti, un numero rilevante di acquisizioni di cittadinanza proprio da parte di quelle collettività che contribuiscono in modo più cospicuo alla natalità della popolazione residente.

Con la diffusione degli effetti della pandemia i nati di cittadinanza straniera risultano penalizzati in misura crescente: a novembre e dicembre 2020 sono diminuiti poco più dei nati da genitori italiani (l'11,4 per cento rispetto all'8,8 per cento), ma il differenziale si è allargato a gennaio 2021 (-23,6 per cento contro -12,2 per cento) e ancora nel mese di febbraio (-18,5 contro -6,1 per cento).

La geografia del calo dei nati di cittadinanza straniera si sposta progressivamente da Nord a Sud in concomitanza col propagarsi della pandemia: la caduta è marcata nel Nord-ovest nel periodo novembre-dicembre 2020 (-16,3 per cento), nel Centro a gennaio 2021 (-28,1 per cento), nel Mezzogiorno a febbraio (-20,0 per cento).

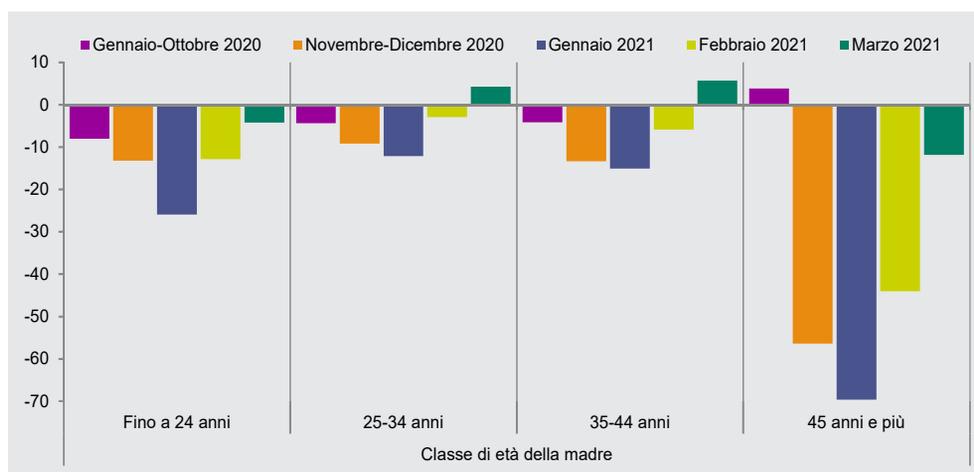
Per quanto riguarda il leggero aumento della natalità registrato a marzo 2021, si osserva come il recupero riguardi esclusivamente i nati italiani (+5,9 per cento); quelli stranieri, infatti, continuano a mostrare una flessione dell'8,3 per cento a livello nazionale, con un massimo dell'11,1 per cento nel Nord-ovest.

Il calo pronunciato dei nati da genitori entrambi stranieri può essere messo in relazione con la maggiore fragilità occupazionale della popolazione straniera, che spesso si trova inserita in segmenti a più alto rischio di perdita del lavoro, rischio che risulta accentuato dalla crisi (si veda il capitolo 3 - *Il capitale umano: divari e diseguaglianze* di questo Rapporto). Non si può escludere che il contenimento dei flussi in entrata registrato tra marzo e aprile 2020 (si veda il paragrafo 2.4) abbia influenzato negativamente anche i ricongiungimenti familiari, amplificando ulteriormente la contrazione delle nascite della popolazione straniera.

L'evoluzione della natalità è fortemente condizionata dalle variazioni nella cadenza delle nascite rispetto all'età delle madri. Le donne residenti in Italia hanno rinviato l'esperienza riproduttiva verso età sempre più avanzate; rispetto al 1995, l'età media al parto aumenta di oltre due anni, arrivando a 32,1 anni nel 2019; cresce in misura ancora più marcata l'età media alla nascita del primo figlio che sale a 31,3 anni nel 2019 (3,3 anni in più rispetto al 1995). Le regioni del Centro sono quelle che presentano il calendario più posticipato (32,5 anni).

In questo scenario è interessante osservare come ha agito la crisi sulle scelte riproduttive di una popolazione che diventa genitore sempre più tardi. A livello nazionale, nel periodo gennaio-ottobre 2020 la contrazione dei nati riguarda soprattutto le giovanissime (-8,1 per cento per le donne fino a 24 anni) ed esclude solo le età più avanzate (Figura 2.8).

Figura 2.8 Nati per periodo di nascita e classi di età della madre. Variazioni percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Anni 2020 e 2021 (a)



Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

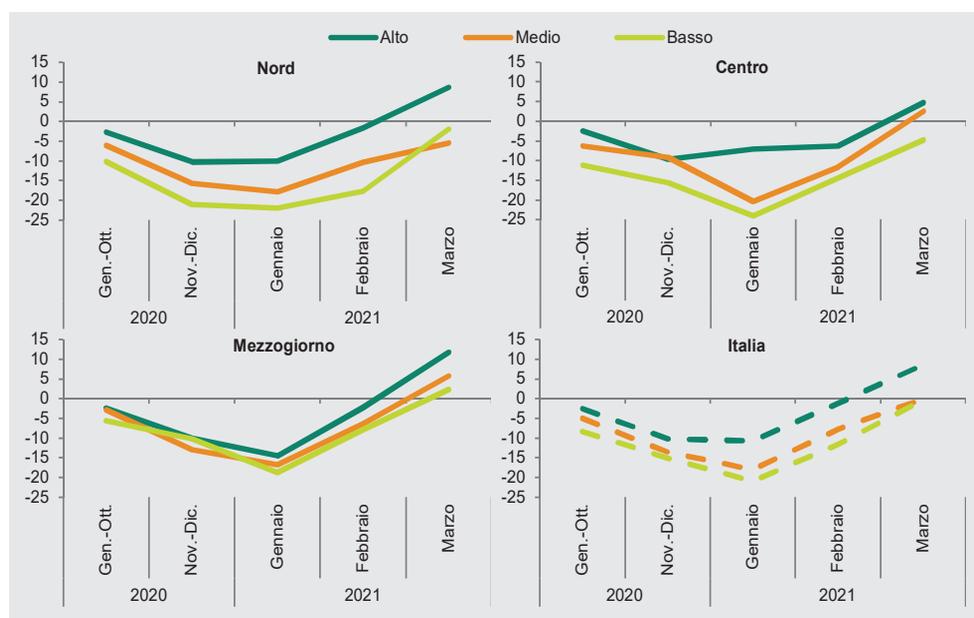
(a) Dati provvisori stimati. Per esigenze di comparabilità sono stati considerati gli eventi riferiti a 28 giorni nel mese di febbraio 2020.

Nei mesi successivi, il calo continua a essere relativamente forte per il segmento più giovane, ma assume un'intensità anomala per le donne con più di 45 anni, che non partecipano neppure al recupero emerso a marzo. Il crollo dei nati di questa fascia di età è verosimilmente da mettere in relazione anche con la possibile riduzione nel ricorso alla procreazione medicalmente assistita, soprattutto nei primi mesi di diffusione della pandemia. Il ricorso a tali tecniche, infatti, è molto diffuso a partire dai 40 anni e in particolar modo tra chi ha più di 45 anni¹⁶.

Il recupero registrato a marzo riguarda prevalentemente i nati da donne tra i 35 e 44 anni (+5,7 per cento rispetto a un anno prima); si può ipotizzare che la scelta di rimandare i progetti riproduttivi abbia agito meno sulle donne in età più avanzata, rispetto alle più giovani che hanno davanti a sé un orizzonte temporale più lungo.

Per quanto riguarda il titolo di studio delle madri, si osserva che il recupero del numero dei nati a marzo 2021 ha riguardato prevalentemente le donne più istruite: a livello nazionale i nati da madri con almeno la laurea sono cresciuti di circa 800 unità (+8,6 per cento, Figura 2.9), contribuendo per i 2/3 all'aumento complessivo. L'incremento è più marcato nel Nord-est (+14,6 per cento) e nel Mezzogiorno (+11,7 per cento). Quest'ultima è la ripartizione che ha registrato la più forte risalita di nati a marzo 2021 ed è l'unica dove l'aumento ha coinvolto tutti i livelli di istruzione, con un gradiente crescente all'aumentare del titolo di studio.

Figura 2.9 Nati per periodo di nascita e livello di istruzione della madre. Variazioni percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Anni 2020 e 2021 (a)



Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

(a) Dati provvisori stimati. Per esigenze di comparabilità sono stati considerati gli eventi riferiti a 28 giorni nel mese di febbraio 2020.

Le donne con basso livello di istruzione potrebbero aver risentito maggiormente degli effetti sfavorevoli dell'emergenza sanitaria; i nati da madri con al massimo la licenza media sono infatti diminuiti di più soprattutto nel mese di gennaio (-20,9 per cento), con un picco negativo nel Centro Italia (-24,0 per cento). Il titolo di studio è una caratteristica individuale in grado di cogliere indirettamente dimensioni più ampie associate con lo status socio-economico delle persone. Il dispiegarsi degli effetti sociali ed economici della crisi potrebbe anche in questo caso contribuire ad accentuare le disuguaglianze sociali nei percorsi di vita e nei progetti familiari.

2.3 L'ECESSO DI MORTALITÀ

Nell'anno 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6 per cento di eccesso).



Il contributo alla mortalità dei decessi *COVID-19*¹⁷ da marzo a dicembre 2020 (per il complesso delle cause) è stato, a livello medio nazionale, del 10,2 per cento, con differenze fra le varie ripartizioni geografiche (14,5 per cento del Nord, al 6,8 per cento del Centro e al 5,2 per cento del Mezzogiorno) e fasce di età (4,6 per cento del totale nella classe 0-49 anni, 9,2 per cento in quella 50-64 anni, 12,4 per cento in quella 65-79 anni e 9,6 per cento in quella di ottanta anni o più).

La mortalità dell'intero paese, misurata attraverso i tassi di mortalità standardizzati per età¹⁸, ha registrato nel 2020 un aumento del 9 per cento rispetto alla media del quinquennio 2015-2019; le regioni che subiscono aumenti significativamente più alti sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, la Lombardia e la Provincia autonoma di Trento. Un caso in controtendenza è invece quello del Lazio unica Regione a segnare un tasso di mortalità standardizzato nel 2020 leggermente inferiore al quinquennio precedente.

Per effetto del forte aumento del rischio di mortalità, specie in alcune aree e per alcune fasce d'età, i valori della sopravvivenza mediamente attesa, alla luce di quanto osservato nel corso del 2020, appaiono in decisa contrazione. La speranza di vita alla nascita, senza distinzione di genere, scende a 82 anni, ben 1,2 anni sotto il livello del 2019. Per osservare un valore analogo occorre risalire al 2012. Gli uomini sono più penalizzati: la loro speranza di vita alla nascita scende a 79,7 anni, ossia 1,4 anni in meno dell'anno precedente, mentre per le donne si attesta a 84,4 anni, un anno di sopravvivenza in meno. A 65 anni la speranza di vita scende a 19,9 anni nel complesso: 18,2 per gli uomini e 21,6 per le donne. La variazione annuale è sostanzialmente uguale a quella riscontrata nella speranza di vita alla nascita ma ha un impatto relativo più importante¹⁹.

Il livello di istruzione gioca un ruolo chiave nei differenziali di sopravvivenza sul territorio; nelle aree geografiche in cui l'incremento della mortalità è stato maggiore si è osservata una mortalità più elevata nelle persone meno istruite (si veda Approfondimento "Disuguaglianze sociali nella mortalità durante la pandemia in Italia").

Prendendo in considerazione le classi di età, il contributo più rilevante all'aumento dei decessi dell'anno 2020, rispetto alla media degli anni 2015-2019, è dovuto all'incremento dei morti ultraottantenni che spiega il 76,3 per cento dell'eccesso di mortalità complessivo; in totale sono decedute 486.255 persone oltre gli 80 anni (76.708 in più rispetto al quinquennio precedente). L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 20 per cento dell'eccesso di decessi; in termini assoluti l'incremento per questa classe di età, rispetto al dato medio degli anni 2015-2019, è di oltre 20 mila decessi (per un totale di 184.708 morti nel 2020).

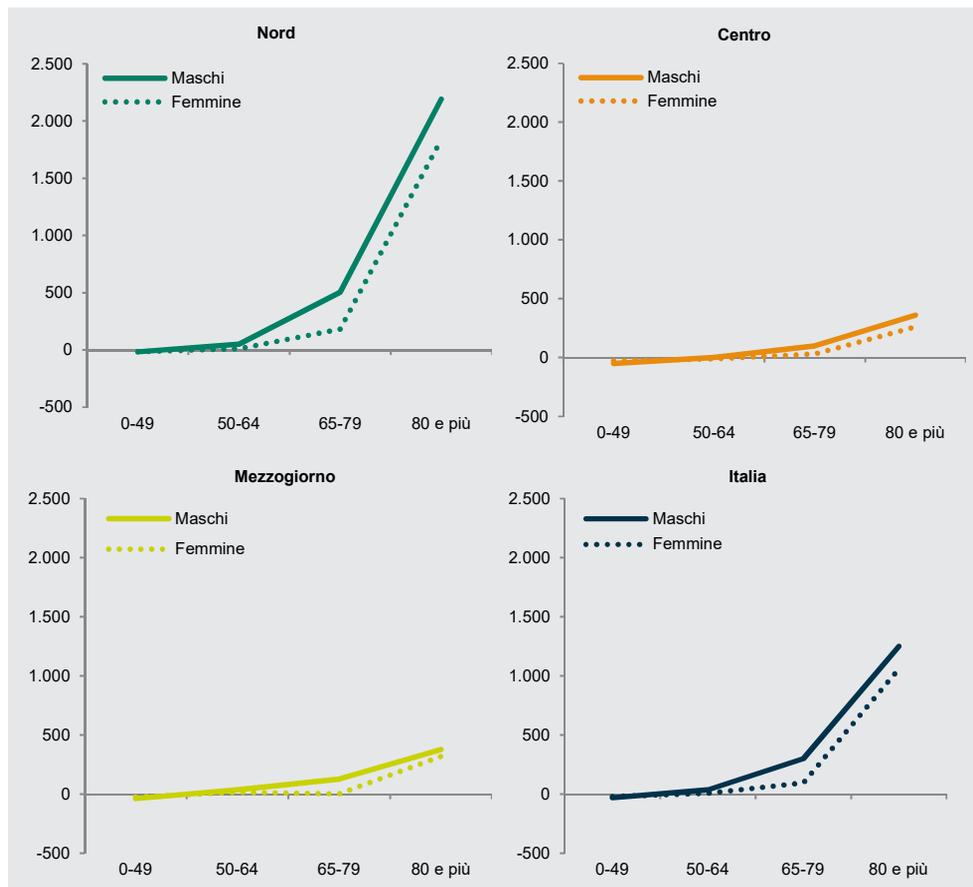
Al fine di depurare i confronti dalla diversa struttura per età della popolazione residente – per genere, ripartizione geografica e periodo di riferimento dei dati – è bene considerare le variazioni dei tassi specifici di mortalità per grandi gruppi di età tra la media del periodo 2015-2019 e l'anno 2020 (Figura 2.10).

17 Report Istat-ISS, "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021", 10 giugno 2021, <https://www.istat.it/it/archivio/258463>.

18 Si tratta di misure che permettono di effettuare dei confronti depurati dall'effetto delle differenze nella composizione per età delle popolazioni considerate (cfr. Glossario).

19 https://www.istat.it/it/files//2021/05/REPORT_INDICATORI-DEMOGRAFICI-2020.pdf.

Figura 2.10 Tassi specifici di mortalità per genere, classe di età e ripartizione. Differenza tra la media 2015-2019 e il 2020 (variazione assoluta per 100 mila residenti) (a)



Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale
(a) Dati provvisori stimati.

Le differenze maggiori rispetto alla media del periodo 2015-2019 si registrano nella popolazione maschile e nelle classi di età più elevate. Si distinguono nettamente le regioni del Nord in cui si concentra prevalentemente l'eccesso di mortalità, tanto per gli uomini che per le donne con 50 anni e più. Al contrario, nel 2020 la mortalità nelle età inferiori a 50 anni è sempre minore di quella della media del periodo 2015-2019, in tutte le ripartizioni.

La crescita dei casi di positivi al COVID-19 e dei decessi si protrae nei primi mesi del 2021. L'andamento per il complesso delle cause nel periodo gennaio-aprile risente, da un lato, del contesto epidemiologico, dall'altro, degli effetti delle misure di contenimento della diffusione dell'epidemia e della campagna vaccinale (Tavola 2.1). A gennaio e febbraio si assiste a una progressiva riduzione dell'eccesso di mortalità misurato rispetto alla media dei mesi corrispondenti del periodo 2015-2019, mentre i decessi del primo bimestre del 2021 sono comunque superiori a quelli dello stesso periodo del 2020, che come già ricordato è stato caratterizzato da livelli particolarmente bassi di mortalità totale.

A marzo si interrompe il calo dei decessi totali che era in atto dal picco della seconda ondata epidemica di novembre 2020, con un'inversione di tendenza rispetto al primo bimestre del 2021. Per tener conto del diverso numero dei giorni di febbraio e marzo si consideri che i decessi medi giornalieri passano da circa 2 mila a circa 2 mila 300.



Tavola 2.1.a Decessi per il complesso delle cause e decessi COVID-19 per mese e regione. Anno 2021 e variazione percentuale rispetto al dato medio dello stesso mese del periodo 2015-2019 e dell'anno 2020

REGIONE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Gennaio			Febbraio (a)				
	Decessi 2021	Var. % 15-19	Var. % 2020	Decessi COVID	Decessi 2021	Var. % 15-19	Var. % 2020	Decessi COVID
Piemonte	5.750	1,5	20,1	807	4.482	-6,2	1,7	582
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	148	-5,2	17,5	28	127	-2,2	-0,4	9
Lombardia	10.812	2,3	14,0	1.791	8.593	-2,7	-0,6	1.172
Bolzano-Bozen	493	6,8	14,1	170	519	31,2	22,7	159
Trento	702	32,0	50,3	165	483	6,6	9,2	58
Veneto	6.633	29,5	37,5	2.173	4.386	-1,6	4,4	591
Friuli-Venezia Giulia	2.154	38,5	42,1	763	1.473	8,0	17,4	354
Liguria	2.401	4,3	24,5	394	1.927	-1,2	12,1	250
Emilia-Romagna	6.068	15,5	28,6	1.699	4.726	6,5	11,2	974
Toscana	4.467	-2,9	7,7	545	3.802	-2,3	6,2	438
Umbria	1.138	2,5	15,5	164	1.091	19,5	28,8	271
Marche	2.062	13,4	24,4	442	1.709	10,2	17,4	291
Lazio	6.638	5,4	16,4	1.117	5.133	0,2	8,0	706
Abruzzo	1.672	2,1	12,8	251	1.401	3,1	5,4	264
Molise	454	4,8	25,1	75	376	12,2	26,4	82
Campania	5.778	-5,4	1,4	629	5.077	2,1	6,4	552
Puglia	4.659	9,1	16,0	780	4.000	14,2	17,5	656
Basilicata	676	1,9	18,2	55	563	-3,2	-4,4	39
Calabria	2.067	-7,7	1,2	115	1.802	-3,0	6,3	99
Sicilia	6.174	6,7	14,6	1.100	4.741	-5,5	5,6	619
Sardegna	1.902	9,7	13,0	254	1.502	-1,0	3,0	112
Nord	35.161	11,2	24,3	7.990	26.716	-0,3	4,9	4.149
Centro	14.305	3,4	14,5	2.268	11.735	2,2	10,3	1.706
Mezzogiorno	23.382	2,2	10,1	3.259	19.462	1,7	7,9	2.423
Italia	72.848	6,6	17,5	13.517	57.913	0,9	7,0	8.278

Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; ISS, Sistema di sorveglianza integrata COVID-19
(a) La variazione rispetto al 2020 è stata effettuata considerando i decessi per febbraio a 28 giorni.

Come è noto, marzo 2020 è stato il primo mese in cui sono emersi gli effetti della pandemia sulla mortalità totale e, insieme ad aprile, ha registrato il primo picco dei decessi. Considerando marzo e aprile di quest'anno si osserva ancora, a livello nazionale, un eccesso di mortalità rispetto alla media degli stessi mesi del periodo 2015-2019, sebbene nettamente inferiore a quello del 2020. Rispetto alle altre ripartizioni nelle regioni del Nord si rileva ancora un incremento di decessi più consistente rispetto al 2015-2019. Tuttavia, il confronto con il 2020, essendo questa l'area più colpita anche nella prima fase dell'epidemia, segna un calo importante che, nei due mesi, è pari al 40 per cento e 30 per cento nel Nord e al 58 per cento e 44 per cento in Lombardia. Di contro il Centro, ma soprattutto il Mezzogiorno, presentano un significativo aumento di decessi rispetto al 2020 e gli incrementi maggiori si osservano in Molise a marzo (+21 per cento) e in Campania ad aprile (+19,5 per cento).

Molte regioni del Centro e del Mezzogiorno durante la seconda ondata dell'epidemia, a partire dall'autunno del 2020, hanno sperimentato per la prima volta un incremento importante dei decessi per il complesso delle cause; l'impatto della seconda ondata sulla mortalità prosegue nei primi mesi del 2021.

Il dettaglio per età conferma anche nei primi mesi del 2021 il drammatico impatto dell'epidemia COVID-19 sulla popolazione di età più avanzata (Tavola 2.2). Come era già avvenuto nel 2020, i decessi di persone con meno di 50 anni sono sempre inferiori alla media dei mesi corrispondenti del periodo 2015-2019, mentre a gennaio 2021 l'eccesso rispetto al 2015-2019 è dovuto per i tre quarti all'incremento di morti con 80 anni o più.

Tavola 2.1.b Decessi per il complesso delle cause e decessi COVID-19 per mese e regione. Anni 2021 e variazione percentuale rispetto al dato medio dello stesso mese del periodo 2015-2019 e dell'anno 2020

REGIONE RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Marzo			Aprile				
	Decessi 2021	Var. % 15-19	Var. % 2020	Decessi COVID	Decessi 2021	Var. % 15-19	Var. % 2020	Decessi COVID
Piemonte	5.648	19,2	-22,4	868	6.222	48,1	-16,7	632
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	133	-0,9	-35,7	7	160	34,2	-22,0	32
Lombardia	10.786	22,9	-58,0	2.460	9.686	22,6	-44,0	1.900
<i>Bolzano-Bozen</i>	447	11,2	-32,9	76	371	3,7	-34,0	23
<i>Trento</i>	521	10,7	-30,8	82	474	14,5	-39,2	56
Veneto	4.841	8,6	-11,0	691	4.469	12,6	-14,0	640
Friuli-Venezia Giulia	1.764	30,4	15,4	389	1.451	22,0	0,5	307
Liguria	1.935	-1,8	-36,6	233	1.982	12,6	-31,1	229
Emilia-Romagna	5.369	17,2	-31,0	1.361	4.629	15,3	-25,0	860
Toscana	4.502	12,6	-0,9	722	4.289	20,9	1,6	860
Umbria	1.105	14,8	5,8	195	970	13,5	11,6	94
Marche	1.984	22,5	-15,1	373	1.712	21,1	-11,3	261
Lazio	5.518	5,2	0,9	673	5.594	17,2	11,5	885
Abruzzo	1.584	15,4	0,6	398	1.399	14,0	-2,9	203
Molise	457	26,6	20,9	106	367	15,7	11,9	43
Campania	5.900	17,4	14,1	1.019	5.529	23,1	19,5	756
Puglia	4.596	27,7	12,6	860	4.506	40,0	19,1	1.084
Basilicata	628	4,9	8,8	63	586	10,0	-0,8	62
Calabria	2.054	7,7	3,0	136	1.946	14,9	5,8	183
Sicilia	4.932	-4,2	-5,3	365	4.851	9,7	4,8	522
Sardegna	1.506	-2,3	-13,1	58	1.436	3,7	-7,5	121
Nord	31.444	16,9	-40,0	6.167	29.444	23,1	-29,9	4.679
Centro	13.109	10,8	-2,1	1.963	12.565	18,7	4,4	2.100
Mezzogiorno	21.657	10,8	4,5	3.005	20.620	19,3	9,8	2.974
Italia	66.210	13,6	-23,5	11.135	62.629	20,9	-14,0	9.753

Fonte: Istat, Base dati integrata mortalità giornaliera comunale; ISS, Sistema di sorveglianza integrata COVID-19

Da marzo 2021 si cominciano a osservare gli effetti positivi della campagna vaccinale che ha prioritariamente puntato a proteggere la popolazione più fragile. Da un lato, l'eccesso di decessi di marzo 2021, rispetto al dato medio dello stesso mese del periodo 2015-2019, continua a essere attribuibile per oltre il 90 per cento ai morti di 65 anni e più. Dall'altro, rispetto al picco di decessi di marzo 2020 il calo è riscontrabile in tutte le età, ma lo si deve soprattutto alla classe con 80 anni o più. Il crollo dei decessi di questa classe di età, rispetto a marzo 2020, spiega il 70 per cento della diminuzione dei decessi totali osservata in questo confronto temporale, mentre un altro 26 per cento è dovuto alla minore mortalità della classe 65-79 anni.



Tavola 2.2 Variazione dei decessi per il complesso delle cause per classe di età. Primo trimestre del 2021 vs 2015-2019 (valori assoluti e variazioni percentuali)

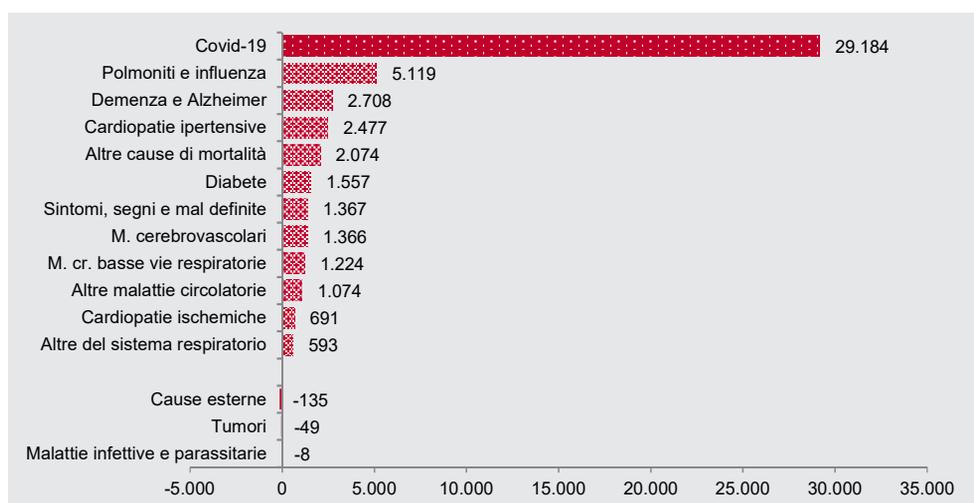
CLASSI DI ETÀ	Media 2015-2019	2020	2021	Decessi 2021 (%)	Differenza 2021, 2015-2019	Contributo della differenza (%)	Differenza 2021, 2020	Contributo della differenza (%)
GENNAIO								
0-49	1.804	1.592	1.588	2,2	-216	-4,8	-4	-0,0
50-64	5.061	4.774	5.435	7,5	374	8,3	661	6,1
65-79	16.818	14.849	17.764	24,4	946	20,9	2.915	26,9
80 e più	44.642	40.804	48.061	66,0	3.419	75,6	7.257	67,0
Totale	68.324	62.019	72.848		4.524		10.829	
FEBBRAIO (a)								
0-49	1.558	1.452	1.293	2,2	-265	-53,4	-109	-2,9
50-64	4.392	4.311	4.653	8,0	261	52,5	491	13,0
65-79	14.324	13.574	14.504	25,0	180	36,2	1.398	37,0
80 e più	37.142	36.733	37.463	64,7	321	64,7	1.997	52,9
Totale	57.416	56.070	57.913		497		3.776	
MARZO								
0-49	1.650	1.646	1.472	2,2	-178	-2,2	-174	0,9
50-64	4.484	5.958	5.319	8,0	835	10,5	-639	3,1
65-79	14.742	22.695	17.427	26,3	2.685	33,8	-5.268	26,0
80 e più	37.391	56.202	41.992	63,4	4.601	57,9	-14.210	70,0
Totale	58.267	86.501	66.210		7.943		-20.291	

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale

(a) La variazione rispetto al 2020 è stata effettuata considerando i decessi per febbraio a 28 giorni.

Le cause di morte e il ruolo del COVID-19

L'aumento della frequenza di morti nei mesi di marzo e aprile 2020, rispetto alla media degli stessi mesi del quinquennio 2015-2019, è stata di circa 49 mila unità, delle quali poco più di 29 mila dovute al COVID-19 e il resto per altre cause.

Figura 2.11 Eccesso di mortalità: contributo delle cause all'incremento di marzo-aprile 2020 rispetto alla media 2015-2019 (valori assoluti)

Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte

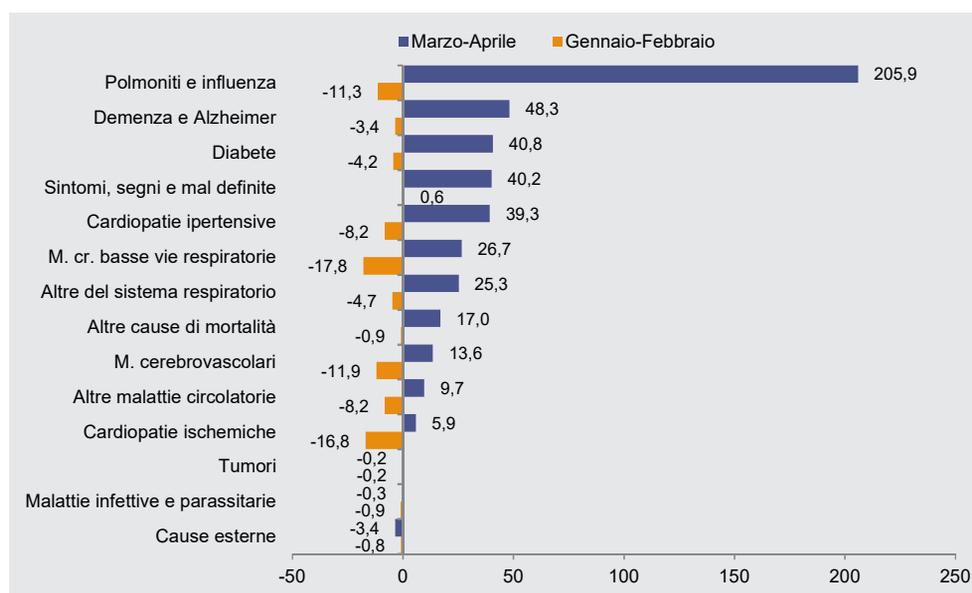
Quasi tutte le principali cause di morte presentano un aumento dei casi, contribuendo in varia misura all'incremento complessivamente osservato (Figura 2.11). Tra queste, le polmoniti e le malattie croniche sono le cause maggiormente responsabili dell'eccesso di mortalità nella prima ondata della pandemia. Polmoniti e influenza vi contribuiscono con un incremento di oltre

5 mila casi (pari al 10 per cento del totale dell'aumento). Tra le malattie croniche i contributi più rilevanti si osservano per demenze e malattia di Alzheimer (+2.708 decessi), cardiopatie ipertensive (+2.477) e diabete (+1.557).

I risultati documentano come il *COVID-19* abbia avuto un effetto non solo sulla mortalità provocata direttamente dal virus, ma anche sulle restanti cause di morte. L'aumento dei decessi per polmoniti e altre malattie respiratorie induce a ipotizzare una sottostima della mortalità dovuta al *COVID-19* nella fase iniziale della pandemia, in cui era più difficile diagnosticare una patologia nuova. Gli incrementi osservati per altre cause, quali ad esempio le cardiopatie ipertensive e il diabete, potrebbero invece essere dovuti a un ruolo indiretto del *COVID-19*: il virus potrebbe talvolta aver determinato l'accelerazione di processi morbosi già in atto oppure, in altri casi, aver dato luogo a difficoltà nei trattamenti, dovute al sovraccarico delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale e quindi, indirettamente, aver provocato un aumento della mortalità per queste altre cause.

La diffusione del virus ha dunque impresso un cambiamento repentino nelle tendenze della mortalità nel 2020 rispetto al quinquennio precedente. L'aumento dei decessi a marzo e aprile segue mesi iniziali dell'anno in cui la mortalità risultava inferiore rispetto agli anni precedenti, verosimilmente per effetto di fattori congiunturali più favorevoli, quali una stagione invernale mite e una epidemia influenzale poco severa. La brusca inversione di tendenza della mortalità nel 2020 è evidente dall'entità delle variazioni dei decessi per causa rispetto alla media 2015-19 nei due bimestri (Figura 2.12). Tutte le cause per le quali si osservano forti incrementi in marzo-aprile presentavano nel bimestre precedente un numero di decessi in calo o stabile rispetto a quanto osservato nel quinquennio di riferimento.

Figura 2.12 Variazioni percentuali dei decessi per causa nel 2020 rispetto alla media 2015-2019: confronto tra bimestri gennaio-febbraio e marzo-aprile. Italia



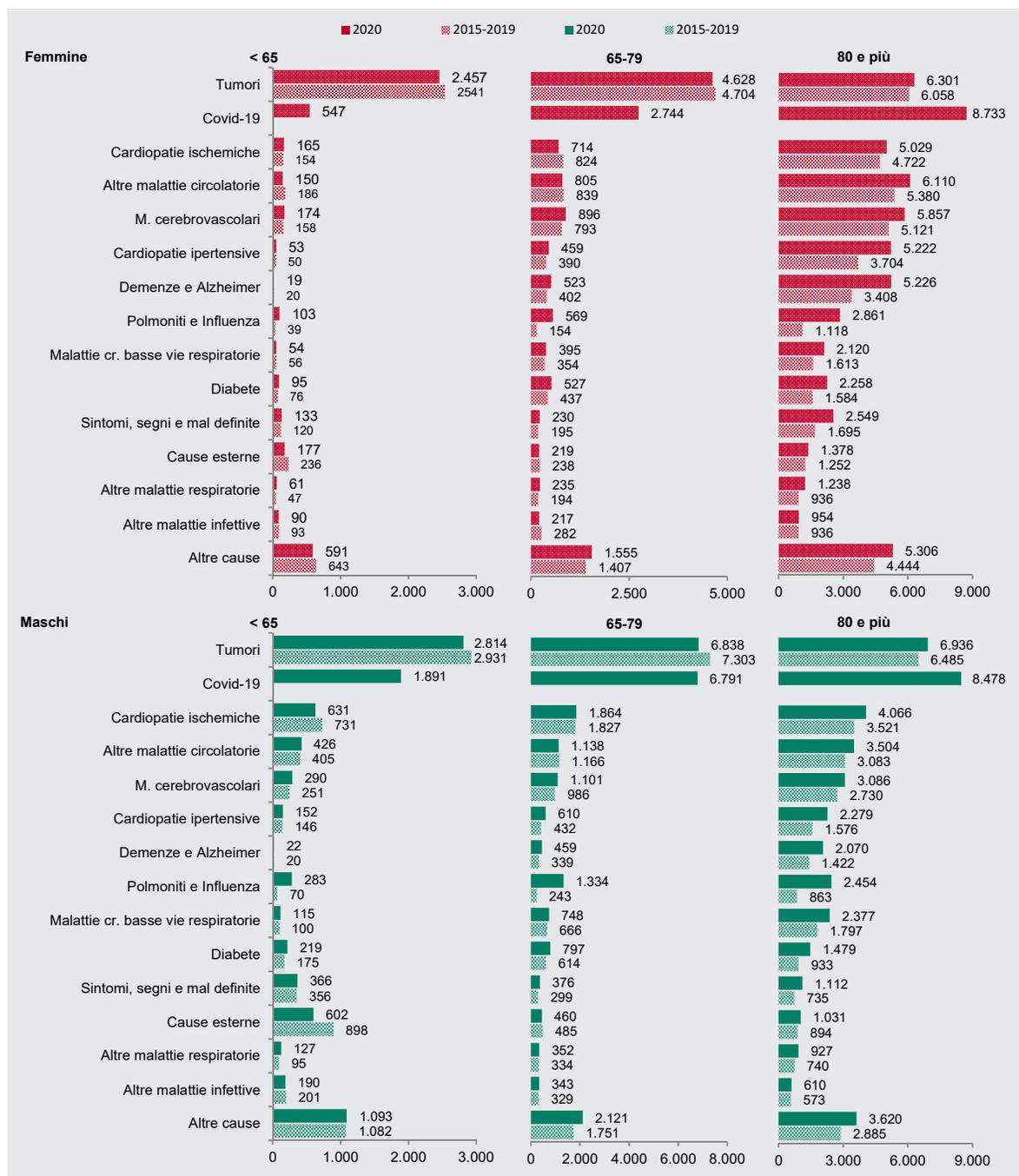
Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte

La dinamica dei decessi a marzo e aprile 2020 non riguarda in egual misura genere ed età (Figura 2.13). Complessivamente, il 53 per cento dell'eccesso di mortalità, rispetto allo stesso periodo del 2015-19, ha coinvolto gli uomini e nel 71 per cento dei casi gli ultra-ottantenni. Nelle donne l'82,9 per cento dei morti in eccesso si riscontra oltre gli 80 anni mentre tale incidenza scende al 60,5 per cento negli uomini, tra i quali vi è una rilevante quota di eccesso anche fra i 65 e i 79 anni.



Nei due mesi dell'inizio della pandemia il COVID-19 è la seconda causa di morte dopo i tumori fino a 79 anni, sia negli uomini che nelle donne. Tra gli ultra-ottantenni, invece, essa rappresenta la prima causa di decesso, con 8.482 casi tra i maschi e 8.737 tra le femmine. I tumori restano sostanzialmente stabili in tutte le fasce di età, con lievi diminuzioni prima degli 80 anni e altrettanto lievi incrementi oltre questa età, per entrambi i generi.

Figura 2.13 Decessi di marzo-aprile 2020 per le principali cause di morte e confronto con il numero medio dei decessi negli stessi mesi del 2015-2019, per genere e classe di età. Italia (valori assoluti e variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte



Le polmoniti e l'influenza sono le cause che in tutte le età fanno registrare gli aumenti più marcati rispetto al quinquennio precedente, con variazioni maggiori per gli uomini che per le donne; anche le restanti malattie del sistema respiratorio causano un eccesso di mortalità per tutte le categorie. Oltre gli 80 anni si osservano incrementi significativi per il diabete, le malattie mal definite e le demenze (inclusa la malattia di Alzheimer), seguite dalle cardiopatie ipertensive.

La riduzione della mortalità per cause esterne (che nell'insieme passa da 4.025 casi di marzo-aprile 2015-19 a 3.864 casi nello stesso periodo del 2020) riguarda quasi esclusivamente le classi di età al di sotto dei 65 anni, in particolare gli uomini (-35 per cento), ed è quasi interamente dovuta alla diminuzione dei decessi per incidenti di trasporto nel periodo di *lockdown*. Oltre gli 80 anni invece si registra un aumento dei decessi per cause esterne (+15 per cento per gli uomini e +10 per cento per le donne) dovuto soprattutto alle cadute accidentali.

Condizioni preesistenti e complicità del COVID-19 nei decessi

L'andamento dei decessi per mese di evento (Figura 2.14) presenta picchi stagionali con aumenti soprattutto nei mesi invernali. Tale dinamica è tipica di alcune specifiche cause di morte, come le malattie del sistema circolatorio e il gruppo di malattie legate all'apparato respiratorio; per altre cause, come ad esempio i tumori, non si evidenziano importanti effetti stagionali. L'aumento dei decessi che si verifica nei periodi invernali è collegato al diffondersi delle influenze e polmoniti stagionali. Anche in occasione della pandemia di COVID-19, a marzo e aprile, sono aumentati i decessi per molte cause.

Per valutare le differenze tra i decessi per influenza-polmonite stagionali e quelli causati da COVID-19, sono state prese in considerazione le malattie che vengono riscontrate in associazione con queste due cause, analizzandole rispetto alla frequenza con la quale compaiono nelle schede di morte e suddividendole tra patologie preesistenti (o condizioni antecedenti) e malattie riportate come conseguenza del COVID-19²⁰. I dati mettono in luce che le condizioni patologiche che si accompagnano al COVID-19 non sono dissimili da quelle di polmonite e influenza stagionale.

In generale, le patologie preesistenti sono condizioni croniche che tendono ad accumularsi negli individui con l'aumentare dell'età incrementandone lo stato di fragilità. Nel dettaglio, le patologie preesistenti comuni al gruppo polmonite-influenza e al COVID-19 (Figura 2.15) sono principalmente malattie croniche: le cardiopatie ipertensive e ischemiche, il diabete, i tumori, la demenza, la fibrillazione atriale, le malattie croniche delle basse vie respiratorie, le malattie cerebrovascolari. Altre patologie, quali obesità e malattia renale cronica, si riscontrano come condizioni antecedenti solo al decesso da COVID-19. Le anemie e altre cardiopatie specifiche, così come i disturbi extrapiramidali e del movimento, sono condizioni antecedenti al decesso per polmonite-influenza, ma non sono mai stati associati al COVID-19.

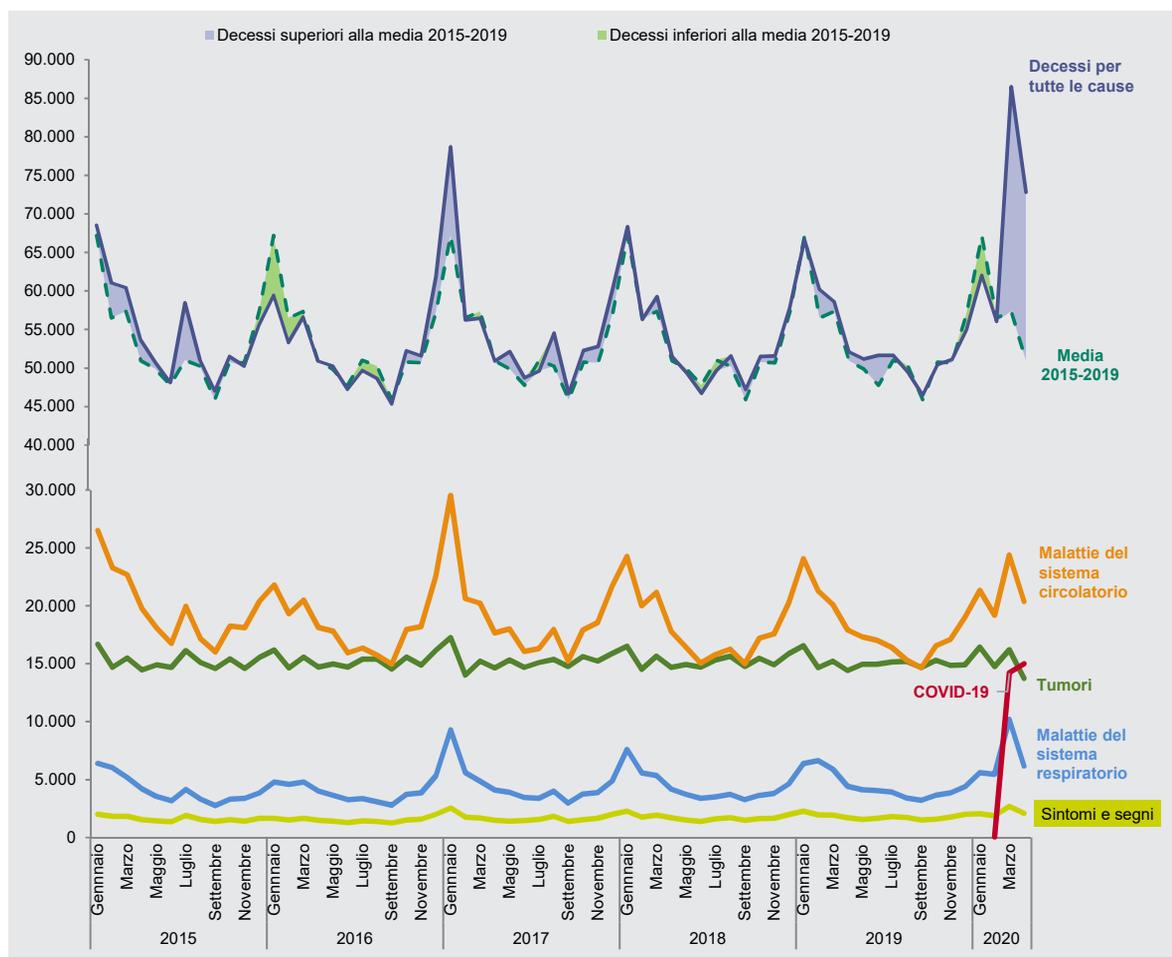
Tra le patologie comuni preesistenti, la differenza tra i due gruppi di cause si riscontra nelle frequenze con le quali queste si trovano in associazione con le cause di morte considerate. Le malattie ipertensive e il diabete sono più frequentemente in associazione con i decessi per COVID-19 piuttosto che con quelli causati da polmonite-influenza (24 per cento contro 12 per cento e 16 per cento contro 11 per cento). Altre condizioni sono invece riportate più frequentemente in associazione a polmonite-influenza: i tumori (18 per cento contro 11 per cento per COVID-19), la demenza (14 per cento contro 10 per cento), la fibrillazione atriale (14 per cento

20 Per individuare le cause associate al gruppo delle polmoniti-influenze sono stati analizzati i decessi avvenuti nel 2018, per studiare quelle associate al COVID-19 sono stati analizzati i decessi avvenuti nei mesi di marzo e aprile 2020.



contro 10 per cento), le malattie croniche delle basse vie respiratorie (12 per cento contro 9 per cento) le malattie cerebrovascolari (11 per cento contro 7 per cento).

Figura 2.14 Andamento mensile del numero di decessi totali, per malattie del sistema circolatorio, per tumori, per malattie del sistema respiratorio, per sintomi e segni e media mensile dei decessi per tutte le cause degli anni 2015-2019 e primo quadrimestre 2020, Italia (a)

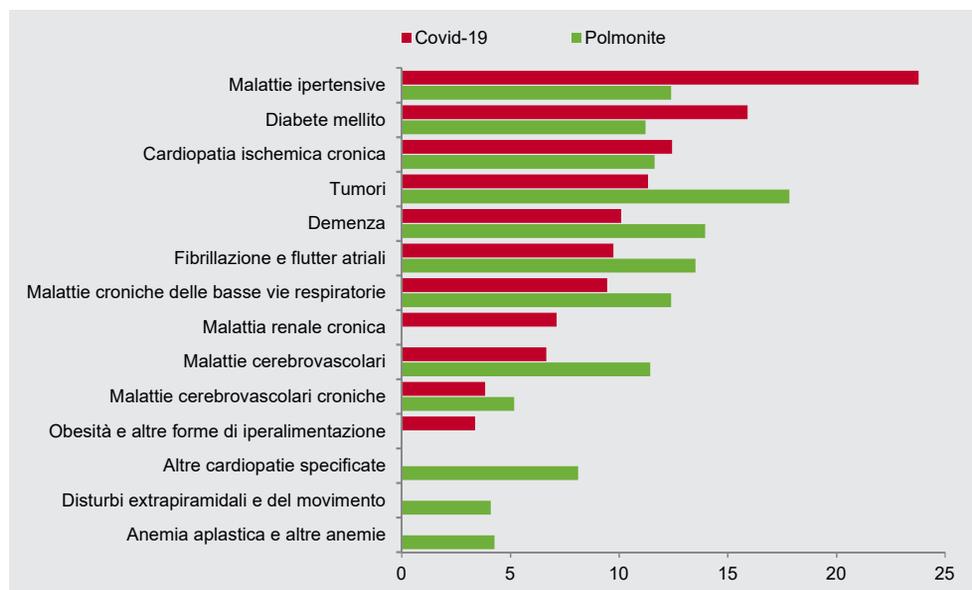


Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte; Base dati integrata mortalità giornaliera comunale
(a) Dati provvisori sulle cause di morte 2020. Con 'sintomi e segni' si identificano cause di morte poco definite o sconosciute.

L'analisi delle malattie riportate come conseguenza del COVID-19 fornisce indicazioni su quali siano le malattie da prevenire e combattere per evitare il decesso in persone affette dal virus (figura 2.15). Alcune malattie possono essere identificate come vere complicanze del COVID-19 (barre piene nella figura 2.16) e sono tutte affezioni respiratorie. La polmonite è la più frequente, essendo presente nel 77 per cento delle schede che riportano il COVID-19, seguono l'insufficienza respiratoria (63 per cento), la sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) e sintomi e segni respiratori (6 per cento). Altre condizioni sono invece precipitanti (barre vuote in figura 2.16), ovvero complicazioni di altre malattie molto probabilmente preesistenti al COVID-19 che si sviluppano o si aggravano in seguito alla malattia virale. Tra queste, le più frequenti sono l'insufficienza cardiaca (11 per cento), la sepsi e alte infezioni batteriche e l'insufficienza renale acuta e non specificata (6 per cento). Più raramente si riscontrano condizioni precipitanti riferite al sistema circolatorio come l'infarto (1,7 per cento), l'embolia polmonare (1,6 per cento) e malattie vascolari periferiche (1,5 per cento), oppure l'ipovolemia (1,3 per cento).

Le analisi effettuate individuano l'età come un fattore che concorre alle conseguenze del COVID-19: la polmonite, l'ARDS e l'embolia polmonare sono lievemente più frequenti sotto i 65 anni mentre la sepsi, l'infarto e le malattie vascolari periferiche si riscontrano più spesso nei più anziani, probabilmente come conseguenza delle malattie preesistenti in questa fascia di età. Nei più giovani, inoltre, si riscontrano anche la flebite e tromboflebite, altre malattie delle vene e gli accidenti cerebrovascolari acuti, più rari negli ultrasessantacinquenni.

Figura 2.15 Cause e condizioni antecedenti di COVID-19 e polmonite-influenza. Italia. Anno 2020 (valori percentuali) (a)

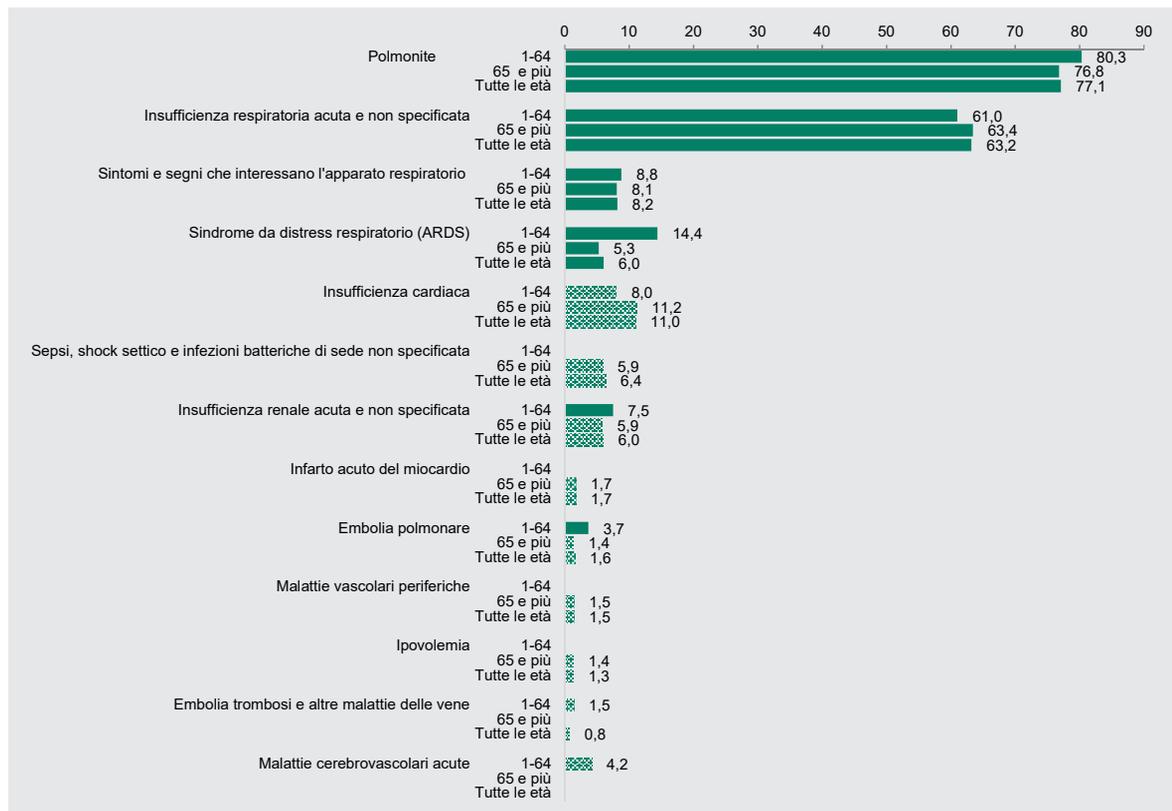


Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte; Base dati integrata mortalità giornaliera comunale
(a) Dati provvisori sulle cause di morte 2020. Sono riportate solo le condizioni per cui la percentuale di decessi che riportano la condizione sul totale dei decessi con polmonite o COVID-19 rispettivamente è maggiore del 3 per cento, escluse le categorie residuali e le cause esterne di mortalità.

Un'analisi del luogo del decesso nella prima fase dell'epidemia

Il picco di mortalità osservato a marzo e aprile 2020 si è verificato con intensità differente nei vari luoghi di decesso e in modo diverso per genere. In tal senso, il confronto con quanto osservato nel bimestre precedente rispetto alla media del quinquennio 2015-2019 evidenzia gli effetti della fase iniziale della pandemia nella distinzione tra i luoghi di decesso (Figura 2.17).

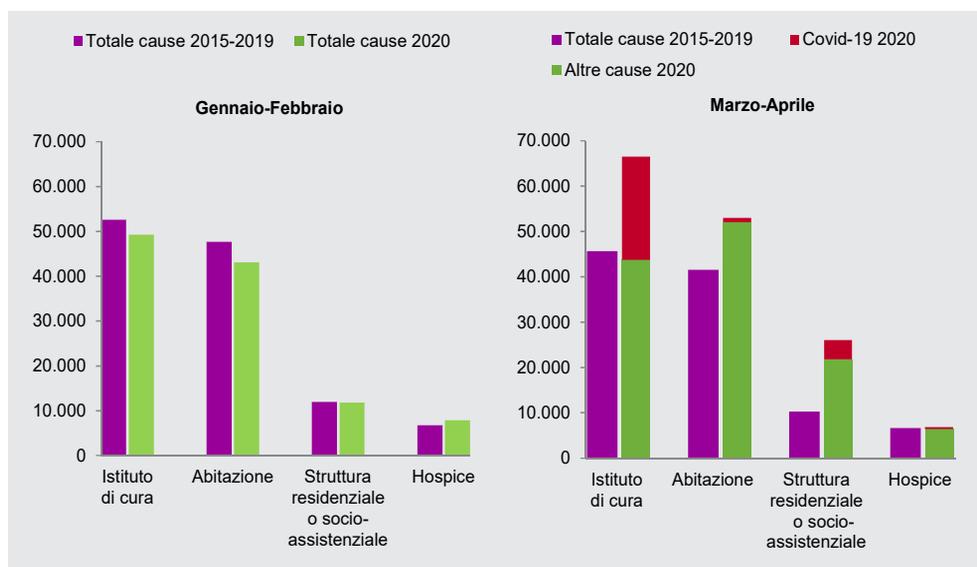
Figura 2.16 Condizioni precipitanti e complicanze del COVID-19 per classe di età. Anno 2020 (percentuale di casi che menzionano la condizione sul totale dei casi con COVID-19) (a)



Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte; Base dati integrata mortalità giornaliera comunale

(a) Dati provvisori sulle cause di morte 2020. Sono riportate solo le condizioni per cui la percentuale di decessi che riportano la condizione sul totale dei decessi con polmonite o COVID-19 rispettivamente è maggiore dell'1 per cento, escluse le categorie residuali e le cause esterne di mortalità.

Figura 2.17 Decessi di gennaio-febbraio e marzo-aprile 2020 e media 2015-2019, per luogo di decesso (valori assoluti)

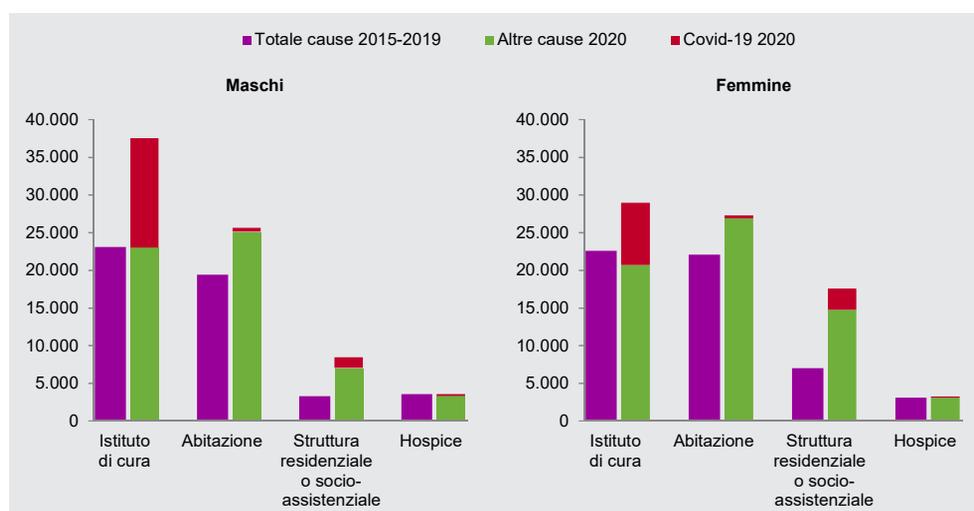


Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte



Negli istituti di cura si osserva l'aumento maggiore in termini assoluti, come atteso in concomitanza di una crisi di questo tipo; tra gli uomini, la mortalità direttamente attribuibile al *COVID-19* spiega l'intero incremento mentre per le donne, se si escludono i decessi per *COVID-19*, si osserva un numero inferiore rispetto alla media 2015-2019 (Figura 2.18). Nelle strutture residenziali e socio-assistenziali si ha l'aumento in proporzione più elevato (del 153 per cento), leggermente più marcato tra gli uomini, e solo una quota dell'incremento è direttamente collegata al *COVID-19*. Crescite consistenti della mortalità si riscontrano anche nelle abitazioni, 32 per cento tra gli uomini e 24 per cento tra le donne, solo marginalmente spiegati dal *COVID-19*. Negli hospice la mortalità è rimasta quasi costante ma l'aumento del 3 per cento è tutto attribuibile al *COVID-19*.

Figura 2.18 Decessi di marzo-aprile 2020 e media 2015-2019, per luogo di decesso e genere. Italia (valori assoluti)



Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte

Per spiegare le differenze osservate è utile esaminare la diversa funzione dei luoghi considerati in relazione al fenomeno della mortalità in un contesto emergenziale.

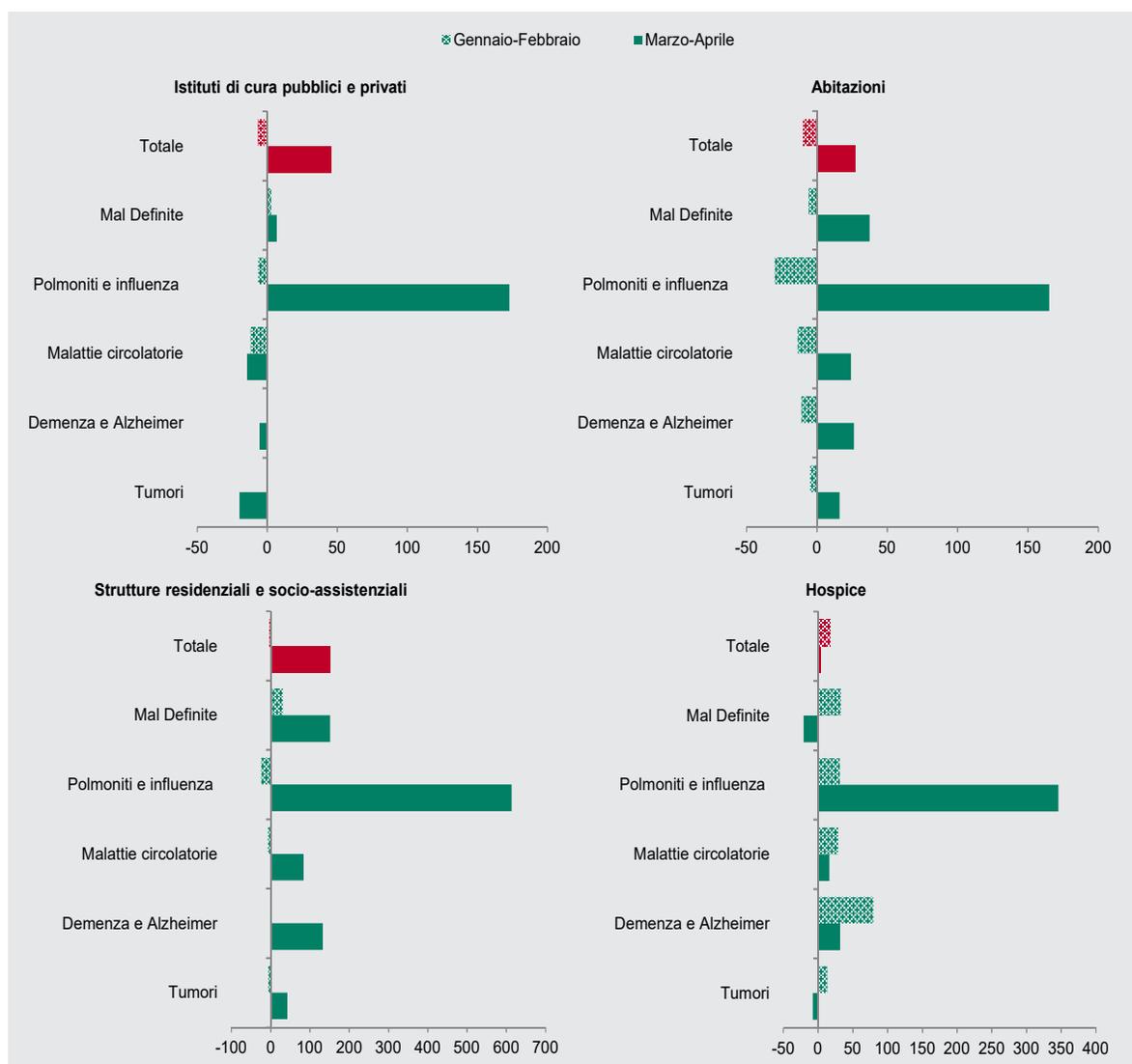
Gli istituti di cura sono i luoghi deputati al trattamento di malattie, in particolare allo stato acuto. Sono pertanto le strutture che accolgono i malati in corrispondenza di epidemie e che maggiormente risentono dell'aumento di mortalità a seconda del livello di letalità delle patologie. L'insieme delle strutture residenziali e socio-assistenziali include tipologie con finalità diverse, tra le altre: le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), strutture socio-sanitarie dedicate ad anziani non autosufficienti; le case di riposo, con ospiti anziani, ma almeno parzialmente autosufficienti che non hanno bisogno di assistenza continua; le strutture residenziali per persone di tutte le età non autosufficienti per disabilità di natura fisica o mentale, anche temporanea. Sono pertanto strutture con pazienti fragili, ma non provviste di strumenti per affrontare crisi sanitarie. Inoltre, durante i mesi di marzo e aprile 2020, quando le conoscenze sulla contagiosità e letalità del virus non erano ancora ben note, alcune Rsa sono state utilizzate per pazienti affetti da *COVID-19* che non potevano essere ricoverati negli ospedali sovraffollati, contribuendo a una diffusione del virus tra persone fragili.

Gli hospice, invece, risentono in misura limitata di picchi di mortalità in quanto sono strutture di ricovero e di assistenza per malati terminali, il cui numero di posti letto non può variare repentinamente. Infine, le abitazioni possono accogliere persone con patologie trattabili a domicilio pur non essendo, evidentemente, luoghi adibiti a tale compito.

Nel periodo in oggetto, l'aumento di mortalità nelle abitazioni può essere derivato da fattori connessi alla sofferenza del sistema sanitario: pazienti COVID-19 non ricoverati per sovraffollamento degli ospedali; casi di COVID-19 non diagnosticati, spesso confusi con polmoniti; malati di altre patologie a cui non è stato possibile assicurare adeguato supporto; pazienti terminali assistiti a casa per scelta o per mancanza di posti negli hospice.

Anche le differenze per genere possono dipendere dalla diversa natura dei luoghi e dalla struttura per età degli ospiti. La variazione di mortalità più forte tra gli uomini, rispetto alle donne, osservata negli istituti di cura (+63 per cento rispetto a +28 per cento) e nelle abitazioni (+32 per cento contro +24 per cento) rispecchia la mortalità maschile più elevata riscontrata complessivamente nei due mesi. Tale differenza si attenua nelle strutture residenziali e socio-assistenziali e si inverte negli hospice che ospitano per lo più pazienti anziani in cui la componente femminile è prevalente.

Figura 2.19 Variazioni della mortalità a gennaio-febbraio e marzo-aprile per luogo di decesso e cause, Italia. Variazioni percentuali del 2020 vs media 2015-19



Fonte: Istat, Rilevazione su decessi e cause di morte



L'analisi delle variazioni della mortalità, considerando congiuntamente le principali cause e il luogo di morte, consente di caratterizzare ulteriormente il fenomeno (Figura 2.19). Negli istituti di cura, dove la mortalità nel primo bimestre 2020 è lievemente in crescita solo per le malattie mal definite (+3 per cento), si riscontra nel secondo bimestre un fortissimo aumento dei casi di polmonite e influenza (+173 per cento), insieme a un ulteriore incremento delle malattie mal definite (+7 per cento). La diminuzione della mortalità per tumore negli istituti di cura a marzo-aprile (-2.024 casi) è controbilanciata da incrementi nelle abitazioni (+1.945 casi); analogamente, la mortalità per malattie circolatorie diminuisce negli istituti di cura e aumenta nelle abitazioni e nelle strutture residenziali e socio-assistenziali. Questo andamento sembra conseguenza di una minore ospedalizzazione per queste patologie nella prima fase della pandemia.

Nelle abitazioni, nel primo bimestre 2020, la mortalità per tutti i gruppi di cause considerati è inferiore a quella media dello stesso periodo 2015-19, mentre è in forte aumento nel secondo bimestre quando, in particolare, cresce la mortalità per polmoniti e influenza (+165 per cento).

Negli hospice la mortalità complessiva nel 2020 è rimasta quasi invariata rispetto ai livelli medi degli anni precedenti in entrambi i bimestri. Nel secondo, tuttavia, si rileva un forte aumento percentuale del numero dei morti per polmoniti e influenza, pure se con valori assoluti contenuti (da 16 a 72 decessi), compensato dalla diminuzione dei morti per tumore (-7 per cento). Infine, nelle strutture residenziali e socio-assistenziali, a fronte di una sostanziale stabilità della mortalità nel primo bimestre si osserva nel secondo un aumento per tutti i gruppi di cause considerati, in particolare per polmoniti e influenza (+614 per cento).

2.4 EFFETTO DELLE RESTRIZIONI SULLA MOBILITÀ INTERNA E INTERNAZIONALE

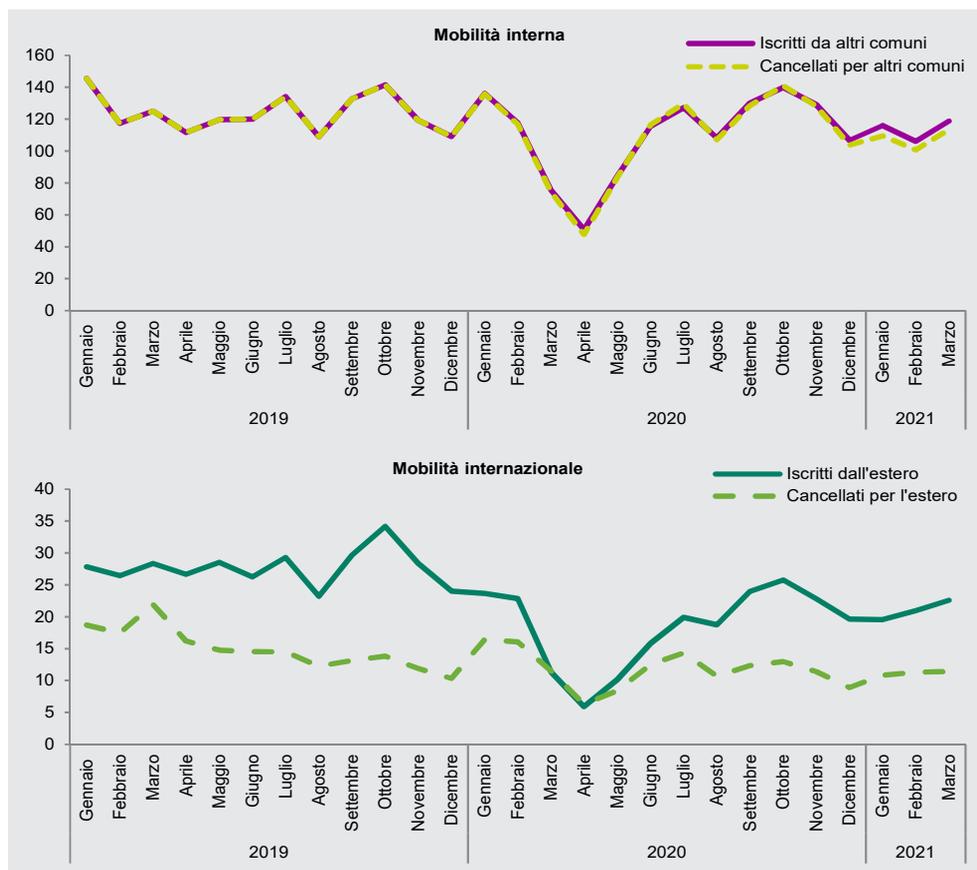
La drastica diminuzione della mobilità dovuta alle misure di contenimento sanitario ha comportato nel corso del 2020 il rinvio di progetti migratori o, in alcuni casi, il ritardo amministrativo nel perfezionamento di pratiche già avviate. Come effetto si è registrata una riduzione sostanziale del volume delle migrazioni interne e internazionali di fonte anagrafica²¹.

In particolare, l'andamento dei flussi migratori nel 2020 segna un minimo nel mese di aprile, in coincidenza con le restrizioni più drastiche agli spostamenti: rispetto a gennaio, ad aprile la mobilità residenziale si riduce del 64 per cento, le iscrizioni dall'estero del 75 per cento e le cancellazioni per l'estero del 62 per cento (Figura 2.20). Con l'allentamento delle misure, a ottobre il recupero sui livelli pre-pandemia è pieno, tranne che per i flussi in uscita dall'Italia (in ogni caso non influenzati dalla normativa nazionale) che continuano a restare contenuti. In seguito, si osserva una nuova riduzione in corrispondenza delle nuove misure restrittive, ma di misura più limitata. I primi mesi del 2021 sono caratterizzati da una stabilità dei flussi interni e con l'estero con valori che però si attestano al di sotto di quelli osservati durante la fase di transizione.

²¹ I dati presi in esame per valutare l'impatto della pandemia sui movimenti migratori nel corso del 2020 fanno riferimento alla rilevazione "Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza" e sono provvisori. Per un bilancio complessivo degli effetti delle restrizioni sulla mobilità interna e internazionale sarà necessario attendere il consolidamento dei dati e la loro diffusione ufficiale a fine 2021.



Figura 2.20 Andamento mensile delle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza, Italia. Anni 2020-2021 (valori assoluti in migliaia) (a)



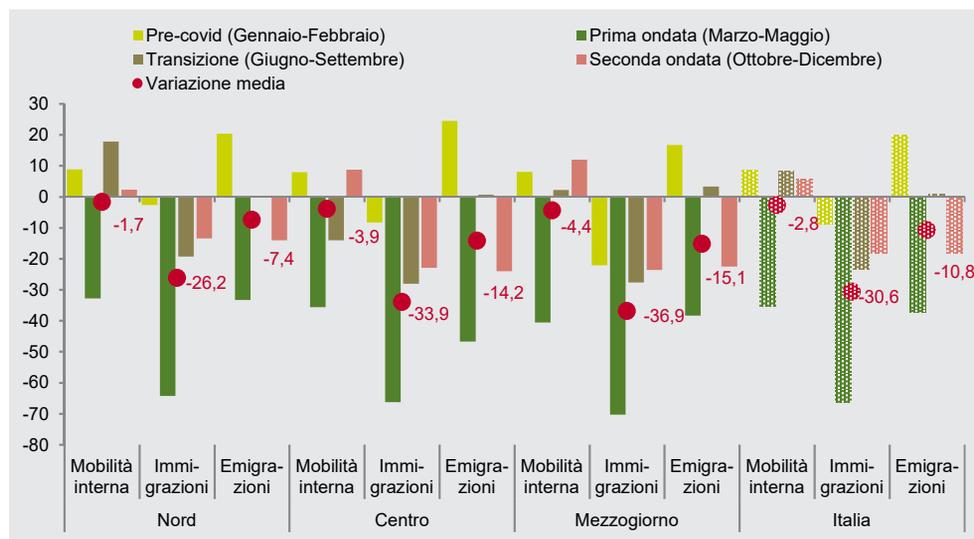
Fonte: Istat, Bilancio demografico mensile
(a) Dati provvisori.

A confronto con la media del periodo 2015-2019, nel 2020 la mobilità residenziale interna è diminuita del 2,8 per cento, mentre i movimenti da e verso l'estero hanno mostrato, ovviamente, un calo molto più consistente (-30,6 per cento le immigrazioni e -10,8 per cento le emigrazioni). A livello territoriale, il Nord segna cali dei trasferimenti di residenza anagrafica più contenuti (-1,7 per cento per la mobilità interna, -26,2 per cento le immigrazioni e -7,4 per cento le emigrazioni), mentre il Mezzogiorno è l'area in cui la contrazione è stata maggiore (-4,4 per cento mobilità tra comuni, -36,9 per cento le immigrazioni e -15 per cento le emigrazioni) (Figura 2.21).

Contestualmente, l'impatto sugli spostamenti di residenza dal Mezzogiorno al Centro-nord è stato particolarmente accentuato, con una diminuzione del 14 per cento rispetto alla media dei cinque anni precedenti. Considerando il grado di urbanizzazione²², le contrazioni sono generalizzate con l'unica eccezione dell'aumento dei flussi dalle città del Nord verso le zone rurali; i cali più consistenti riguardano, in tutte le ripartizioni, quelli che rispetto a ciascuna origine hanno per destinazione le aree densamente abitate: (+4,2 per cento) (Tavola 2.3).

²² *DEGURBA (Degree of urbanisation)* è il criterio di classificazione dei comuni adottato a livello europeo basato prevalentemente su un approccio morfologico nel quale a elevate densità di popolazione corrispondono anche elevati livelli del tessuto insediativo. Il metodo di classificazione si fonda infatti sull'utilizzo di una griglia territoriale regolare, invece che le usuali partizioni amministrative, per individuare i cosiddetti *urban cluster* e gli *high density cluster* (cfr. <https://www.istat.it/it/files/2017/05/Urbanizzazione.pdf>).

Figura 2.21 Variazione percentuale dei movimenti migratori del 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019, per ripartizione dei flussi (a)



Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza (a) Dati provvisori stimati.

Tavola 2.3 Variazione percentuale dei movimenti migratori interni alla ripartizione geografica nel 2020, per grado di urbanizzazione, rispetto alla media del periodo 2015-2019 (a)

ORIGINE	Destinazione											
	Nord			Centro			Mezzogiorno			Italia		
	Città città e sobborghi	Piccole città e sobborghi	Zone rurali	Città città e sobborghi	Piccole città e sobborghi	Zone rurali	Città città e sobborghi	Piccole città e sobborghi	Zone rurali	Città città e sobborghi	Piccole città e sobborghi	Zone rurali
Città	-4,5	-2,9	4,2	-23,9	-9,1	-3,4	-21,4	-14,6	-12,8	-13,3	-7,9	-1,5
Piccole città e sobborghi	-10,7	-5,3	-0,6	-28,2	-5,6	-4,8	-15,9	-11,4	-12,1	-15,5	-6,9	-3,9
Zone rurali	-11,2	-8,2	-4,5	-22,8	-9,3	-8,8	-17,4	-11,3	-17,5	-15,4	-9,2	-8,3
Totale	-8,3	-5,3	-1,1	-26,6	-7,3	-5,8	-18,5	-12,4	-14,2	-14,7	-7,6	-5,0

Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza (a) Dati provvisori stimati.

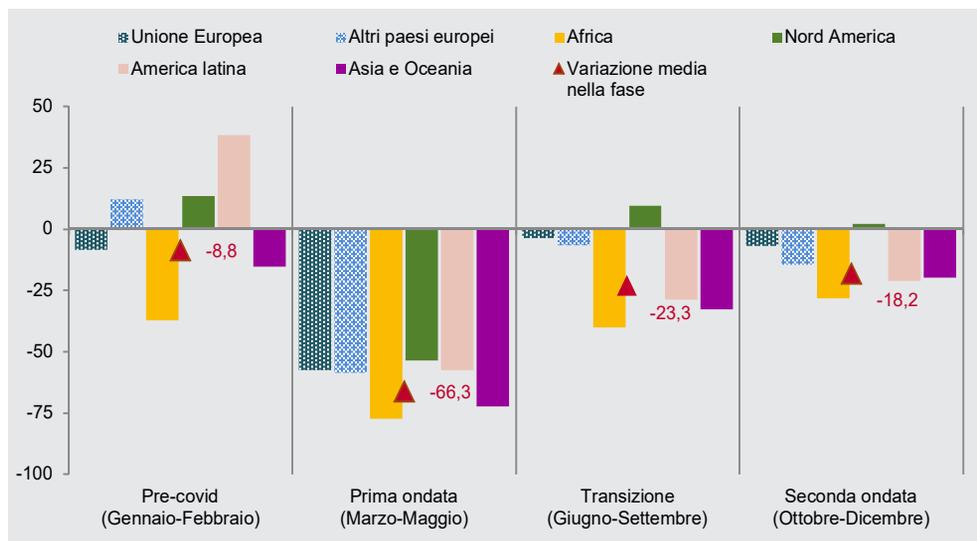
I flussi migratori da e per l'estero hanno mostrato un calo più deciso rispetto alla mobilità tra comuni italiani, date le chiusure generalizzate delle frontiere. In particolare, i flussi in ingresso nel 2020 si sono ridotti del 30,6 per cento rispetto alla media dei cinque anni precedenti. Le restrizioni dovute alla pandemia hanno determinato anche un effetto di composizione: hanno perso importanza alcune rotte tradizionali ma altre, che sfuggono alle statistiche ufficiali, sono state più trafficate (si veda il riquadro *I nuovi ingressi di cittadini non comunitari nel 2020*).

La contrazione dei flussi anagrafici in entrata del 2020 non ha riguardato tutte le aree geografiche nello stesso modo, sia in generale che nel corso dell'anno (Figura 2.22). Nei mesi di gennaio e febbraio, precedenti l'emergenza sanitaria, si osserva una riduzione media di ingressi del 8,8 per cento rispetto alla media 2015-2019, concentrata nelle provenienze dall'Africa (-37,4 per cento), mentre gli ingressi dall'America Latina aumentano di altrettanto. Durante il periodo della prima ondata pandemica, da marzo a maggio, si registrano consistenti cali delle immigrazioni (-66,3 per cento complessivo) per tutti i paesi di origine. Nella fase di transizione e durante la seconda ondata le iscrizioni dall'estero subiscono riduzioni più contenute, con



una lieve ripresa dei flussi provenienti dal Nord America. Quelli provenienti dai paesi africani mostrano sempre un calo di entità superiore alla media. In generale, nel corso del 2020, il flusso di immigrati provenienti dal Gambia e dal Mali si riduce del 67 per cento, dalla Nigeria e dal Ghana del 54 per cento. Per le provenienze asiatiche le riduzioni più consistenti si osservano per Filippine e Cina (-51 per cento). È meno forte il calo degli immigrati dalla Romania (-40 per cento), da anni principale paese di provenienza dei flussi di iscrizione dall'estero.

Figura 2.22 Variazione percentuale delle iscrizioni anagrafiche dall'estero del 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019, per aree geografica di provenienza (a)

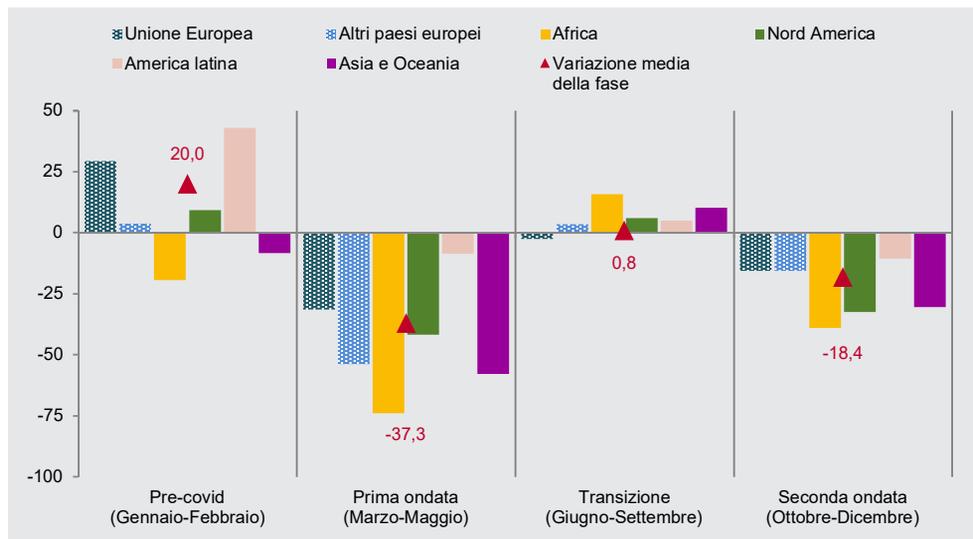


Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza (a) Dati provvisori stimati.

Analoghe considerazioni valgono per i movimenti in uscita dal Paese, che dal 2015 al 2019 erano andati crescendo (+22 per cento) (Figura 2.23). Nei primi due mesi del 2020, i dati provvisori rilevano un considerevole aumento delle uscite (+20 per cento) soprattutto verso i Paesi Ue e dell'America Latina. Durante la prima ondata (-37,3 per cento) si segnala una forte contrazione per i flussi diretti in Africa (-74,1 per cento), nei paesi dell'Asia e Oceania (-58 per cento) e verso gli altri Paesi europei (-54 per cento), mentre si osserva una riduzione più contenuta per le emigrazioni verso l'America Latina (-8,8 per cento). Nel periodo giugno-ottobre si torna circa ai livelli medi di periodo dei cinque anni precedenti ma successivamente le cancellazioni anagrafiche per l'estero presentano una nuova, ma meno marcata, contrazione (-18,4 per cento).



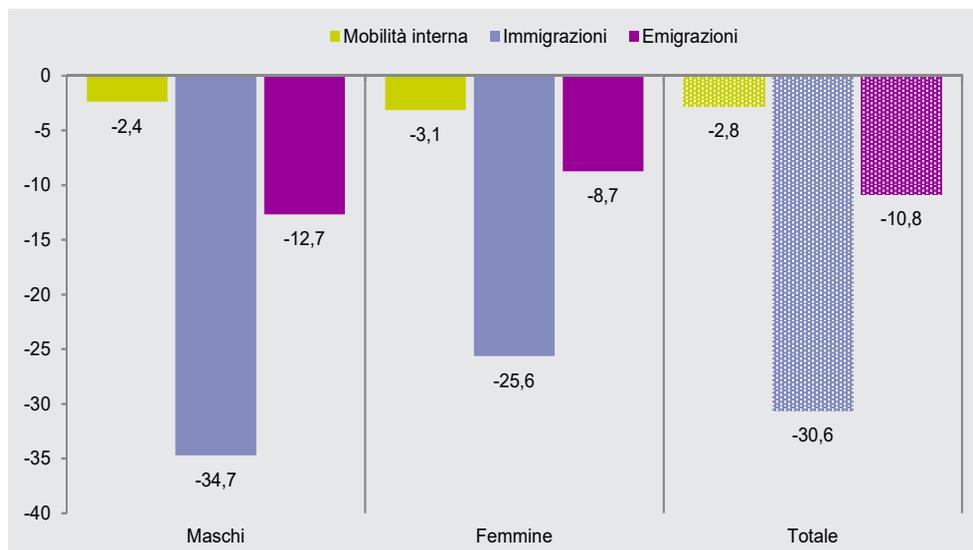
Figura 2.23 Variazione percentuale delle cancellazioni anagrafiche per l'estero del 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019, per aree geografica di destinazione (a)



Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza (a) Dati provvisori stimati.

L'esame dei dati provvisori del 2020 sui trasferimenti di residenza con l'estero suggerisce come i comportamenti siano variati in base all'età, al genere e alla cittadinanza italiana o straniera di chi si sposta. Con riferimento al genere, la caduta rispetto alla media dei cinque anni precedenti dei movimenti anagrafici con l'estero è stata sensibilmente maggiore nel caso degli uomini e quella interna per le donne (Figura 2.24).

Figura 2.24 Variazione percentuale della mobilità del 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019, per genere (a)



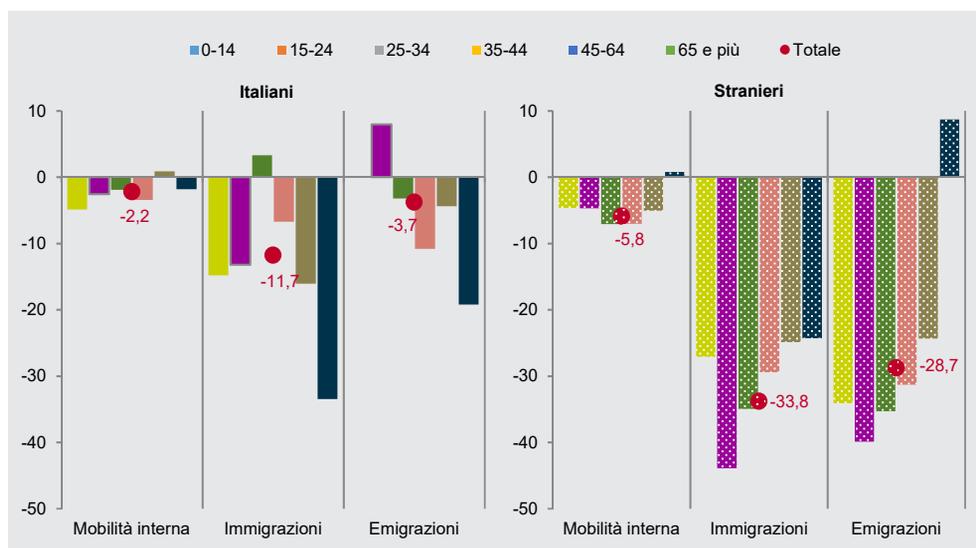
Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza (a) Dati provvisori stimati.

Con riferimento alla classe di età e alla cittadinanza (italiana/straniera) di chi si è spostato, le diminuzioni dei flussi sono molto minori per gli italiani – per i quali in particolare le restrizioni



in entrata dall'estero non si applicavano – e, tra questi, per le fasce giovanili (Figura 2.25)²³. Le cancellazioni anagrafiche degli emigrati stranieri, che in media si sono contratte di quasi il 30 per cento, sono invece cresciute nella classe degli ultra 65enni (+8,7 per cento) per i quali è più plausibile un rientro in patria.

Figura 2.25 Variazione percentuale della mobilità del 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019, per classe di età e cittadinanza italiana/straniera (a)



Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza
(a) Dati provvisori stimati.

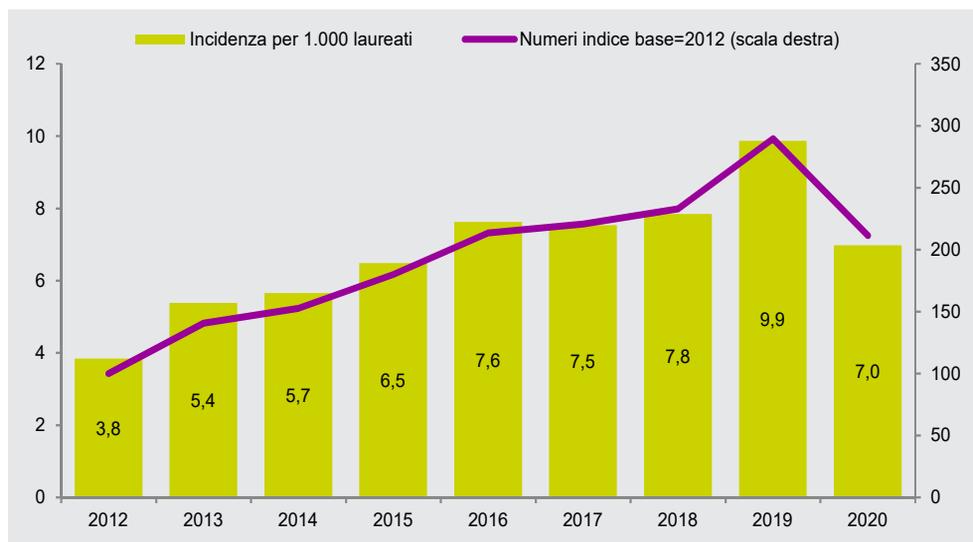
Negli anni più recenti si è assistito a un aumento dell'espatrio di giovani italiani e, tra questi, in particolare di quelli con un titolo di studio universitario (si veda il paragrafo 3.1.2 del capitolo 3), la cui quota sul totale delle cancellazioni anagrafiche è cresciuta dal 28 per cento della coorte dei 25-34enni nel 2012 fino a quasi il 39 per cento nel 2019. A un deflusso così consistente non sono corrisposti altrettanti rimpatri di giovani laureati, il cui numero è aumentato negli anni (da circa 2 mila del 2012 a più di 3 mila 2019) ma il cui valore si attesta su livelli nettamente più bassi, generando saldi migratori sempre negativi. La perdita di giovani talenti nel 2020 si stima ammonti a circa 9 mila unità. (Figura 2.26).

Le restrizioni all'immigrazione legate alla crisi sanitaria, sono state attuate sia dall'Italia sia anche dai Paesi considerati mete preferite dai giovani laureati. Al momento non è possibile distinguere tra espatri effettivamente imputabili al 2020 e quelli dovuti a regolarizzazioni anagrafiche di persone già residenti. Nonostante questa cautela, sembrano esserci differenze nelle scelte migratorie sulla base delle destinazioni, con riduzioni particolarmente consistenti (in questo caso a confronto con la media del quinquennio 2015-2019) per gli espatri dei giovani laureati verso Germania, Austria e Australia (Figura 2.27).

Una caduta rilevante si registra anche verso la Svizzera mentre Belgio e Olanda continuano ad attrarre flussi di giovani risorse (+29 per cento e +25 per cento) probabilmente allettati dai sistemi di agevolazioni fiscali già applicati in questi Paesi per richiamare e trattenere giovani talenti. Anche il Regno Unito mostra una variazione positiva dei flussi di espatriati dei laureati (+7,7 per cento).

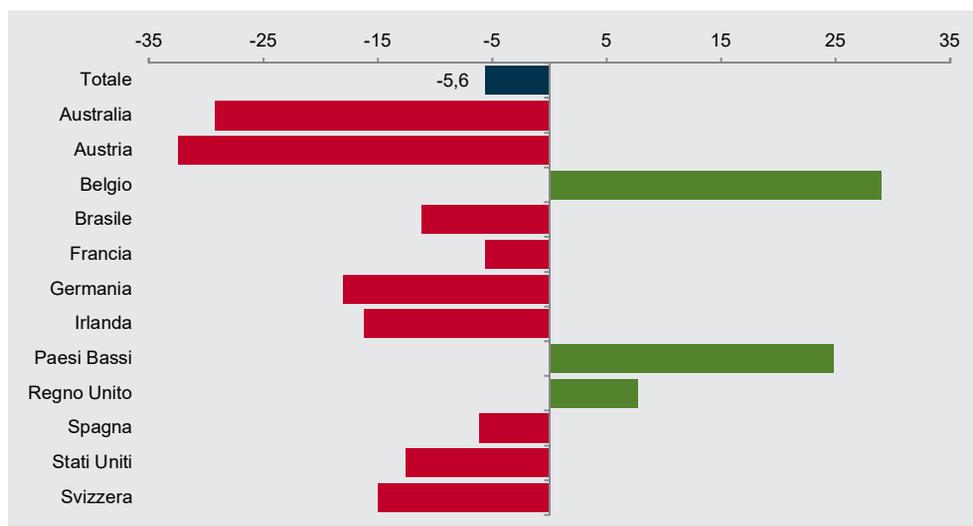
²³ Per quanto riguarda le migrazioni verso l'estero degli italiani si è registrato un aumento per i giovani di 15-24 anni (+8 per cento), perlopiù diretti verso il Regno Unito; potrebbe trattarsi di un effetto *Brexit* (si veda la nota 10 del capitolo 3). Di contro, l'incremento delle iscrizioni dall'estero di cittadini nella fascia 25-34 (prevalentemente verso il Mezzogiorno) corrisponderebbe a un vero piccolo controesodo.

Figura 2.26 Incidenza percentuale degli emigrati italiani di 25-34 anni in possesso di laurea sul totale laureati di 25-34 anni. Valori percentuali e numeri indice base annua 2012. Anni 2012-2020 (a)



Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza
(a) Dati provvisori stimati. Popolazione per titolo di studio da Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro.

Figura 2.27 Variazioni percentuali degli espatri dei giovani laureati di 25-34 anni rispetto alla media del periodo 2015-2019, per principali paesi di destinazione. Anno 2020 (a)



Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza
(a) Dati provvisori stimati. Popolazione per titolo di studio da Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro.

La pandemia sembra aver frenato, come era atteso, l'emigrazione dei laureati e favorito il rientro di giovani dall'estero. È difficile prevedere quanto questo possa tradursi in una modifica permanente delle propensioni a espatriare, in assenza di politiche mirate, tale da ridurre significativamente le perdite in termini di capitale umano che questo fenomeno sottende.





I NUOVI INGRESSI DI CITTADINI NON COMUNITARI NEL 2020

Il rilascio di nuovi permessi di soggiorno ai cittadini non comunitari, dal massimo recente di 263 mila unità nel 2017, era andato riducendosi fino a 177 mila nel 2019. Nel 2020, si sono quasi dimezzati, con un calo di quasi due terzi nel caso dei permessi per motivi di studio (Tavola 1).

Tavola 1 Nuovi permessi rilasciati nel 2020 per motivo del permesso e variazioni percentuale rispetto al 2020 trimestrale e annuale (a)

MOTIVO DEL PERMESSO	Valore assoluto 2020	Variazione % rispetto allo stesso periodo del 2019				Totale anno
		I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	
Lavoro	5.803	-20,4	-82,9	-61,5	-47,2	-53,3
Famiglia	62.258	-16,8	-64,5	-41,5	-46,5	-40,4
Asilo e protezione internazionale	13.542	-40,3	-71,1	-55,0	-25,2	-49,5
Studio	8.558	-37,0	-70,0	-82,5	-83,5	-61,3
Altro	12.178	-16,5	-48,9	-18,1	-34,6	-28,7
Totale	102.339	-23,0	-65,4	-47,4	-45,5	-43,8

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero dell'Interno. Stime provvisorie

(a) Sono inclusi solo i casi per i quali è disponibile l'informazione sul mese di primo ingresso.

Sull'andamento degli ingressi dei cittadini non comunitari ha pesato, oltre al blocco delle frontiere, anche il rallentamento nella gestione delle pratiche amministrative. Nella seconda metà del 2020 si è avuta, dopo la diminuzione della prima parte dell'anno, una ripresa degli sbarchi che, tuttavia, non si è riflessa sulla dinamica dei nuovi permessi.

È ipotizzabile che questi flussi verranno incorporati nei dati relativi al 2021, che includeranno con un ritardo di registrazione movimenti di competenza dell'anno precedente, oltre a un possibile incremento degli arrivi via mare, in crescita anche nei primi mesi di quest'anno. Analogamente, la chiusura delle frontiere nei mesi marzo-maggio 2020 ha praticamente azzerato gli spostamenti anche temporanei per motivi di lavoro, determinando una importante carenza di manodopera per i settori a forte concentrazione di lavoro immigrato, che ha spinto all'adozione di misure di regolarizzazione dei cittadini stranieri non comunitari (Decreto Rilancio art.103).

Il provvedimento ha riguardato tre settori specifici (agricoltura, allevamento e pesca; assistenza alla persona; lavoro domestico) in cui il lavoro immigrato è più ampiamente impiegato, talvolta in situazioni di irregolarità. In base ai dati del Ministero dell'Interno sono state presentate 207.542 domande di emersione da parte di cittadini non comunitari, di cui 176.848 (85,2 per cento) per lavoro nei servizi alle famiglie (122.247 nella collaborazione domestica e 54.601 nell'assistenza a persone non autosufficienti) e 30.694 (14,8 per cento) per lavoro subordinato in agricoltura e nella pesca.

Anche in questo caso, gli effetti sui permessi di soggiorno emergeranno in ritardo, perché nonostante la procedura si sia chiusa ad agosto, sono state pochissime le pratiche concluse che hanno portato all'emissione del permesso di soggiorno entro l'anno.

2.5 EFFETTO DELLA PANDEMIA SULLE PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI

L'emergenza sanitaria è intervenuta in un periodo di particolare debolezza del nostro Servizio Sanitario Nazionale, dovuta soprattutto ai molti interventi che nel corso dell'ultimo decennio hanno ridotto le risorse disponibili²⁴. L'imprevista diffusione del virus e la sua aggressività hanno avuto un impatto significativo sul sistema sanitario pubblico; molti servizi sono stati ridimensionati, riorganizzati o completamente sospesi per far fronte alla gestione dei pazienti affetti da COVID-19. A ciò si è aggiunto il timore delle persone di contrarre l'infezione che ha spinto molti a rinunciare o a ritardare il ricorso alle prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno. La conseguenza è stato un calo significativo delle prestazioni durante la pandemia, che segue la diminuzione osservata negli anni precedenti, riflesso dei tagli alle risorse economiche, ai posti letto e al personale sanitario che hanno messo sotto pressione la sanità territoriale.

Nel 2020 le prestazioni ambulatoriali e specialistiche erogate sono diminuite del 20,3 per cento rispetto all'anno precedente (Tavola 2.4)²⁵. Si tratta di una caduta molto più marcata di quella tipica degli anni precedenti: in particolare nel 2019 la diminuzione è stata dell'1 per cento. Si osservano differenze ampie tra territori che portano a una accentuazione delle disuguaglianze già esistenti.

Tavola 2.4 Totale prestazioni erogate per regione e ripartizione geografica. Anni 2018, 2019 e 2020 (valori assoluti in migliaia e variazioni percentuali)

	2018	2019	2020	Variazione % 2018-2019	Variazione % 2019-2020
Piemonte	60.724	61.494	48.643	1,3	-20,9
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1.710	1.763	1.165	3,1	-33,9
Lombardia	132.172	124.697	98.990	-5,7	-20,6
Bolzano-Bozen	7.001	7.036	4.061	0,5	-42,3
Trento	6.959	7.470	6.259	7,3	-16,2
Veneto	59.236	59.783	44.038	0,9	-26,3
Friuli-Venezia Giulia	14.806	15.120	12.802	2,1	-15,3
Liguria	19.058	19.367	13.715	1,6	-29,2
Emilia-Romagna	62.302	63.781	50.258	2,4	-21,2
Toscana	48.055	47.458	40.571	-1,2	-14,5
Umbria	14.280	14.515	11.516	1,6	-20,7
Marche	22.061	21.573	16.818	-2,2	-22,0
Lazio	74.204	72.616	56.547	-2,1	-22,1
Abruzzo	16.335	16.883	13.067	3,4	-22,6
Molise	3.644	3.713	3.142	1,9	-15,4
Campania	56.148	55.391	49.029	-1,3	-11,5
Puglia	47.304	46.981	39.739	-0,7	-15,4
Basilicata	8.490	8.550	4.209	0,7	-50,8
Calabria	20.965	19.670	14.838	-6,2	-24,6
Sicilia	56.543	57.224	49.218	1,2	-14,0
Sardegna	17.955	17.363	12.798	-3,3	-26,3
Italia	749.951	742.449	591.422	-1,0	-20,3

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della salute, flusso ex art. 50 di specialistica ambulatoriale

Le regioni in cui la caduta, rispetto all'anno precedente, è stata più forte sono la Basilicata e la provincia autonoma di Bolzano, con diminuzioni rispettivamente del 50 per cento e del 42 per cento. Cali dell'ordine del 30 per cento si sono registrati in Valle d'Aosta, Calabria, Sardegna e Liguria. All'opposto, la flessione è risultata inferiore a quella media nazionale e compresa tra l'11 e il 15 per cento per Campania, Sicilia, e Toscana. Il calo è avvenuto in tutte le regioni,

²⁴ Istat, *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese*.

²⁵ Le elaborazioni sono state effettuate su dati Ministero della salute relativi al flusso ex art. 50 sulla specialistica ambulatoriale. Si tratta di una fonte di natura amministrativa, mai utilizzata sino a ora a fini statistici, che rileva le prestazioni erogate nelle strutture ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale.



ma senza una proporzionalità ben identificabile tra chiusura/sospensione di alcuni servizi e prestazioni e impatto della pandemia. Ad esempio, la riduzione più forte delle prestazioni si registra in Basilicata, a fronte di una diffusione del COVID-19 tra le più basse del Paese (almeno nella prima ondata), mentre in Lombardia, la regione più colpita nella prima fase, la riduzione è stata pressoché identica a quella media nazionale.

Il minor accesso alle prestazioni ha riguardato in eguale misura uomini e donne, mentre ci sono differenze per fasce di età: quella pediatrica è la più coinvolta, con un calo del 33 per cento, seguita dagli adulti tra i 35 e i 54 anni (-22 per cento). Per le altre età la riduzione è compresa tra il 18 e il 22 per cento.

L'intensità del fenomeno varia anche in funzione del tipo di prestazione (Tavola 2.5) e, come si vedrà nel paragrafo successivo, risultano più penalizzate quelle di minore urgenza e gravità. In particolare, i cali maggiori hanno riguardato le componenti della riabilitazione e delle visite. Nell'ambito riabilitativo (riabilitazione fisica, diagnostica, funzionale) le prestazioni, già diminuite del 5 per cento nel 2019, si sono ridotte del 31 per cento nel 2020. La variabilità regionale risulta molto ampia, con crolli di due terzi in Basilicata e di quasi la metà in Toscana, dove peraltro questa componente si era già ridotta del 21 per cento nell'anno precedente. All'opposto, risalta il caso anomalo della Campania, con una flessione limitata al 6 per cento e che segue un aumento di entità quasi pari nel 2019.

Tavola 2.5 Prestazioni erogate per tipologia, regione e ripartizione geografica. Anni 2018, 2019 e 2020 (variazioni percentuali)

	Diagnostica		Laboratorio		Riabilitazione		Terapeutica		Visita		Totale	
	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	Var. %	
	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20
Piemonte	-0,1	-32,3	2,1	-18,3	-3,2	-35,0	0,4	-12,2	-0,6	-27,1	1,3	-20,9
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-1,4	-52,4	3,9	-30,4	3,3	-42,2	3,7	-22,7	-1,5	-53,5	2,9	-34,7
Lombardia	-2,2	-27,5	-6,2	-17,2	-10,6	-36,0	-2,9	-22,4	-4,3	-30,3	-5,6	-20,6
Bolzano-Bozen	-1,9	-47,9	0,7	-40,3	5,9	-53,1	-2,8	-35,0	-1,6	-43,1	0,4	-42,3
Trento	-0,4	-23,2	11,3	-11,9	0,6	-32,4	-11,6	-7,8	-1,1	-22,8	8,0	-14,6
Veneto	-2,0	-31,0	2,3	-25,5	-6,6	-23,6	-2,3	-21,9	-0,0	-32,8	1,0	-26,3
Friuli-Venezia Giulia	-4,9	-24,5	0,4	-13,6	-4,8	-27,9	0,0	-22,4	-0,8	-26,2	-0,6	-16,9
Liguria	-0,4	-36,5	2,9	-28,6	0,4	-35,0	-4,4	-11,3	-1,4	-44,0	1,6	-30,3
Emilia-Romagna	0,8	-25,0	3,0	-20,0	-1,7	-25,5	0,7	-17,2	0,6	-27,7	2,3	-21,3
Toscana	-2,1	-25,6	-2,0	-12,3	-21,5	-48,4	1,3	-16,6	3,2	-21,5	-1,5	-14,6
Umbria	-1,6	-35,2	2,1	-18,9	1,4	-34,9	3,1	-3,2	-0,7	-30,7	1,6	-20,7
Marche	0,9	-38,1	0,8	-18,2	-11,4	-39,0	-24,0	-25,5	-11,1	-50,0	-2,2	-23,4
Lazio	-6,3	-30,1	-0,5	-19,5	-11,1	-28,1	-3,8	-22,7	-1,8	-29,9	-2,3	-22,1
Abruzzo	-0,4	-29,9	3,3	-21,3	1,1	-32,0	13,1	-9,6	3,8	-28,9	3,3	-22,6
Molise	-3,2	-30,1	5,1	-11,4	-1,3	-29,9	-3,1	-0,3	-7,9	-30,6	1,9	-15,4
Campania	-0,9	-17,5	-2,0	-6,3	5,2	-5,8	0,6	-23,8	1,6	-39,9	-1,3	-10,8
Puglia	-1,7	-27,6	0,5	-11,0	-2,5	-23,9	-13,0	-32,3	-4,8	-27,6	-1,1	-15,6
Basilicata	-0,8	-59,0	1,7	-38,9	-0,7	-67,1	-5,8	-75,4	1,9	-65,4	0,6	-50,0
Calabria	-0,3	-37,5	-7,5	-20,8	-12,6	-31,1	8,6	-25,4	0,3	-39,4	-6,2	-24,5
Sicilia	-3,1	-27,1	2,4	-9,3	-0,2	-29,4	2,8	-17,7	-5,5	-31,3	1,2	-14,0
Sardegna	1,2	-35,0	-5,3	-23,7	1,2	-25,2	8,9	-6,2	-5,4	-40,5	-3,4	-26,1
Nord	-1,3	-29,0	-0,6	-20,1	-5,6	-32,6	-1,6	-18,8	-1,7	-30,4	-1,0	-22,5
Centro	-3,6	-30,2	-0,6	-16,9	-10,9	-30,3	-5,1	-20,0	-1,3	-29,4	-1,7	-19,8
Mezzogiorno	-1,3	-27,3	-0,5	-12,8	-1,2	-29,4	-0,6	-22,2	-2,3	-35,4	-0,8	-17,4
Italia	-1,7	-28,7	-0,6	-17,2	-5,1	-30,9	-2,1	-20,4	-1,8	-31,6	-1,1	-20,4

Fonte: Elaborazione Istat su dati Ministero della salute, flusso ex art. 50 di specialistica ambulatoriale

Nel 2020 le visite specialistiche (di controllo o prime visite, finalizzate a impostare un eventuale piano diagnostico terapeutico) si sono ridotte di quasi un terzo. Anche in questo caso alcune regioni hanno subito una contrazione maggiore (del 65 per cento la Basilicata, del 53 per cento la Valle d'Aosta e del 50 per cento le Marche) ma per nessuna è stata inferiore al 20 per cento. Tra le prestazioni terapeutiche emerge un calo di accessi del 31 per cento all'odontoiatria, mentre risultano meno penalizzate le attività di cura non differibili.



L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

L'Istat nell'ambito delle indagini sugli Aspetti della vita quotidiana monitora, tra gli altri temi, le condizioni di salute della popolazione, tra cui la percezione dello stato di salute. Essa viene rilevata tramite un quesito, raccomandato dall'OMS, in cui si richiede di fornire un giudizio complessivo sulla propria salute a partire da una scala a cinque modalità che va da un minimo di molto male a un massimo di molto bene. L'indicatore che ne deriva sulla buona salute percepita sintetizza diverse dimensioni della salute: relative alla salute fisica e psicologica, legate a scelte e comportamenti che possono influire sui rischi di patologie, legate alla componente emotiva la quale reagisce particolarmente nei contesti di crisi. Peraltro, anche l'indicatore sulla cattiva salute percepita che deriva dallo stesso quesito (male o molto male) rappresenta un buon predittore della mortalità, anche quando raffrontato con i dati che registrano le condizioni oggettive²⁶. La buona salute percepita, combinata con i dati di mortalità, è alla base della stima dell'indicatore sulla speranza di vita in buona salute.

Nel 2020, a fronte della diminuzione della speranza di vita alla nascita di 1,2 anni, l'indicatore della buona salute percepita è invece migliorato: la quota di intervistati che dichiarano di stare bene o molto bene è cresciuta di circa 3 punti percentuali rispetto al 2019 e, al contempo, si ha una riduzione delle valutazioni più neutre – né positive né negative – rispetto alla propria salute²⁷. L'incremento interessa tutte le categorie senza particolari specificità di genere, generazione o area territoriale di riferimento, ed è particolarmente accentuato tra le donne di 35-54 anni, per le quali raddoppia.

Un miglioramento di questo indicatore in un contesto di pandemia può apparire controintuitivo. L'incremento nella prevalenza di buona salute in un anno di crisi pandemica ha, però, diverse spiegazioni. La prima riguarda la componente più strettamente psicologica ed emotiva catturata dall'indicatore. La drammaticità degli accadimenti ha portato a non dare più per scontata la propria situazione e a enfatizzarne l'apprezzamento. Ciò è accaduto anche per tutti gli altri indicatori soggettivi, che sono complessivamente migliorati. È plausibile ipotizzare che ci sia stato un generale processo di relativizzazione che ha portato anche per la salute a formulare giudizi positivi sulle proprie condizioni, anziché neutri. Un secondo aspetto è collegabile al calo degli accessi ai servizi sanitari, incluse le visite diagnostiche, con la conseguente mancanza di consapevolezza di essere affetti da patologie croniche. La terza va ricercata in elementi più oggettivi: la minore esposizione a rischi esterni durante il *lockdown* può aver ridotto l'incidenza di patologie acute.

È da notare che evidenze simili sono state riscontrate anche in Spagna che ha vissuto un'esperienza analoga con periodi di elevati contagi abbinati a severe restrizioni. Nella prima fase della pandemia (marzo-luglio 2020) la prevalenza della buona salute percepita è aumentata in Spagna di 4 punti percentuali rispetto al periodo appena precedente (luglio 2019-febbraio 2020)²⁸.

Il miglioramento della buona salute percepita ha più che bilanciato la pur forte riduzione della speranza di vita (- 1,2 anni in un solo anno) determinando un incremento dell'indicatore che misura la speranza di vita in buona salute alla nascita di 2,3 anni (da 58,6 anni del 2019 a 60,9 nel 2020). I primi parziali risultati del 2021 suggeriscono, tuttavia, che questo risultato è dipeso strettamente dalla specificità della situazione vissuta lo scorso anno che ha modificato, in maniera presumibilmente transitoria, la formazione delle percezioni.

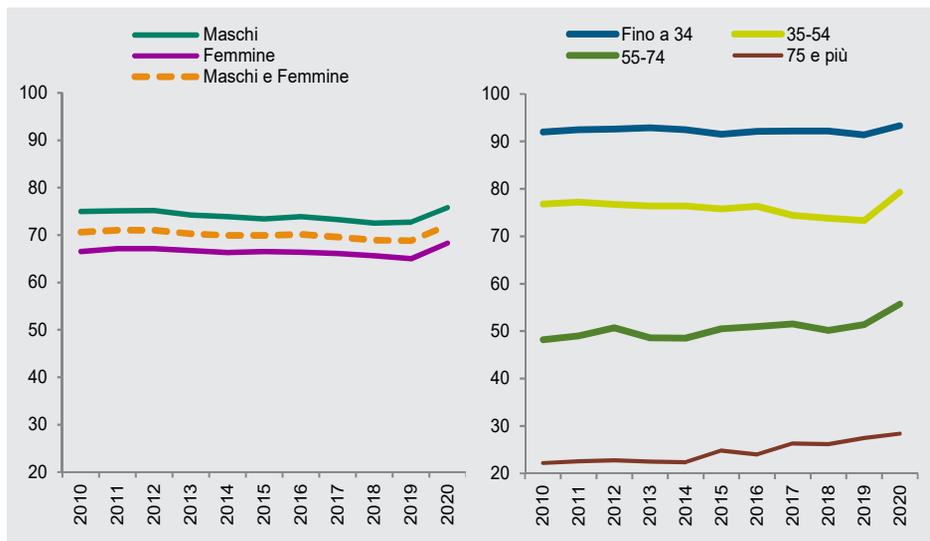
26 Vedi tra gli altri Lundberg e Manderbacka, 1996; O'Brien Cousins, 1997; Mantzavinis *et al.*, 2005, Ferraro e Kelley-More, 2001; Shields e Shooshtari, 2001; Egidi e Golini, 2015.

27 Il periodo di rilevazione dell'Indagine Aspetti della vita quotidiana 2020 va da marzo a settembre 2020 e quindi copre interamente la prima ondata pandemica.

28 https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf.



Figura 1 Persone che dichiarano di stare in buona salute (bene o molto bene) per genere e classi di età. Anni 2010-2020 (valori percentuali)



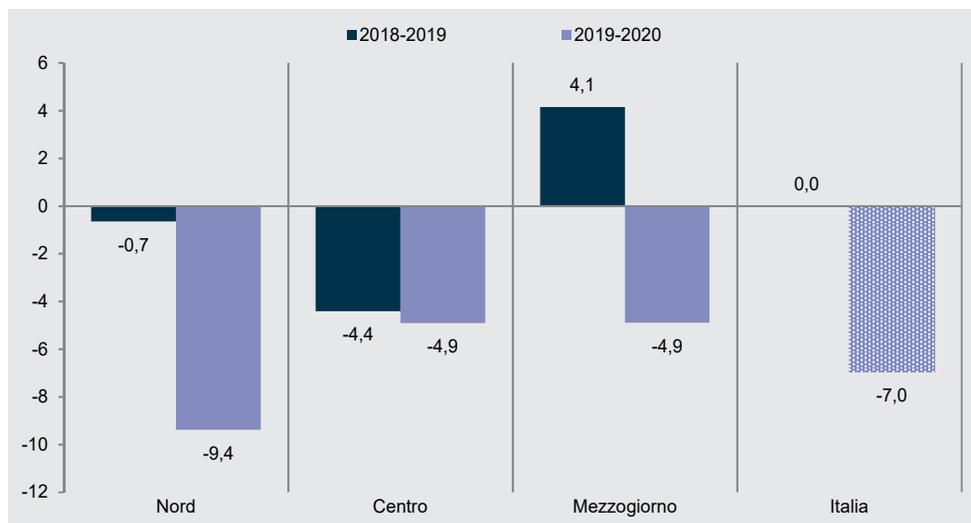
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana



2.5.1 Le prestazioni indifferibili

La necessità di assistere con urgenza i pazienti *COVID-19* ha in molti casi comportato la sospensione o il rinvio di servizi e prestazioni. A questa strategia obbligata, tuttavia, è inevitabilmente associato un aumento dei rischi. Per valutare tale aspetto si è esaminata l'erogazione di alcune analisi strumentali (TAC, risonanze magnetiche e biopsie) e prestazioni di cura urgenti (dialisi e radioterapia), che sono annoverabili tra quelle indifferibili, cioè erogate in favore di pazienti con gravi patologie o per i quali sarebbe stata necessaria una diagnosi precoce e tempestiva (Figura 2.28).

Figura 2.28 Prestazioni indifferibili per ripartizione. Anni 2018/2019-2019/2020 (variazioni percentuali)



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze - MEF, Ragioneria Generale dello Stato, Sistema Tessera Sanitaria - STS

Dopo che nel 2019 erano rimaste stabili, nel 2020 sono state erogate complessivamente circa 2 mln di prestazioni indifferibili in meno, con un calo del 7 per cento. La riduzione ha interessato tutte le ripartizioni, ma è stata maggiore nel Nord dove ha toccato il 9,4 per cento. Nel Centro la riduzione è stata minore, ma un calo era già emerso nell'anno precedente, mentre nel Mezzogiorno è giunta (con un calo del 4,9 per cento) dopo un incremento quasi equivalente (4,1 per cento) nel 2019.

Non sempre emerge un legame chiaro tra diffusione dell'epidemia e calo delle prestazioni. Tra le regioni con la diminuzione maggiore vi sono la Basilicata (-71,4 per cento) e le Marche (-24,9 per cento) non annoverabili tra quelle a maggiore rischio. Ciò sembra suggerire che l'eterogeneità possa dipendere anche da diverse scelte organizzative che le singole regioni hanno messo in atto in risposta alla pandemia.

Il rinvio negli esami diagnostici e nelle terapie avrà un effetto sulla salute dei cittadini, non ancora quantificabile, ma presumibilmente importante, in particolare per patologie come quelle cardiovascolari e oncologiche. Le strategie che verranno attuate nel prossimo futuro potrebbero, peraltro, limitare e contrastare la crescita dei rischi, favorendo un adeguato utilizzo delle tecnologie più avanzate e riorganizzando i processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure. Questi obiettivi sono declinati nel PNRR con l'attribuzione di risorse e l'individuazione di programmi di potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale e la fissazione di specifici target qualitativi, tecnologici e organizzativi uniformi a livello nazionale.

APPROFONDIMENTO

Diseguaglianze sociali nella mortalità durante la pandemia in Italia

Per contrastare il diffondersi della pandemia il Governo ha, tra le misure tese a ridurre il contagio, disposto la sospensione di molte attività e selezionato quelle definite essenziali da lasciare aperte nelle fasi di restrizione²⁹. Secondo uno studio Inps³⁰ è rinvenibile una relazione diretta tra peso dei settori in attività e circolazione del virus. Tale circostanza ha determinato, insieme alle diverse condizioni iniziali, l'esposizione della popolazione a livelli di rischio differenti, a seconda del luogo di residenza e del settore di lavoro e ciò potrebbe aver acuito i differenziali territoriali e sociali di mortalità già presenti nel nostro Paese. Non meno rilevanti in questa ottica, sono i fattori di rischio individuali, legati agli stili di vita: le analisi mettono in luce come la presenza di diabete e la condizione di obesità, patologie molto caratterizzate sia socialmente sia territorialmente, si presentino frequentemente in associazione con il decesso per COVID-19.

L'Italia è storicamente uno dei paesi più longevi al mondo e con diseguaglianze sociali nella mortalità tra le più basse in Europa. Tuttavia, sul territorio e in relazione al livello di istruzione (che approssima le condizioni economiche e gli strumenti cognitivi disponibili per la propria salute) e al genere, si riscontrano differenze significative in termini di speranza di vita³¹. A 25 anni d'età, gli uomini con basso livello di istruzione hanno circa 3,6 anni di speranza di vita media residua in meno rispetto ai coetanei con un livello di istruzione alto³² (rispettivamente 55,1 e 58,7 anni); le medesime differenze, ancorché minori, si riscontrano per le donne, con 2,2 anni di vita in meno (60,1 e 62,3 anni). Tali diseguaglianze si osservano in tutte le regioni italiane. Tra le regioni più longeve e differenziali sociali nella salute più contenuti, ci sono Umbria, Marche, Emilia-Romagna e la provincia autonoma di Bolzano. Viceversa, diseguaglianze nella sopravvivenza particolarmente pronunciate sono presenti in alcune aree del Sud dove verosimilmente agli effetti del minore livello di istruzione si aggiungono gli svantaggi di un contesto più povero di opportunità e di servizi.

L'analisi della mortalità degli ultimi due anni permette di identificare un periodo pre-pandemico, da gennaio 2019 a febbraio 2020, durante il quale i livelli di mortalità mensili sono in linea con l'andamento osservato negli anni precedenti (Figura 1).

Nella prima e nella seconda ondata della pandemia, vale a dire da marzo a dicembre del 2020, a livello nazionale si registra un aumento generalizzato della mortalità senza però cambiamenti nell'andamento delle diseguaglianze. L'eccesso di morte dei meno istruiti rispetto ai più istruiti, misurato dal rapporto dei tassi standardizzati di mortalità (RM, basso vs alto), rimane mediamente di 1,3 per gli uomini e di 1,2 nelle donne come nel periodo pre-pandemico (Figura 1).

Al contrario, nelle aree geografiche in cui l'incremento della mortalità è stato maggiore, si osserva un aumento dei differenziali in base al livello di istruzione, con una mortalità più elevata nelle persone con basso livello di istruzione. In particolare, tali differenze risultano più marcate

29 La lista di queste attività è stata peraltro modificata nel tempo, i primi provvedimenti in materia risalgono a marzo 2020 mese nel quale si sono succeduti due DPCM e un decreto del Ministero delle attività produttive.

30 In particolare, all'aumentare di 1 punto percentuale della quota di settori essenziali attivi il numero di contagiati è aumentato di 1,5 unità al giorno. Inps - Direzione Centrale Studi e Ricerche (DCSR) Attività essenziali, *lock-down* e contenimento della pandemia da COVID-19

31 Dati Istat, *Popolazione censuaria 2011 e follow-up dei decessi nel periodo 2012-2017*.

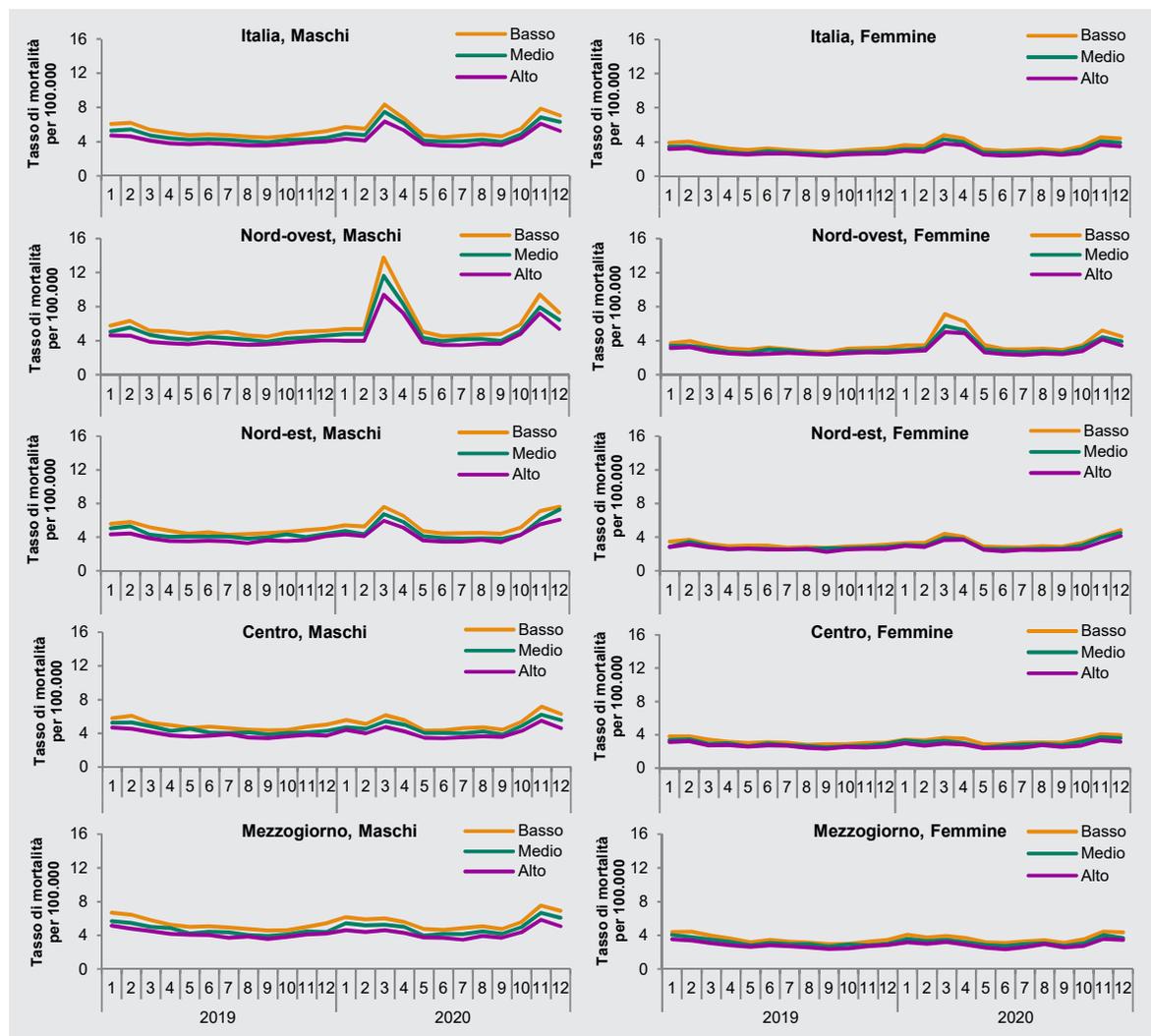
32 Il livello di istruzione è stato classificato in tre modalità per tener conto della riforma del sistema scolastico che nel 1962 istituì la scuola media inferiore gratuita e obbligatoria: Basso (<66 anni: al massimo scuola media inferiore; ≥66 anni: nessun titolo o licenza elementare), Medio (<66 anni: diploma di scuola media superiore; ≥66 anni: diploma di scuola media inferiore), Alto (<66 anni: titolo universitario; ≥66 anni: diploma di scuola media superiore o titolo universitario).

nel Nord-ovest, dove i valori del rapporto di mortalità per livello di istruzione (basso rispetto ad alto) mediamente pari a 1,3 negli uomini e a 1,2 nelle donne, che salgono rispettivamente a 1,5 e 1,4 in corrispondenza del primo picco pandemico.

Nei mesi più critici della pandemia i divari di genere sono aumentati, indipendentemente dal livello di istruzione, in quanto gli incrementi maggiori di mortalità hanno riguardato soprattutto gli uomini: il rapporto di genere del tasso di mortalità (M/F) mediamente pari a 1,5, supera 1,7 nei mesi di marzo e novembre del 2020 (Figura 2).

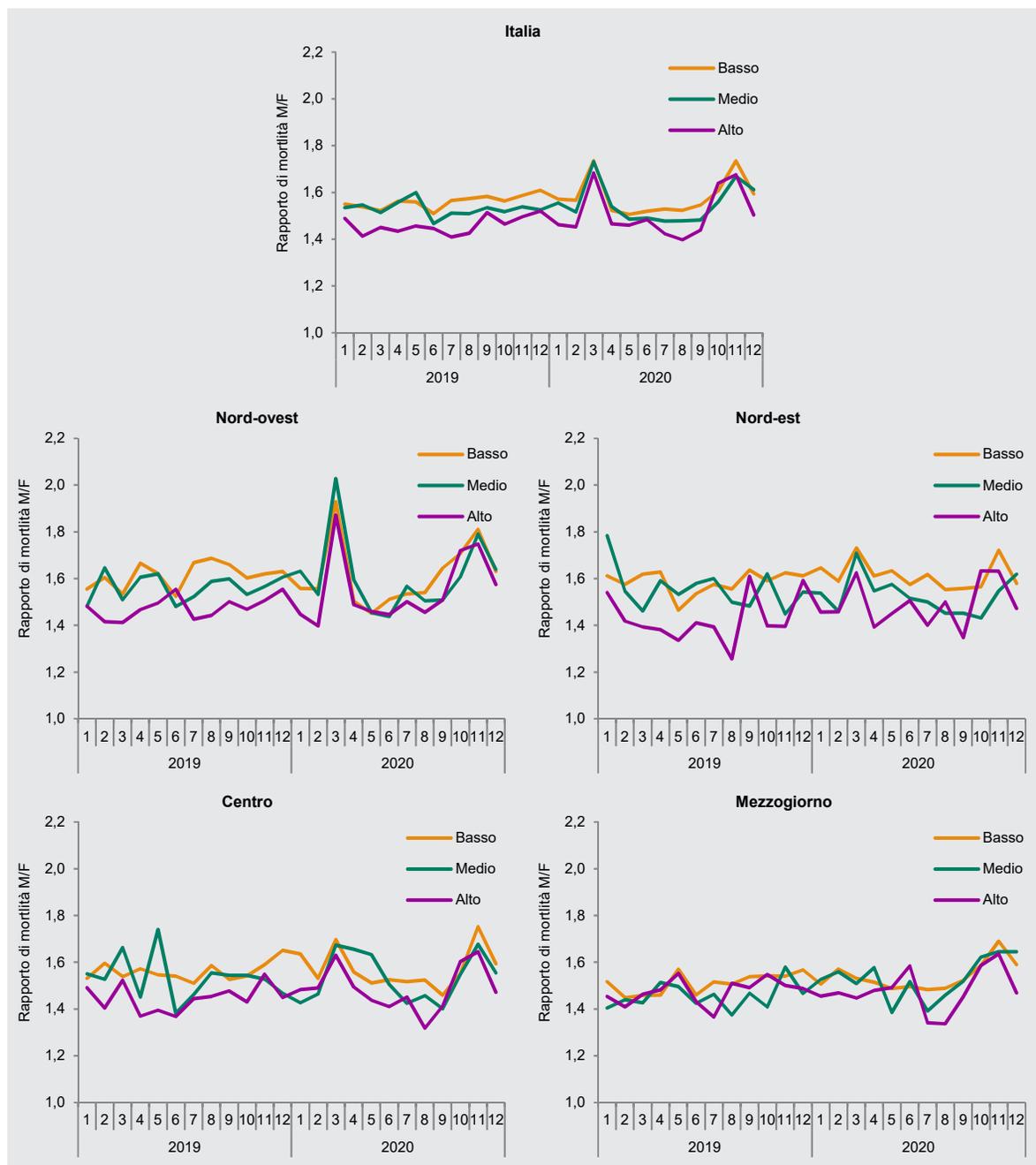
Anche in questo caso le disegualianze di genere aumentano di più nelle aree che hanno registrato i maggiori incrementi di mortalità: nel Nord-ovest il rapporto di genere del tasso tocca 2 nel mese di marzo 2020, per poi scendere nei mesi immediatamente successivi a 1,5 e risalire a 1,8 a novembre. Incrementi dei differenziali di genere si osservano durante la seconda ondata della pandemia anche al Centro e nel Sud e Isole, dove per gli uomini si registra un aumento della mortalità maggiore di quello delle donne.

Figura 1 Tasso standardizzato di mortalità (per centomila di persone-giorno) per genere, mese e livello di istruzione (basso, medio e alto) in Italia e ripartizioni geografiche. Età ≥ 35 anni, periodo: gennaio 2019-dicembre 2020



Fonte: Istat, Registro di base delle persone fisiche (BRI) e *follow-up* dati sulla mortalità con i decessi giornalieri di fonte anagrafica verificatisi fino al 31 Dicembre 2020

Figura 2 Rapporto del tasso standardizzato di mortalità Uomini/Donne, per mese e livello di istruzione (basso, medio e alto) in Italia e nelle ripartizioni geografiche. Età ≥35 anni, periodo: gennaio 2019-dicembre 2020



Fonte: Istat, Registro di base delle persone fisiche (BRI) e follow-up dati sulla mortalità con i decessi giornalieri di fonte anagrafica verificatisi fino al 31 dicembre 2020

La classe di età è un fattore che ha interagito con le disuguaglianze sociali: nelle due ondate epidemiche la mortalità è aumentata di più nelle classi centrali d'età e per le persone meno istruite, evidentemente per effetto di una diversa esposizione al rischio, mentre non si osservano differenze nella popolazione ultraottantenne spiegate dai diversi livelli di istruzione (cfr. Tavola 1 e Figura 3).

Analizzando quanto accaduto a livello nazionale nel periodo tra marzo e dicembre, fra le donne il maggiore incremento delle diseguaglianze sociali nella mortalità si osserva proprio nelle fasce di età 35-64 e 65-79 anni. Anche in questo caso un numero più alto di contagi si accompagna a una crescita più decisa dei divari. I dati territoriali mostrano che tra le donne le diseguaglianze sociali nelle fasce centrali della vita sono aumentate soprattutto in alcune aree. Nel Nord-ovest, ad esempio, il rapporto standardizzato di mortalità tra basso e alto titolo di studio in età 35-64 anni sale da 1,54 nella fase pre-pandemica a 1,86 nella prima fase della pandemia, per poi riscendere a 1,73 e risalire a 1,80 nel periodo ottobre-dicembre 2020. Nei mesi di picco si evidenzia una mortalità quasi doppia per le donne tra i 35 e i 64 anni con licenza media inferiore, rispetto a quella delle laureate. Al Centro si registrano oscillazioni simili: il rapporto tra tassi per titolo di studio (basso/alto) passa da 1,46 del periodo pre-pandemia a 2,03 a marzo-aprile 2020, per poi scendere nei mesi estivi e risalire a 1,82 nei mesi finali dell'anno.

Negli uomini adulti l'aumento dei tassi di mortalità è indipendente dal grado di istruzione, con l'eccezione del Nord-ovest dove, solo per la classe di età 65-79 anni, l'aumento della mortalità è più alto per i soggetti con basso titolo di studio (il rapporto tra tassi passa da 1,37 a 1,54 a marzo-aprile 2020), nel Sud e nelle Isole non emergono variazioni delle diseguaglianze sociali in occasione delle due ondate epidemiche.

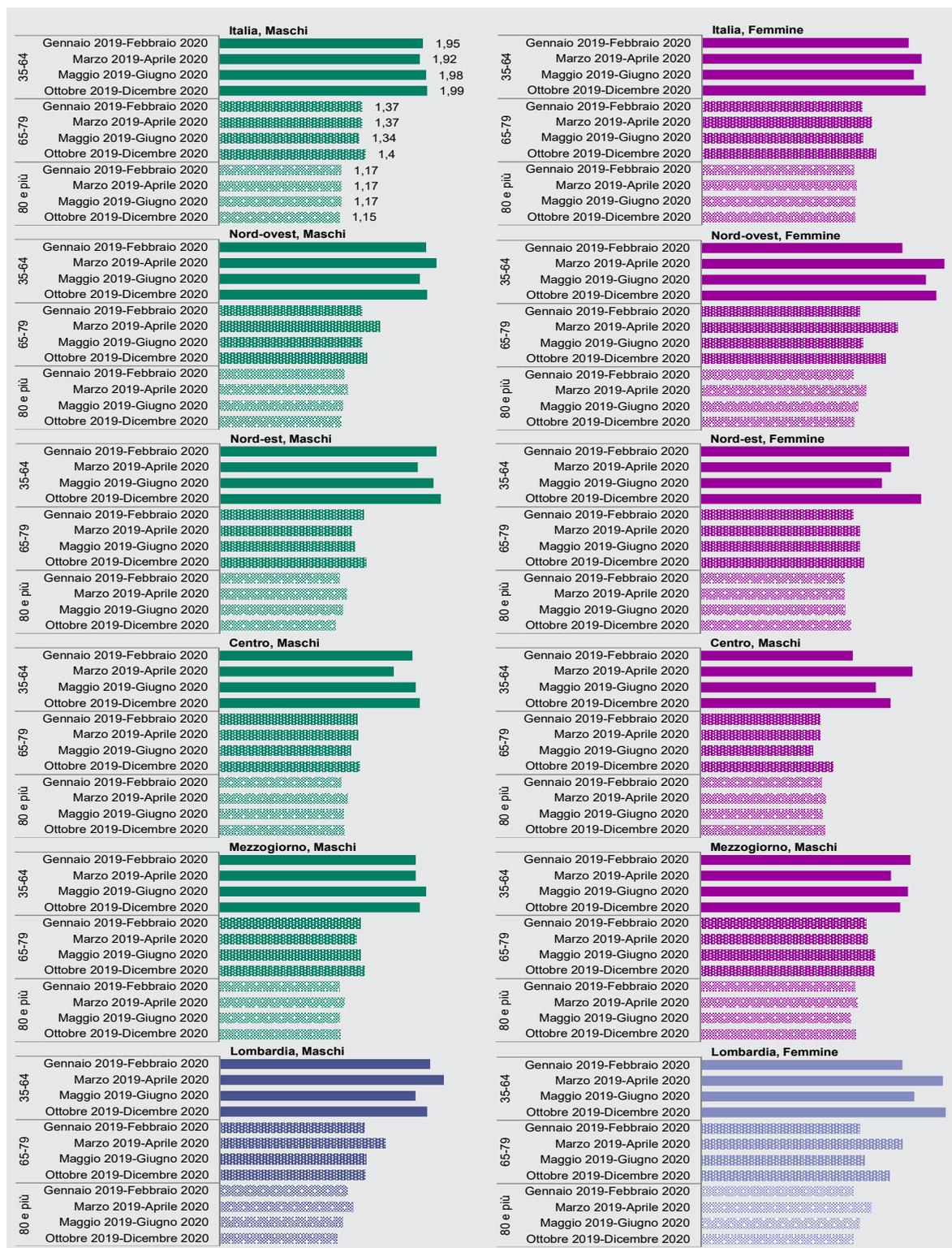
Tavola 1 Tassi di mortalità per genere, livello di istruzione, classe di età e fase, periodo: gennaio 2019-dicembre 2020 (tassi standardizzati per 100.000 giorni persona)

CLASSE DI ETÀ	FASE/PERIODO	Livello di istruzione					
		Maschi			Femmine		
		Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
35-64	Pre-pandemica - Gen. 2019-Feb. 2020	10,2	6,9	5,2	5,7	4,3	3,6
	Fase 1 - Mar. 2020-Apr. 2020	13,0	9,0	6,8	6,5	4,8	3,9
	Fase 2 - Mag. 2020-Set. 2020	9,7	6,7	4,9	5,5	4,1	3,4
	Fase 3 - Ott. 2020-Nov. 2020	12,5	8,6	6,3	6,6	4,8	3,8
65-79	Pre-pandemica - Gen. 2019-Feb. 2020	68,2	58,2	49,9	36,1	32,0	29,6
	Fase 1 - Mar. 2020-Apr. 2020	106,7	93,8	78,1	50,9	43,9	39,0
	Fase 2 - Mag. 2020-Set. 2020	63,6	54,3	47,6	34,2	31,3	27,7
	Fase 3 - Ott. 2020-Nov. 2020	95,7	80,5	68,5	47,2	40,6	35,4
80 e più	Pre-pandemica - Gen. 2019-Feb. 2020	338,1	315,5	289,1	245,4	225,4	211,2
	Fase 1 - Mar. 2020-Apr. 2020	491,5	474,9	421,6	353,5	333,5	300,6
	Fase 2 - Mag. 2020-Set. 2020	298,1	278,2	254,8	224,8	206,2	192,9
	Fase 3 - Ott. 2020-Nov. 2020	438,0	416,7	382,4	305,8	288,5	260,4

Fonte: Istat, Registro di base delle persone fisiche (BRI) e *follow-up* dati sulla mortalità con i decessi giornalieri di fonte anagrafica verificatisi fino al 31 dicembre 2020



Figura 3 Rapporto del tasso standardizzato di mortalità tra gli individui con livello di istruzione basso e quelli con livello alto, per genere, età e fase pandemica. Periodo: gennaio 2019-dicembre 2020 Italia e Ripartizioni.



Fonte: Istat, Registro di base delle persone fisiche (BRI) e follow-up dati sulla mortalità con i decessi giornalieri di fonte anagrafica verificatisi fino al 31 dicembre 2020



Per saperne di più

Alicandro, G., E. Grande, G. Sebastiani, and L. Frova. 2020. "The 2011 Italian census cohort for the study of socioeconomic inequality in mortality". *International Journal of Public Health*, Volume 65, Issue 5: 693-697.

Alicandro, G., L. Frova, G. Sebastiani, P. Boffetta, and C. La Vecchia. 2018. "Differences in education and premature mortality: a record linkage study of over 35 million Italians". *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue 2: 231-237.

Aassve, A., N. Cavalli, L. Mencarini, S. Plach, and M. Livi Bacci. 2020. "The COVID-19 pandemic and human fertility". *Science*, Volume 369, Issue 6502: 370-371.

Blangiardo, G.C. 2021a. *Calo di nascite a gennaio 2021: sintomo di un disturbo occasionale o conferma di un malessere strutturale?*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2020/04/Report_Nati_Gennaio-2021.pdf.

Blangiardo, G.C. 2021b. *Primi riscontri e riflessioni sul bilancio demografico del 2020*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2020/04/Riscontri-e-Riflessioni_Bilancio-demografico-2020.pdf.

Blangiardo, G.C. 2020. *Scenari sugli effetti demografici di Covid-19: il fronte della natalità*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2020/04/Scenari_effetti_del_covid-19-su-natalita.pdf.

Calderón-Larrañaga, A., D.L. Vetrano, D. Rizzuto, T. Bellander, L. Fratiglioni, and S. Dekhtyar. 2020. "High excess mortality in areas with young and socially vulnerable populations during the COVID-19 outbreak in Stockholm Region, Sweden". *BMJ Global Health*. Volume 5, Issue 10: e003595.

Caltabiano, M., e A. Rosina. 2021. "Nascite e politiche familiari in Italia: cosa ci aspetta nel 2021?". *Neodemos, Famiglie e riproduzione*, 5 marzo 2021.

Colombo, F. 2021. "Come sta cambiando il matrimonio in Italia e in Europa". *Le Nius, Società*, 12 febbraio 2021.

Corte Costituzionale. 2011. "Sentenza n. 245/2011". *Gazzetta Ufficiale*, N. 32, 27 luglio 2011.

Costa, G., M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, e N. Zengarini (a cura di). 2014. "L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità". *Fondazione Smith Kline*. Milano: Franco Angeli.

De Rose, A., e A. Rosina. 2021. "Il futuro della fecondità dopo COVID-19. Cosa si aspettano i demografi?". *Neodemos, Famiglie e riproduzione*, 8 gennaio 2021.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020, n. 400. "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale". *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 108, 27 aprile 2020.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020. "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale". *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 62, 9 marzo 2020.



Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 luglio 2016, n. 144. “Regolamento recante disposizioni transitorie necessarie per la tenuta dei registri dell’archivio nello stato civile, ai sensi dell’articolo 1, comma 34, della Legge 20 maggio 2016, n. 76”. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 175, 28 luglio 2016.

Decreto legislativo 19 gennaio 2017, n. 5. “Adeguamento delle disposizioni dell’ordinamento dello stato civile in materia di iscrizioni, trascrizioni e annotazioni, nonché modificazioni ed integrazioni normative per la regolamentazione delle unioni civili, ai sensi dell’articolo 1, comma 28, lettere a) e c), della legge 20 maggio 2016, n. 76”. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 22, 27 gennaio 2017.

Decreto legislativo 19 gennaio 2017, n. 6. “Modificazioni ed integrazioni normative in materia penale per il necessario coordinamento con la disciplina delle unioni civili, ai sensi dell’articolo 1, comma 28, lettera c), della legge 20 maggio 2016, n. 76”. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 22, 27 gennaio 2017.

Decreto legislativo 19 gennaio 2017, n. 7. “Modifiche e riordino delle norme di diritto internazionale privato per la regolamentazione delle unioni civili, ai sensi dell’articolo 1, comma 28, lettera b), della legge 20 maggio 2016, n. 76”. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 22, 27 gennaio 2017.

Demofonti, S., R. Fraboni, e L.L. Sabbadini (a cura di). 2015. “Come cambia la vita delle donne. 2004-2014”. *Lecture Statistiche - Temi*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/176768>.

Federico, B., J.P. Mackenbach, T.A. Eikemo, G. Sebastiani, C. Marinacci, G. Costa, and A.E. Kunst. 2013. “Educational inequalities in mortality in northern, mid and southern Italy and the contribution of smoking”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Volume 67, Issue 7: 603-609.

Frova, L., A. Alicandro, G. Sebastiani, S. Prati, e G. Costa. 2021. “Sopravvivenza, mortalità, disuguaglianze e pandemia”. In Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione - AISP, Billari, F.C., e C. Tomassini (a cura di). *Rapporto sulla popolazione. L'Italia e le sfide della demografia*. Bologna: il Mulino.

Gausman, J., and A. Langer. 2020. “Sex and Gender Disparities in the COVID-19 Pandemic”. *Journal of Women’s Health*, Volume 29, Issue 4: 465-466.

Ghislandi, S., R. Muttarak, M. Sauerberg, and B. Scotti. 2020. “News from the front: Estimation of excess mortality and life expectancy in the major epicenters of the COVID-19 pandemic in Italy”. *MedRxiv*, 20th June 2020.

Goldblatt, P., A. Shriwise, L. Yang, and C. Brown. 2020. *Health inequity and the effects of COVID-19. Assessing, responding to and mitigating the socioeconomic impact on health to build a better future*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe.

Goldstein, J.R., and R.D. Lee. 2020. “Demographic perspectives on mortality of COVID-19 and other epidemics”. *Working Paper 27043*. Cambridge, MA, U.S.: National Bureau of Economic Research - NBER, *Working Paper Series*.

Hooper, M.W., A.M. Nápoles, and E.J. Pérez-Stable. 2020. “COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities”. *Journal of the American Medical Association - JAMA Network*, Volume 323, Issue 24: 2466-2467.

Institut National de la Statistique et des Études Économiques - INSEE. 2021. “Les naissances en 2021”. *Statistiques et études*. Paris, France: INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5348638>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021a. “Bilancio demografico mensile. Anni 2021 e 2020”. In *Demo - Demografia in Cifre*. Roma: Istat. <http://demo.istat.it/>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021b. “Aspetti della vita quotidiana. Microdati ad uso pubblico (Anni vari)”. Microdati. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/129956>.



2. Lo shock da pandemia: impatto demografico e conseguenze sanitarie

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021c. “Indicatori demografici. Anno 2020”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/257243>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021d. “La dinamica demografica durante la pandemia COVID-19. Anno 2020”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/255802>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021e. “Matrimoni, unioni civili, separazioni e divorzi. Anno 2019”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/253756>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021f. *Bes 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/254761>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2020a. “Bilancio demografico nazionale. Anno 2019”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/245466>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2020b. “Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2019”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/251937>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2020c. *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/244848>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2019a. “Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento di residenza. Anno 2018”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/236762>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2019b. “Multiscopo sulle famiglie: famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita. Anno 2016”. *Microdati*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/236637>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2018. “Popolazione residente per stato civile. Anno 2018”. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/220713>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2017. “Forme, livelli e dinamiche dell’urbanizzazione in Italia. Anno 2011”. *Lecture statistiche - Territorio*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/199520>.

Istituto Nazionale di Statistica - Istat, e Istituto Superiore di Sanità - ISS. 2021. “Impatto dell’epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021”. *Comunicato stampa*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/258463>.

Legge 20 maggio 2016, n. 76. “Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze”. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 118, 21 maggio 2016.

Legge 15 luglio 2009, n. 94. “Disposizioni in materia di sicurezza pubblica”. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, N. 170, 24 luglio 2009.

Marinacci, C., F. Grippo, M. Pappagallo, G. Sebastiani, M. Demaria, P. Vittori, N. Caranci, and G. Costa. 2013. “Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007”. *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 4: 582–587.

Ministero della Salute, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP, Istituto Superiore di Sanità - ISS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS, e Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA. *L’Italia per l’Equità nella Salute*. Roma: Ministero della Salute.

Orsi, C., D. De Rocchi, S. Cinque, R. Crialesi, V. Della Mea, L. Frova, E. Grande, S. Marchetti, S. Navarra, M. Pappagallo, S. Simeoni, and F. Grippo. 2021. “Analysing complications of COVID-19 from death certificates: which ones kill most?”. *Rivista di statistica ufficiale*, N. 1/2021: 59-82. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/257939>.

Petrelli, A., e L. Frova (a cura di). 2019. “Atlante Italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di Istruzione”. *Epidemiologia & Prevenzione*, N. 1, Anno 43, Supplemento 1. <https://www.istat.it/it/archivio/228071>.



Piccinelli, C., P. Carnà, S. Stringhini, G. Sebastiani, M. Demaria, M. Marra, G. Costa, and A. d'Errico. 2018. "The contribution of behavioural and metabolic risk factors to socioeconomic inequalities in mortality: the Italian Longitudinal Study". *International Journal of Public Health*. Volume 63, Issue 3: 325-335.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche della Famiglia, e Istituto degli Innocenti. 2020. *L'impatto della pandemia di COVID-19 su natalità e condizione delle nuove generazioni - Primo rapporto del Gruppo di esperti "Demografia e COVID-19"*. Firenze: Istituto degli Innocenti.

Rosina, A. 2021a. "Il Paese al bivio del declino. Non bastano le misure in pista". *Il Sole 24 Ore*, 15 maggio 2021.

Rosina, A. 2021b. "L'Italia rischia il collasso". *L'Osservatore Romano*, 14 maggio 2021.

Sun, Y., X. Hu, and J. Xie. 2021. "Spatial inequalities of COVID-19 mortality rate in relation to socioeconomic and environmental factors across England". *Science of the Total Environment*, Volume 758, N. 143595.

