

1. Salute¹

L'analisi degli indicatori del dominio salute mette in evidenza come nel 2019, alla vigilia della pandemia, la maggior parte degli indicatori del dominio (12 indicatori su 15) si trovasse su livelli migliori rispetto alla situazione di una decina di anni prima, con le uniche eccezioni rappresentate dall'indicatore che monitora la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso degli anziani, in aumento quasi costante a partire dal 2015, e dal consumo giornaliero di almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura che, sebbene con un trend altalenante, mostrava valori migliori nel 2010. Stabile invece l'indicatore di salute mentale².

L'eccesso di mortalità connesso alla diffusione della pandemia ha comportato nel 2020 una riduzione della speranza di vita alla nascita di oltre 1 anno di vita, solo parzialmente recuperata nel 2021 e nel 2022 (82,5 e 82,6 anni rispetto agli 83,2 anni del 2019).

Nonostante la flessione degli anni di vita attesi, nel 2020 l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita ha subito un miglioramento rispetto al 2019, per effetto di un aumento della quota di persone che, nel contesto della pandemia a fronte del disagio complessivo, ha valutato più positivamente le proprie condizioni di salute. Nel 2021 questo miglioramento è stato parzialmente riassorbito e i dati del 2022 mostrano una situazione invariata rispetto al 2021, con livelli di speranza di vita in buona salute che si mantengono comunque più elevati rispetto al dato pre-pandemia.

L'analisi dell'indicatore di salute mentale, sebbene in media nella popolazione mostri una relativa stabilità, ha messo in luce il forte contraccolpo in termini di benessere psicologico subito negli ultimi due anni dai più giovani, soprattutto dalle ragazze.

L'andamento di alcuni indicatori di mortalità per causa³ evidenzia nel 2020 un ulteriore peggioramento dell'indicatore relativo alla mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso nella popolazione anziana, nonché l'arresto del progressivo miglioramento registrato fino al 2019 dell'indicatore di mortalità evitabile. Quest'ultimo è verosimilmente l'effetto della crisi pandemica che nel 2020 ha determinato un incremento del numero totale di decessi per diverse cause di morte, molte delle quali incluse tra quelle evitabili.

La mortalità per incidenti stradali dei giovani di 15-34 anni aveva registrato nel 2020 una riduzione imputabile alla minore mobilità sul territorio dovuta alle restrizioni degli spostamenti per contenere la diffusione della pandemia. Tale riduzione, seppur più contenuta, si conferma anche per il 2021 quando la situazione della mobilità, per quanto in via di normalizzazione, non si era ancora del tutto riallineata rispetto ai livelli pre-pandemia.

Per quanto riguarda gli stili di vita della popolazione, dopo un miglioramento generale osservato fino al 2019, a partire dal 2020 si evidenziano significative oscillazioni per quasi tutti gli indicatori e, nella maggior parte dei casi, nel confronto 2019 - 2022 emergono segnali di peggioramento. In particolare, l'indicatore di sedentarietà, che era migliorato nel 2020 e nel 2021 per la necessità di modificare le proprie abitudini con una maggiore diffusione nella popolazione a svolgere attività fisica destrutturata al di fuori di palestre e piscine, peggiora nel 2022, tornando a livelli ancora più critici rispetto al 2019.

1 Questo capitolo è stato curato da Emanuela Bologna. Hanno collaborato: Silvia Bruzzone, Lidia Gargiulo, Simone Navarra, Marilena Pappagallo, Silvia Simeoni, Alessandra Tinto.

2 Per questo indicatore il confronto di lungo periodo è stato fatto considerando come anno di partenza il 2016 non essendo disponibile tale dato prima di allora.

3 Per questi indicatori l'ultimo dato disponibile è il 2020.

L'eccesso di peso tra la popolazione adulta, dopo aver registrato un incremento nel 2020, si riallinea sia nel 2021 che nel 2022 ai livelli pre-pandemia, sebbene la componente dell'indicatore relativa all'obesità sia in aumento nel lungo periodo.

L'abitudine al fumo registra un andamento negativo costante negli ultimi anni, mentre la quota di persone con consumo di alcol a rischio, dopo un andamento altalenante, è tornata a riallinearsi al livello pre-pandemia. Continua il trend negativo dell'indicatore di adeguata alimentazione che nel 2022 si attesta su livelli ancora più bassi del 2019.

Tabella 1. Indicatori del dominio Salute: valore dell'ultimo anno disponibile e variazione percentuale rispetto a diversi periodi

Indicatori	Anno di partenza	Ultimo Anno	Valore ultimo anno disponibile	Variazione %			
				Anno di partenza-2019	2019-2021	2021-2022	2019-2022
Speranza di vita alla nascita (in anni)* (a)	2010	2022	82,6	●	●	●	●
Speranza di vita in buona salute alla nascita (in anni) (a)	2010	2022	60,1	●	●	●	●
Indice di salute mentale (SF36) (punteggio medio)	2016	2022	69,0	●	●	●	●
Mortalità evitabile (0-74 anni) (per 10.000 abitanti) (b)	2010	2020	16,6	●	●	-	-
Mortalità infantile (per 10.000 abitanti) (b)	2010	2020	2,5	●	●	-	-
Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (per 10.000 abitanti)	2010	2021	0,6	●	●	-	-
Mortalità per tumore (20-64 anni) (per 10.000 abitanti) (b)	2010	2020	8,0	●	●	-	-
Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più (per 10.000 abitanti) (b)	2010	2020	35,7	●	●	-	-
Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) (%)	2010	2022	49,0	●	●	●	●
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (in anni) (a)	2010	2022	10,0	●	●	●	●
Eccesso di peso (tassi standardizzati)	2010	2022	44,5	●	●	●	●
Fumo (tassi standardizzati)	2010	2022	20,2	●	●	●	●
Alcol (tassi standardizzati)	2010	2022	15,5	●	●	●	●
Sedentarietà (tassi standardizzati)	2010	2022	36,3	●	●	●	●
Adeguata alimentazione (tassi standardizzati)	2010	2022	16,8	●	●	●	●

LEGENDA
 ● Migliore ● Peggiora ● Stabile - Confronto non disponibile

* Per questo indicatore nel calcolo della variazione si considera la differenza puntuale.
 (a) Il dato 2022 è una stima provvisoria.
 (b) Dato 2021 e 2022 non disponibile, variazione calcolata tra 2019 e 2020.
 Nota: Se la variazione relativa tra i due anni supera l'1% è considerata positiva (verde), se è inferiore a -1% è considerata negativa (rosso). Nell'intervallo -1 e +1% la variazione è considerata stabile (giallo). Nel calcolo delle variazioni si è tenuto conto della polarità dell'indicatore, per considerare il miglioramento o peggioramento in termini di benessere.

Nel 2022 la speranza di vita alla nascita si mantiene al livello del 2021, ancora al di sotto del dato pre-pandemia

Dopo la flessione della speranza di vita alla nascita dovuta allo *shock* pandemico, con un arretramento di oltre un anno nel 2020 rispetto al 2019 (83,2 anni, valore più elevato mai registrato), nel 2021 si osserva una lenta ripresa: la vita media attesa alla nascita è risalita a 82,5 anni, con un recupero solo parziale (era 82,1 nel 2020). Il dato provvisorio del 2022 non mostra però un'ulteriore auspicata ripresa, con una stima complessiva che resta simile al 2021, pari a 82,6 anni, e ciò accade per le donne (84,8 anni) e in parte per gli uomini (80,5 anni).

Nel contesto europeo⁴, tuttavia, il nostro Paese ha riguadagnato in un solo anno le posizioni perse nel 2020 causate dal notevole eccesso di mortalità per lo *shock* pandemico: nel 2021 l'Italia si attesta nuovamente al terzo posto dopo Spagna e Svezia nella graduatoria dei paesi Ue per livello di vita media.

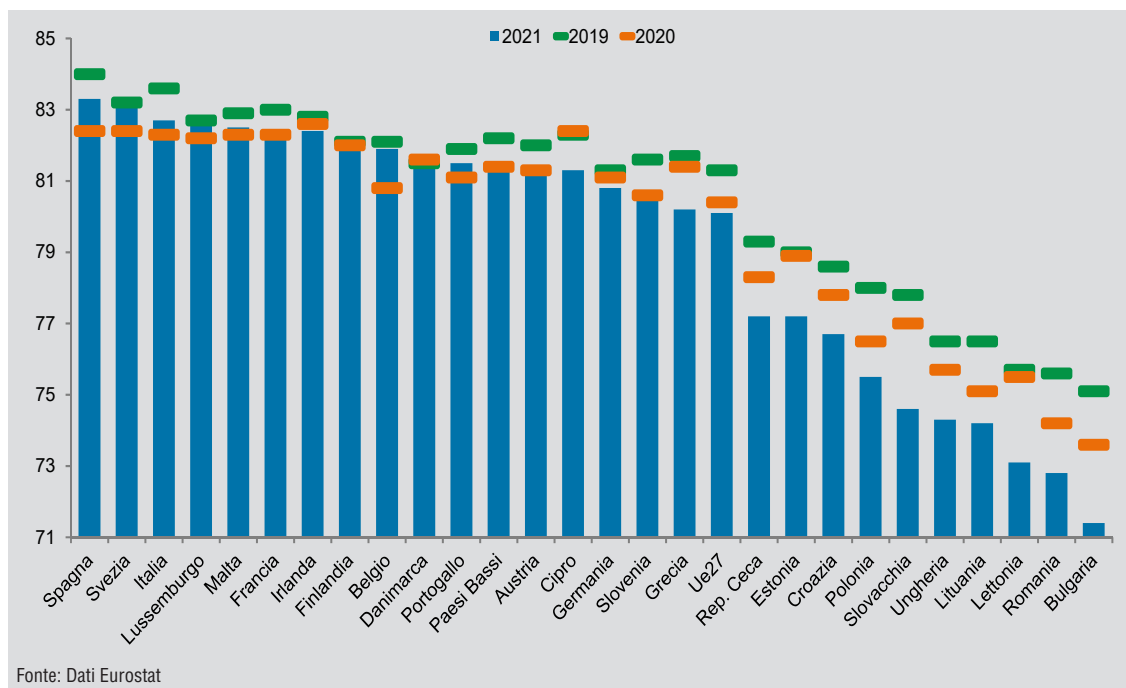
⁴ Per motivi di comparabilità internazionale viene qui commentato l'ultimo dato disponibile sul database di Eurostat: anno 2021. Si precisa che il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istat per l'adozione di un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più). Il dato è aggiornato al 16/03/2023 ed estratto dalla banca dati Eurostat il 29/03/2023 (<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/table?lang=en>).

Confrontando il 2019 e il 2021, complessivamente nella media Ue si sono persi 1,2 anni di vita attesa, ma il fenomeno è stato molto eterogeneo tra i diversi paesi membri. La Spagna, che è stato il paese più colpito nel 2020, ha recuperato nel 2021 la maggioranza degli anni persi (nel 2021 il dato stimato della speranza di vita alla nascita è di 83,3 anni), ma, come l'Italia, rispetto al 2019 restano ancora da riacquistare 0,7 anni; la Svezia, sempre ai primi posti in graduatoria, dopo il calo di 0,8 anni del 2020, ha già quasi del tutto recuperato i livelli di sopravvivenza del 2019 (83,1 anni). Il Belgio, anche se tra i paesi più colpiti dalle conseguenze della pandemia, con una perdita nel 2020 simile a quella dell'Italia di 1,3 anni, solo nel 2021 ne ha riacquistati ben 1,1. La Francia, invece, deve ancora recuperare 0,6 anni rispetto al 2019, pur avendone persi di meno (-0,7 anni). Anche la Germania si attesta a -0,5 anni rispetto al 2019, ma mostra una dinamica nel tempo diversa dagli altri grandi paesi Ue, registrando le più basse perdite di vita media attesa nel 2020 (-0,2 anni), ma continuando ad averne nel 2021. Anche per la Grecia è il 2021 a incidere soprattutto nella perdita dei livelli di speranza di vita che perdura con un calo di 1,2 anni (dopo -0,3 del 2020) (Figura 1).

Ma i livelli più elevati di erosione della speranza di vita alla nascita si riscontrano soprattutto nei paesi dell'Europa dell'Est (la Bulgaria ha perso 3,7 anni, la Slovacchia 3,2, la Romania 2,8, la Lettonia 2,6 e la Polonia 2,5).

La Figura 1 evidenzia in modo esplicito come gli esiti della pandemia abbiano aumentato le disuguaglianze tra i paesi Ue, continuando a ridurre i livelli di sopravvivenza soprattutto nei paesi dell'Europa dell'Est anche nel 2021. Si tratta di paesi che dall'entrata nell'Unione Europea avevano conseguito continui progressi in longevità, riducendo nel tempo il persistente *gap* rispetto alla media europea. Nel 2021, invece, il loro divario rispetto alla media Ue si è accentuato: per la Bulgaria, ad esempio, la vita media attesa è più bassa di 8,7 anni (il *gap* era già elevato nel 2019, -6,2), per la Romania di 7,3 anni (era -5,7), per la Lettonia di 7 anni (era -5,6) e per Ungheria e Lituania il divario rispetto all'Europa è rispettivamente di 5,8 e 5,9 anni (era poco meno di 5 in entrambi i casi nel 2019).

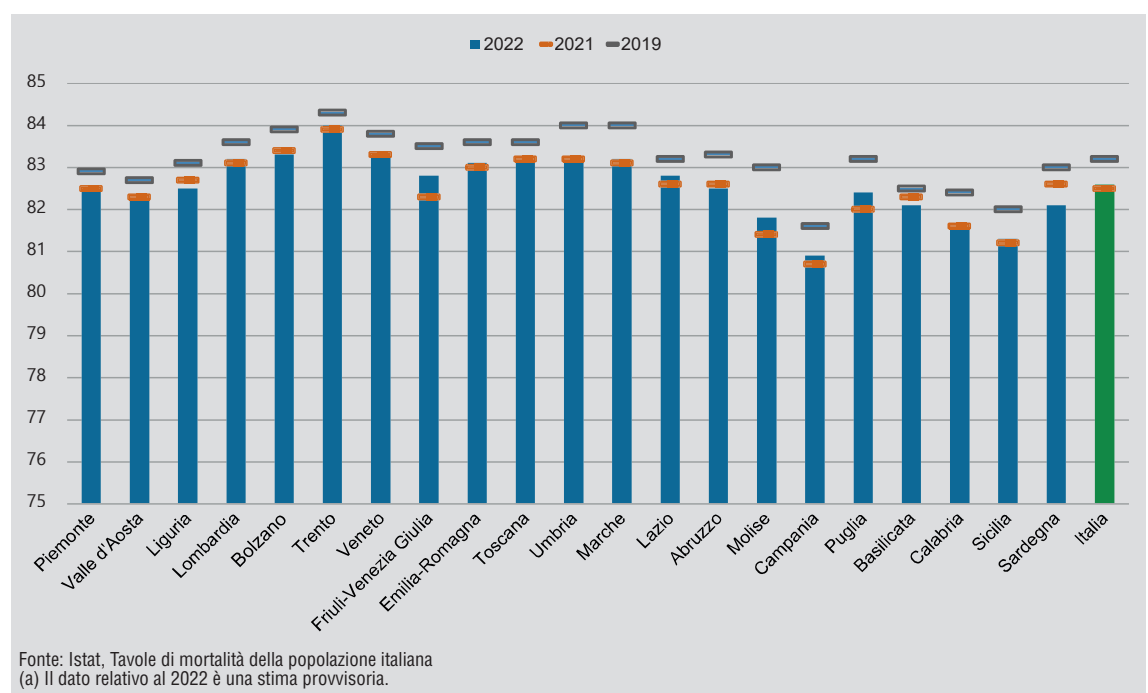
Figura 1. Speranza di vita alla nascita nei paesi dell'Ue27. Anni 2019-2021. In anni



Ritornando al contesto nazionale, sulla base delle ultime stime provvisorie dell'Istat del 2022, si rileva innanzitutto che in nessuna regione si ripristinano i livelli di vita media attesa del 2019, sebbene in diverse di queste si siano recuperati buona parte degli anni di vita persi durante i due anni di pandemia. Nel 2022, inoltre, a fronte della relativa stabilità del dato nazionale rispetto all'anno precedente, sul territorio emergono alcune lievi variazioni della stima della speranza di vita. Il Nord-ovest, con una stima di 82,9 anni resta stabile (+0,1 anni per gli uomini e -0,1 per le donne), il Nord-est (83,2) e il Centro (83,0) recuperano solo 0,1 anni rispetto al 2021, entrambi più tra gli uomini. Il Mezzogiorno invece mostra un recupero di 0,2 anni (+0,3 per le donne), attestandosi su una stima di 81,7 anni. Le regioni del Nord con maggiori variazioni sono il Friuli Venezia Giulia, che nel 2022 incrementa rispetto all'anno precedente di +0,4 anni, sia per gli uomini che per le donne, dopo aver subito flessioni sia nel 2020 che nel 2021 e con un deficit ancora da recuperare rispetto al 2019 di 1 anno per gli uomini e 0,5 per le donne. Nel Mezzogiorno, si riscontra una condizione simile per la Puglia, che pur recuperando 0,4 anni nel 2022 per entrambi i generi, evidenzia ancora perdite rispetto al 2019 accumulate nei due anni di pandemia (-0,9 anni per gli uomini e -0,6 per le donne). Inoltre in questa macroarea si evidenzia un netto peggioramento della vita media attesa in Sardegna, che interessa soprattutto le donne.

Complessivamente queste variazioni di fatto modificano molto poco la geografia della vita media attesa, consolidando le ben note disuguaglianze territoriali che vedono la Campania con la più bassa speranza di vita alla nascita (80,9 anni), quasi 3 anni in meno rispetto a Trento dove si registra un valore di 84 anni (Figura 2).

Figura 2. Speranza di vita alla nascita per regione. Anni 2019, 2021 e 2022 (a). In anni

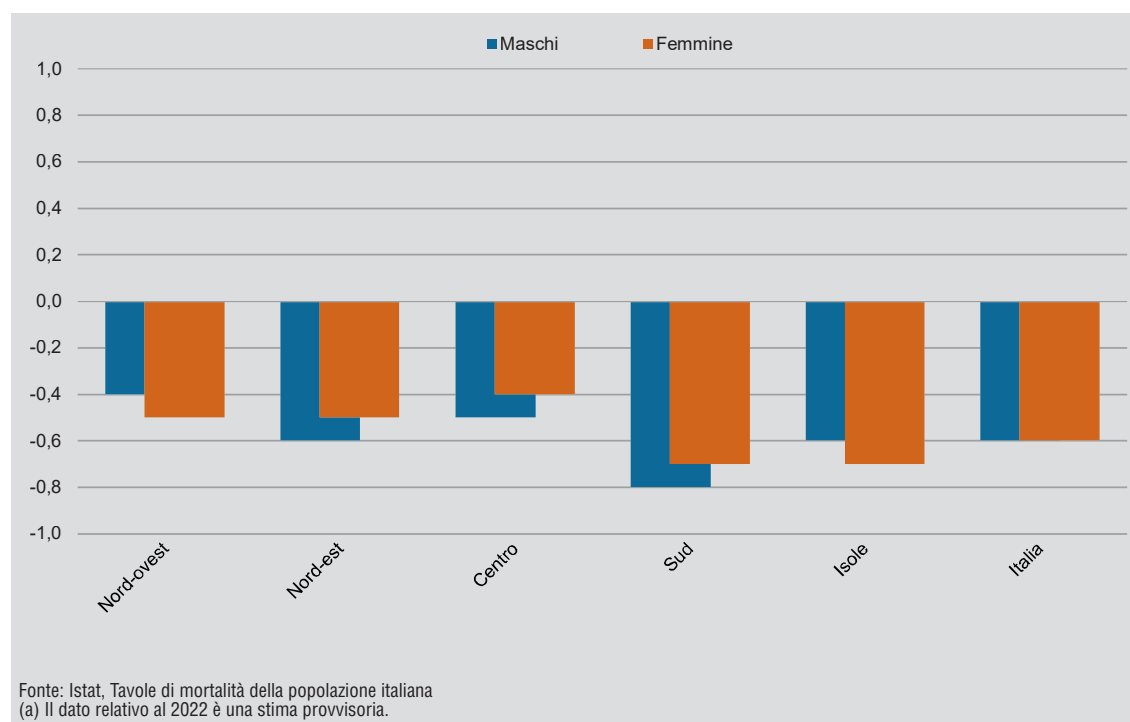


Nel 2022 si riduce il *gap* di genere nella speranza di vita alla nascita e si attesta come nel 2019 al livello più basso mai registrato

Riguardo alla dinamica di genere, pur considerando il fatto che l'eccesso di mortalità nei due anni di pandemia ha riguardato più gli uomini che le donne, la perdita complessiva di anni di vita attesa rispetto al 2019 si stima pari a 0,6 anni per entrambi i generi. Nel 2022, il *gap* di genere della speranza di vita alla nascita ritorna al minimo di 4,3 anni, osservato la prima volta nel 2019, dopo i lievi aumenti registrati nel 2020 (4,7 anni) e nel 2021 (4,5).

Sul territorio gli effetti dei due anni di pandemia si differenziano rispetto al genere. Nel confronto con il 2019, al Sud gli uomini subiscono perdite maggiori rispetto a quelle delle donne (-0,8 anni, vs -0,7 delle donne), nel Nord-est (-0,6 vs -0,5 delle donne) e al Centro (-0,5 vs -0,4), mentre per le donne sono maggiori nelle Isole (-0,7 vs -0,6 degli uomini) e nel Nord-ovest (-0,5 vs -0,4) (Figura 3). Gli uomini del Sud, già fortemente penalizzati nel 2019 per la più bassa speranza di vita alla nascita del paese (80,4 anni vs 81,7 anni del Nord-Est), nonostante il lieve miglioramento rispetto al 2021, devono ancora recuperare in media quasi 10 mesi di vita media attesa rispetto al 2019 (in Molise sono oltre 13 mesi), con un conseguente ampliamento del persistente divario territoriale già osservato prima della pandemia. Nel Nord, ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia, già nel 2021 quasi tutte le regioni erano riuscite a recuperare parte rilevante del calo del 2020, in particolare per gli uomini residenti in Lombardia che in un solo anno (2020) avevano perso ben 2,5 anni, ossia i guadagni conquistati in oltre 10 anni, nel 2021 ne avevano riacquistati 1,9, e nel 2022 altri 0,2 anni. Le donne residenti in Lombardia, invece, nel 2022 non vedono ulteriori miglioramenti. Situazioni di ulteriore mancato recupero nell'ultimo anno per le donne si registrano anche nelle altre regioni del Nord-ovest, in Veneto e nella P.A di Tren-

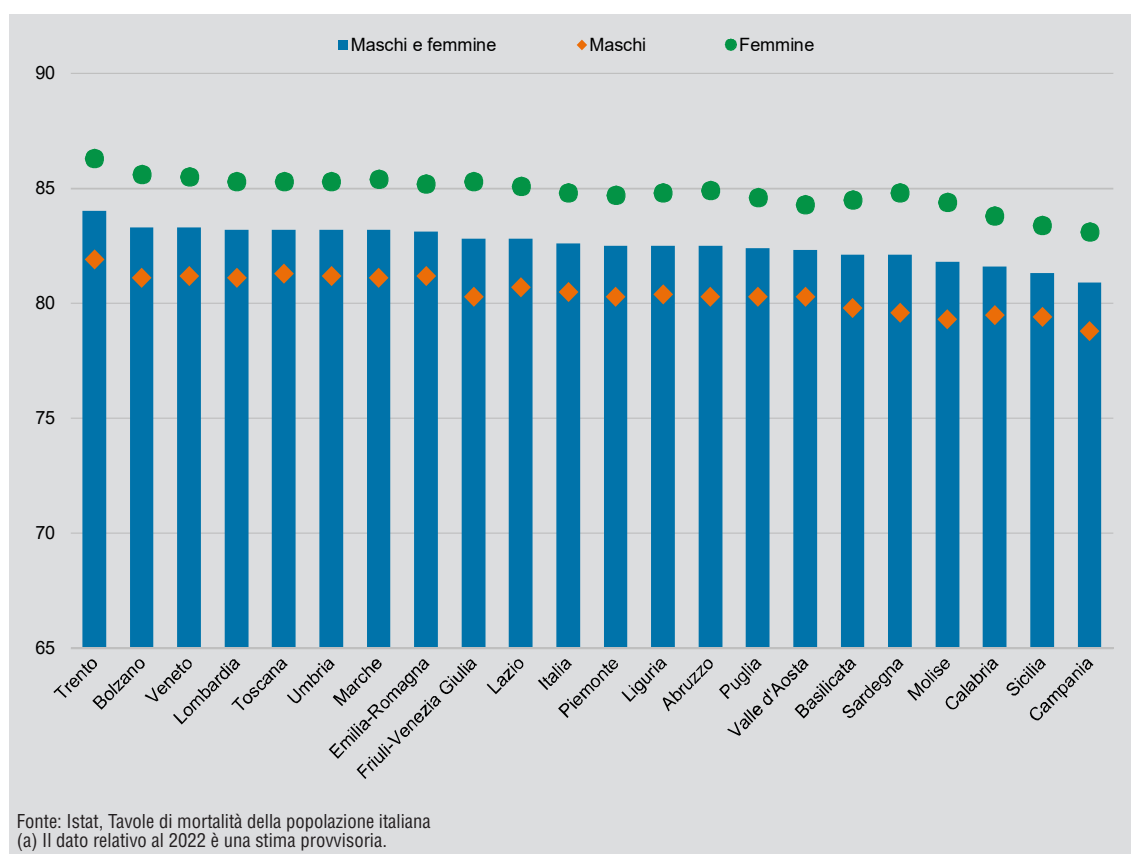
Figura 3. Speranza di vita alla nascita per ripartizione territoriale e genere. Differenze 2022-2019 (a). In anni



to per il Nord-est, in Umbria per il Centro, e per le Isole soprattutto in Sardegna dove le donne in un solo anno perdono oltre 8 mesi di vita media attesa. Il bilancio complessivo per le donne rispetto al 2019 vede, quindi, ancora diverse regioni con marcate riduzioni della speranza di vita alla nascita: la Valle d'Aosta e il Molise (entrambe -1,3 anni), la Sardegna (-1 anno), Umbria e Calabria (-0,9 anni), Marche e Campania (-0,7 anni), mentre le altre regioni mostrano flessioni simili o inferiori alla media Italia (-0,6).

Sia per gli uomini che per le donne la graduatoria delle regioni nel 2022 mostra come la più elevata speranza di vita alla nascita si rilevi per la Provincia autonoma di Trento (rispettivamente 81,9 anni e 86,3), cui segue quella di Bolzano (81,1 e 85,6 anni), poi Veneto, Lombardia e Toscana e le altre regioni del Centro e Emilia-Romagna. In fondo alla graduatoria la Campania (78,8 e 83,1 anni), e le altre regioni del Sud: Sicilia, Molise, Calabria, Puglia. Le uniche regioni del Nord al di sotto della media nazionale sono la Valle d'Aosta, che nel 2020 era al pari della Campania ultima tra le regioni, il Piemonte e la Liguria (entrambi con 82,5 anni) (Figura 4).

Figura 4. Speranza di vita alla nascita per regione e genere. Anno 2022 (a). In anni



Nel 2022 la speranza di vita in buona salute si attesta a 60,1 anni

Per l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita prosegue nel 2022 la tendenziale riduzione rispetto al picco eccezionale osservato nel 2020, primo anno di pandemia, dovuta essenzialmente alla dinamica della componente dell'indicatore che considera la buona salute percepita, a fronte della componente demografica che rimane piuttosto invariata.

Nel primo anno della pandemia, come rappresentato nei precedenti rapporti⁵, si era registrata infatti un'impennata della prevalenza della buona salute, riconducibile alla forte sensibilità dell'indicatore OMS della "salute percepita" nei contesti di emergenza sanitaria, come quello pandemico, questo fenomeno si è osservato anche in altri paesi.

Nel 2022 si evidenzia un ulteriore lieve ridimensionamento delle prevalenze di buona salute percepita (dal 71,1% al 70,2%), che man mano potrebbero convergere verso i livelli osservati nel periodo pre-pandemico. La riduzione delle quote di persone in buona salute ha interessato le donne anziane e soprattutto gli uomini over74enni.

Nel 2022, la speranza di vita in buona salute si stima pari a 60,1 anni, mentre nel 2021 ammontava a 60,5 anni e nel 2020 a 61,0, a fronte di 58,6 nel 2019. L'indicatore manifestava una certa stabilità prima della pandemia, oscillando in un *range* massimo compreso tra 58,2 e 58,8 anni tra il 2012 e il 2019. Gli ultimi 3 anni rappresentano, senz'altro, un periodo di turbolenze eccezionali, che richiedono cautela per dare un'adeguata interpretazione a tali repentini cambiamenti, a cui potrebbero seguire ulteriori periodi di assestamento.

A livello territoriale si conferma nel 2022 lo svantaggio del Sud. Le regioni del Nord, ad eccezione della Liguria (59,1 anni) e in misura minore dell'Emilia Romagna (59,9 anni), mostrano valori della vita media attesa in buona salute tutti al di sopra della media nazionale, così come si rileva nel Centro, ad eccezione delle Marche (60,2) che ha un valore in linea con la media dell'Italia. Nelle regioni del Sud si registrano tutti valori inferiori alla media nazionale, con la Calabria che, pur migliorando rispetto al 2019, continua a posizionarsi ai più bassi livelli (53,1 anni, ben 16 anni in meno rispetto al livello più alto raggiunto dalla Provincia autonoma di Bolzano).

I differenziali territoriali tra Nord e Mezzogiorno però tendono a ridursi rispetto al 2019: erano di circa 4 anni e diventano di 2,5 anni perché l'aumento dell'indicatore di speranza di vita in buona salute è più marcato nel Mezzogiorno (+2,0) e al Centro (+2,6 anni), rispetto al Nord (+0,6 anni).

Stabili le differenze di genere nella speranza di vita in buona salute

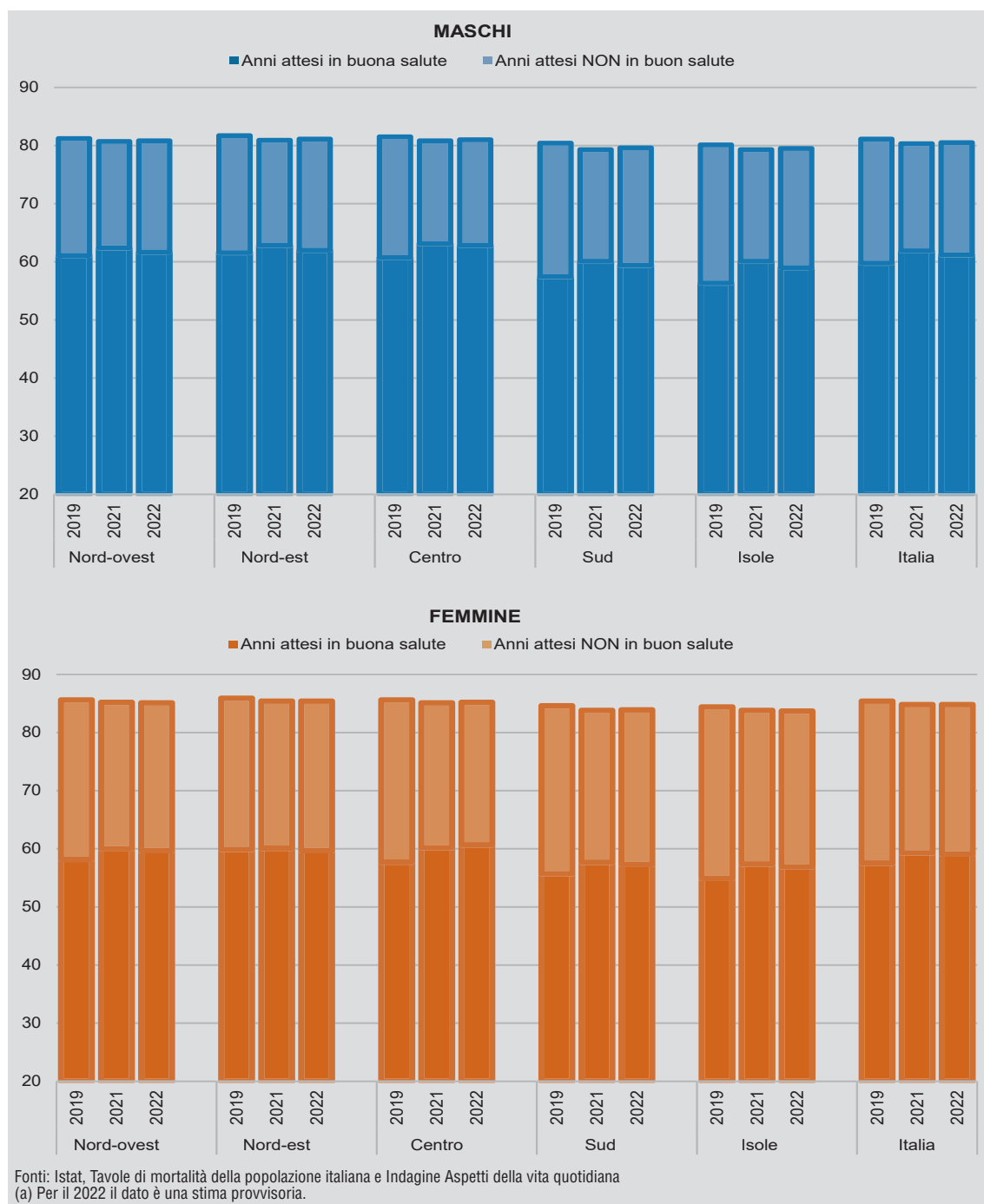
La speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2022 si stima pari a 61,2 anni per gli uomini e 59,1 per le donne, con un aumento rispetto al 2019 di 1,4 anni di vita in buona salute per i primi e 1,5 per le seconde. Al netto quindi degli anni di vita persi (-0,6 anni per entrambi i generi) rispetto al 2019, il bilancio sembrerebbe positivo, dal momento che per gli uomini il tempo da vivere in buona salute incrementerebbe di circa 10 mesi e per le donne di quasi 11.

Rispetto al 2019, per entrambi i generi, diminuisce di circa 2 anni il periodo che resta da vivere in assenza di una buona salute. Confrontando le diverse ripartizioni territoriali, la Figura 5 evidenzia i maggiori guadagni in termini di anni di vita media attesa in buona salute sia per gli uomini che per le donne residenti nel Centro e nel Mezzogiorno, a scapito di quelli che restano da vivere non potendo godere dei benefici della buona salute. Nel Centro, ad esempio, le donne guadagnano rispetto al 2019 ben 3 anni in buona salute e gli uomini 2,1, cosicché per questi ultimi ben il 77,5% degli anni della vita media attesa saranno vissuti in buona salute (la quota maggiore stimata nel 2022) (Figura 5).

⁵ Istat, Rapporto Bes 2021. <https://www.istat.it/it/archivio/269316>.

Non si rilevano, invece, ulteriori progressi della longevità in buona salute per le donne del Nord-est e restano molto contenuti per gli uomini residenti di quest'area perché si osserva solo la riduzione degli anni da vivere non in buona salute. Tra le regioni del Nord-est emerge il dato della Provincia autonoma di Bolzano con il valore più elevato di anni da vivere in buona salute sia per gli uomini (69,3 anni su 81,1 complessivi da vivere) sia per le donne (con 69,4 su 85,6 anni). Al contrario permane per la Calabria il valore più basso della vita media da vivere in buona salute con 53,2 anni per gli uomini (su 79,5 anni) e 53,0 per le donne (su 83,8 anni).

Figura 5. Speranza di vita alla nascita e speranza di vita in buona salute alla nascita per ripartizione geografica e sesso. Anni 2019, 2021 e 2022 (a). In anni



Si amplia rispetto al 2019 il divario territoriale della speranza di vita senza limitazioni a 65 anni

Nel 2022 la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si stima pari a 10 anni, ovvero sono 10 gli anni che una persona di 65 anni può contare ancora di vivere in piena autonomia dei complessivi 20,4 anni di vita attesa. Per le donne a 65 anni sono 9,9 anni sui complessivi 21,9, per gli uomini, invece, sono 10,2 anni su un totale ancora da vivere a 65 anni di 18,9 anni.

Le variazioni di questo indicatore negli anni della pandemia sono state più contenute, rispetto agli altri indicatori della speranza di vita. Le dinamiche di mortalità, che hanno caratterizzato questi ultimi anni e che hanno colpito in modo differenziato le diverse aree del Paese, per questo indicatore hanno complessivamente determinato solo un lieve aumento del divario geografico tra Nord e Sud, che si evidenziava già prima della pandemia. Infatti, a fronte di un lieve aumento della speranza di vita senza limitazioni a 65 anni nel Nord tra il 2019 e il 2022, la stima si riduce invece nel Mezzogiorno: nel Nord aumenta di 0,3 anni passando da 10,7 a 11,0 anni e nel Mezzogiorno da 8,7 anni scende a 8,3 anni (in Sicilia e in Campania si registrano i valori più bassi, rispettivamente 7,4 anni e 7,5 nel 2022, ed erano 7,8 e 8,8 nel 2019).

Il divario territoriale tra Nord e Mezzogiorno nel 2022 aumenta quindi a 3 anni per le donne e a 2,5 per gli uomini. La dinamica demografica di invecchiamento che in prospettiva colpirà ancora più marcatamente il Mezzogiorno, ripartizione già oggi penalizzata per le peggiori condizioni di salute, comporterà un ulteriore ampliamento dei divari territoriali se non si attiveranno idonei interventi di contrasto. Le criticità che hanno caratterizzato questi ultimi anni e i possibili effetti di lungo periodo della pandemia, diretti e indiretti, lasciano infatti presupporre scenari di ulteriore incertezza rispetto alle condizioni di salute degli individui più fragili e una domanda crescente di salute e di benessere psico-fisico che proviene dalla collettività.

Migliora il benessere psicologico ma permangono criticità tra i più giovani

I due anni di pandemia, con le restrizioni alla mobilità e la persistenza nel tempo di limitazioni alla vita sociale e relazionale, hanno determinato un impatto sulla componente psicologica ed emotiva della salute, che è risultato evidente soprattutto tra i più giovani⁶.

L'analisi dell'indice di salute mentale (MH)⁷, pur con i limiti di una misurazione sintetica, fornisce uno strumento utile per monitorare l'evoluzione della salute mentale, indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come componente essenziale della salute.

Nel 2022 l'indice MH standardizzato per età assume in Italia il valore di 69,0, e risulta nel complesso in leggero miglioramento rispetto al 2021, nonché rispetto al 2019 (era pari a 68,4 in entrambi gli anni)⁸.

Per monitorare le disuguaglianze e individuare i gruppi di popolazione più fragili è opportuno considerare l'indice per sottogruppi di popolazione e territorio.

6 Istat, Rapporto Bes 2021. <https://www.istat.it/it/archivio/269316>.

7 Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale, tra gli indicatori Bes viene considerato l'indice di salute mentale (MH) dell'SF-36, basato sull'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo a 5 specifiche domande. L'indice fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e comprende stati correlati all'ansia e alla depressione (Keller, S.D., J.E. Ware, P.M. Bentler et al. 1998. Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol.* 51: 1179-88).

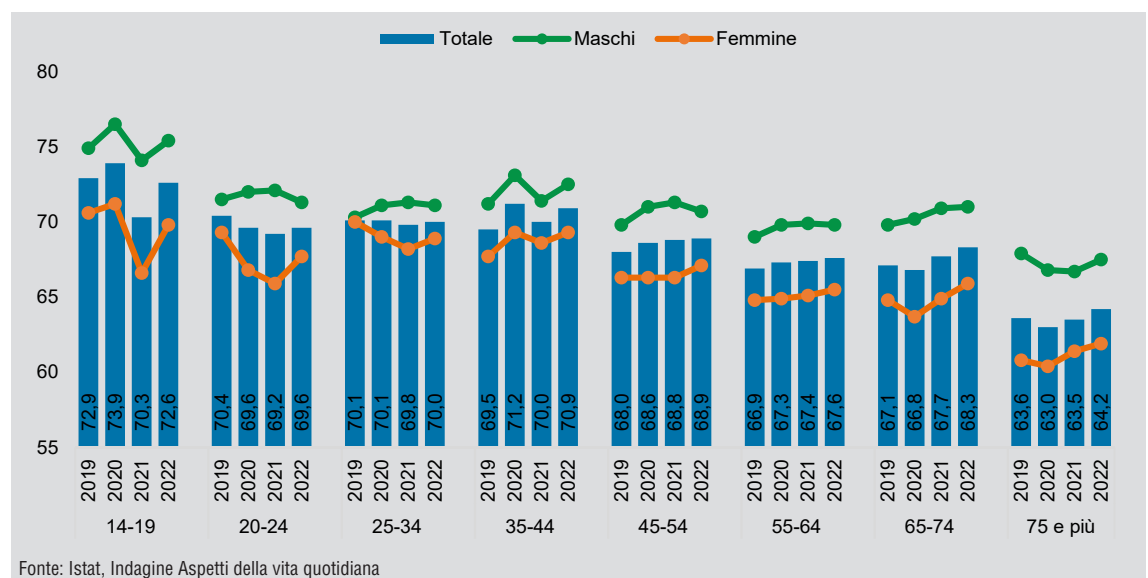
8 All'aumentare del punteggio, che assume valori tra 0 e 100, migliora la valutazione delle condizioni di salute mentale.

L'indice di salute mentale decresce con l'età, a indicare peggiori condizioni tra i più anziani. Inoltre, le donne mostrano livelli sempre più bassi (67,0 nel 2022, rispetto a 71,0 tra gli uomini), con una differenza di genere che tende a ridimensionarsi rispetto al 2021 (quando era di quasi 5 punti). In particolare, le donne anziane, anche a causa della loro maggiore longevità, mostrano i livelli più bassi dell'indice (MH pari a 61,9 nel 2022).

Tuttavia, il fatto più rilevante, documentato da numerosi studi ed evidenziato anche da OMS e OCSE, è stato il forte contraccolpo subito dai più giovani in termini di benessere psicologico negli ultimi due anni, dato confermato anche dall'indice MH. Nel 2022 i ragazzi nelle fasce di età tra 20 e 34 anni mostrano un livello di benessere mentale inferiore rispetto alle persone di 35-44 anni. Si tratta della fascia di età in cui prendono forma i progetti per il futuro, e proprio per questo l'impatto delle incertezze di questi anni è stato verosimilmente più forte.

Il marcato peggioramento del benessere psicologico osservato tra i giovani di 14-19 anni nel 2021 si riassorbe solo in parte nel 2022: l'indice MH supera il valore del 2019 per i ragazzi, tra i quali il punteggio raggiunge il valore di 75,4 (+0,5 punti rispetto al 2019), mentre si mantiene su valori più bassi rispetto al periodo pre-COVID per le ragazze, tra le quali si attesta a 69,8 (-0,8 rispetto al 2019). Si osserva una situazione particolarmente critica anche tra le giovani donne di 20-24 anni, che avevano visto peggiorare la propria salute mentale nei due anni di COVID-19 con un calo di oltre 3 punti dell'indice, solo leggermente recuperato nel 2022: l'indice risale ma è ancora di quasi 2 punti più basso rispetto al 2019, e il *gap* con i coetanei, che aveva raggiunto la massima ampiezza nel 2021 (-6,2 punti) si ridimensiona ma rimane superiore a quello osservato nel 2019 (Figura 6).

Figura 6. Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per sesso e classi di età. Anni 2019-2022. Punteggi medi



In tutte le macroaree il valore dell'indice standardizzato di salute mentale del 2022 è complessivamente su livelli almeno pari o superiori alla situazione osservata nel 2019, ma questo risultato è frutto di diversi andamenti nei quattro anni considerati. Il Nord-ovest, dove si era osservata una maggiore flessione dell'indice di benessere mentale nei due anni di pandemia, che l'aveva portato a diventare il territorio con i più bassi livelli dell'indice MH

nel 2021 insieme al Centro, recupera tornando ai livelli del 2019 (69,0). Il miglioramento osservato nel 2022 nel Centro e nelle Isole porta questi territori ai livelli più alti di benessere psicologico, insieme al Nord-est. Il Sud, infine, è l'unica area geografica in cui l'indice non mostra miglioramenti nel 2022 e, sebbene il livello sia comunque superiore a quello del 2019, questo territorio resta, rispetto alle altre aree, quello con le peggiori condizioni di benessere psicologico.

Osservando come si combinano genere, età e territorio, la Figura 7 mostra i gruppi di popolazione che nel 2022 si trovano ancora con livelli di salute mentale peggiori rispetto al periodo pre-*COVID*. Si tratta ancora una volta dei più giovani, e in particolare delle giovani donne di 20-24 anni che vivono nelle regioni del Centro, dei coetanei uomini del Nord e delle ragazze tra 14 e 24 anni residenti nel Mezzogiorno (Figura 7).

Figura 7. Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per ripartizione geografica, sesso e classe di età. Anni 2019 e 2022. Punteggi medi standardizzati



Circa la metà degli anziani con almeno 75 anni è in cattive condizioni di salute, con una quota maggiore di donne

L'aumento della speranza di vita della popolazione, insieme alla diminuzione della natalità negli ultimi decenni hanno caratterizzato fortemente il nostro Paese, con un notevole impatto sulla struttura per età della popolazione. Al 1° gennaio 2022 i residenti in Italia che avevano compiuto i 75 anni di età erano circa 7 milioni 150 mila (pari al 12,1% del totale della popolazione), in notevole aumento rispetto ai 5 milioni 950 mila registrati nel 2010 (il 10% sul totale della popolazione in quell'anno), in controtendenza, invece, la popolazione in età compresa

tra 0 e 14 anni che si è contratta nel 2022 attestandosi a 7 milioni 490 mila (il 12,7% della popolazione) rispetto ai circa 8 milioni 415 mila del 2010 (il 14,1% della popolazione).

Negli anni precedenti la pandemia si è osservato un progressivo miglioramento delle condizioni generali di vita della popolazione che ha portato il nostro Paese al primo posto nel panorama internazionale. Tale situazione positiva è stata, tuttavia, messa decisamente in crisi dal diffondersi della pandemia da *SARS-CoV-2* che ha dominato la scena internazionale a partire da marzo 2020, con un forte impatto sulle condizioni di salute soprattutto della popolazione anziana più fragile. Ciò ha determinato, come è noto, livelli elevati di mortalità tra gli anziani, specialmente all'inizio della diffusione del virus che, successivamente, si sono ridotti anche grazie alla diffusione delle campagne vaccinali.

L'analisi della condizione di multicronicità e limitazioni gravi mette in evidenza come nel 2022 sia pari al 49% la quota di popolazione di 75 anni e più che soffre di tre o più patologie croniche o che ha gravi limitazioni nel compiere le attività che le persone abitualmente svolgono (Figura 8). La quota di anziani in condizione di salute più fragile è più elevata tra le donne (54,7% rispetto al 40,9% degli uomini) e aumenta progressivamente al crescere dell'età, raggiungendo il 60,9% tra le persone di 85 anni e più (rispetto al 39,2% delle persone di 75-79 anni).

Si osserva, inoltre, un marcato gradiente territoriale Centro-nord/Mezzogiorno, con valori pari al 44,4% tra i residenti nel Nord e al 47,8% tra chi vive nel Centro, rispetto al 56,8% di chi vive nel Mezzogiorno.

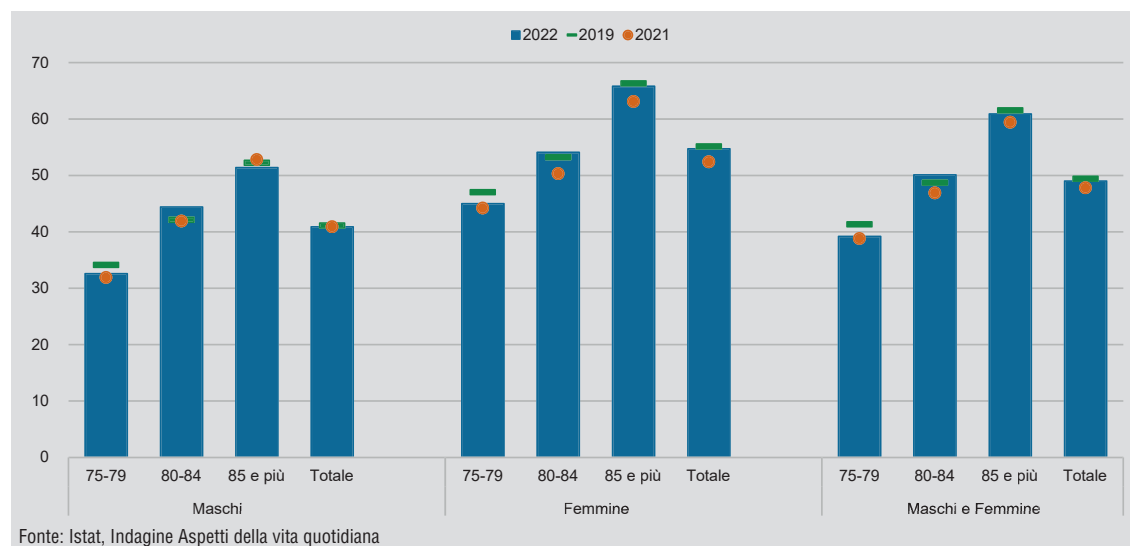
La quota di anziani over 74 in cattive condizioni di salute è minore tra le persone con almeno il diploma (34,2% tra gli uomini e 46,1% tra le donne), mentre aumenta tra chi possiede al massimo la licenza elementare (44,6% tra gli uomini e 57,5% tra le donne).

A partire dal 2014 si è osservata una riduzione nella proporzione di anziani (75 anni e oltre) con gravi limitazioni nelle attività o in condizioni di multicronicità (erano circa il 54% nel 2013) con una riduzione maggiore tra le donne (-6,1 punti percentuali) che tra gli uomini (-2 punti percentuali). Tra il 2019 e il 2022 si osserva, tuttavia, una stabilità nei valori registrati che risultano pressoché sovrapponibili per entrambi i sessi.

Tra le patologie croniche che più caratterizzano questa fascia di età si confermano anche nel 2022 l'ipertensione e i problemi osteoarticolari (artrosi/artrite) che, da soli o in concomitanza con altre patologie croniche rilevate, riguardano 1 anziano su 2. Seguono l'osteoporosi (30,8%), il diabete (21,6%) e alcune patologie a carico del sistema nervoso (15%). All'interno di quest'ultima categoria⁹ l'Alzheimer e la demenza senile riguardano quasi 1 anziano su 10 (8,3%), mentre il parkinsonismo una percentuale più bassa pari al 2,3%.

9 A partire dal 2021 oltre alle 15 patologie croniche rilevate dal 1993 all'interno dell'indagine "Aspetti della vita quotidiana" (diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore - incluso linfoma o leucemia - , ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi, disturbi nervosi.), sono state inserite anche ictus, parkinsonismo e Alzheimer/demenza senile. Queste ultime 2 patologie a partire dal 2021 vengono considerate all'interno della categoria "disturbi nervosi" e concorrono alla creazione dell'indicatore di multicronicità e/o limitazioni gravi, mentre fino al 2020 non erano comprese in questa categoria.

Figura 8. Persone di 75 anni e più che presentano tre o più patologie croniche e/o limitazioni gravi che durano da almeno sei mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono per sesso e classe di età. Anni 2019, 2021 e 2022. Valori percentuali



Si riduce nel tempo la mortalità evitabile, specialmente tra gli uomini

La mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) si riferisce ai decessi delle persone che potrebbero essere significativamente ridotti grazie alla diffusione di stili di vita più salutari e alla riduzione di fattori di rischio ambientali nonché grazie ad un'assistenza sanitaria adeguata e accessibile¹⁰.

Nel 2020, il tasso standardizzato di mortalità evitabile riferito alle persone fino a 74 anni è risultato per l'Italia pari a 16,6 per 10 mila residenti, mantenendo il nostro Paese in una posizione vantaggiosa all'interno della graduatoria europea. Nel 2017¹¹, infatti, nella media europea tali tipologie di cause hanno riguardato i decessi di circa 1 milione di persone (pari ad un tasso di 25,5 per 10 mila abitanti).

Nel 2020, le ripercussioni sulla mortalità complessiva della pandemia da *COVID-19* sono state rilevanti, con un incremento del numero totale di decessi di oltre 108 mila casi rispetto alla media del quinquennio 2015-2019. L'incremento generale ha avuto ripercussioni su diverse cause di morte, molte delle quali appartengono al gruppo delle cause evitabili. È per questo motivo che nel 2020, per la prima volta dopo un lungo periodo di riduzione, si rileva un incremento, seppure lieve, del tasso di mortalità evitabile (nel 2019 era pari a 16,5 per 10 mila residenti).

Analizzando le due componenti della mortalità evitabile è possibile investigare meglio l'effetto riscontrato. Se si considera la componente relativa alla mortalità prevenibile, nel 2020

¹⁰ La mortalità evitabile è costituita da due componenti, la mortalità prevenibile e quella trattabile. In particolare, si intende per mortalità prevenibile quella che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica. Con mortalità trattabile ci si riferisce a quei decessi che potrebbero essere contenuti grazie ad un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria e di trattamenti sanitari adeguati. La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili è basata sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019. In tale definizione l'età fino alla quale un decesso viene considerato evitabile è fissata a 74 anni per riflettere l'attuale aspettativa di vita. L'elenco di malattie/condizioni e il limite di età riflettono le attuali aspettative di salute, la tecnologia e le conoscenze mediche e gli sviluppi nella politica sanitaria pubblica e, pertanto, potrebbero essere soggetti a modifiche in futuro.

¹¹ L'ultimo dato disponibile riferito alla media Ue è relativo al 2017. Per il 2019 sono disponibili i dati provvisori relativi ad alcuni Paesi, ma non è disponibile il valore complessivo a livello europeo.

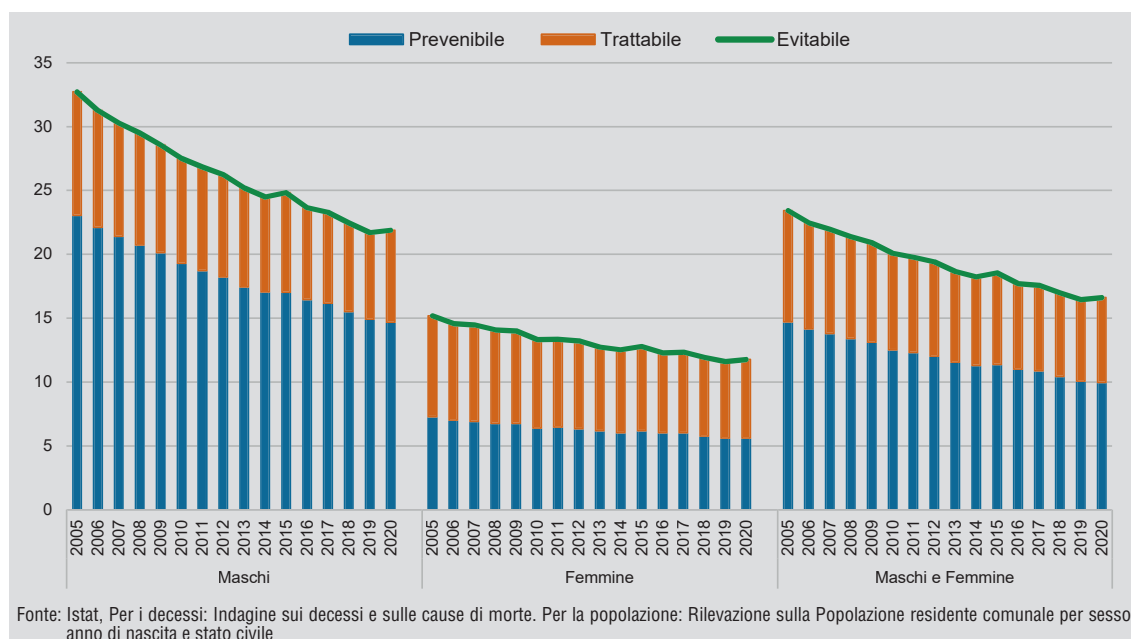
il tasso di mortalità è pari a 10 per 10 mila abitanti, mentre, se si prende in considerazione la mortalità trattabile, il tasso è 6,6 per 10 mila abitanti. Rispetto al 2019, pertanto, si è osservata una lieve riduzione della mortalità prevenibile (era pari a 10,1 per 10 mila abitanti) e, viceversa, un lieve aumento per quella trattabile (era pari a 6,4 per 10 mila abitanti nel 2019) (Figura 9).

Anche nel 2020, le differenze di genere si confermano marcate, con valori più elevati di mortalità evitabile tra gli uomini (21,9 per 10 mila abitanti contro 11,8 delle donne). In particolare, lo svantaggio maschile è soprattutto spiegato dalla componente “prevenibile”, ossia quella maggiormente legata agli stili di vita (ad esempio, abuso di alcol, maggiore propensione a fumare, non adeguata alimentazione) e ai comportamenti più a rischio (eventi accidentali, attività lavorativa, ecc.). Per la mortalità prevenibile il valore degli uomini è, infatti, pari a 14,7 per 10 mila abitanti, mentre per le donne è pari a 5,6; mentre per la mortalità trattabile il tasso per gli uomini è 7,2 per 10 mila abitanti, quello delle donne è pari a 6,1. Tra il 2019 e il 2020, il lieve aumento registrato per la mortalità trattabile ha riguardato unicamente gli uomini (da 6,8 per 10 mila abitanti a 7,2) rimanendo, invece, pressoché stabile per le donne.

Nel lungo periodo, a partire dal 2005, si è osservata una forte riduzione della mortalità evitabile (il tasso standardizzato era pari a 23,4 per 10 mila abitanti nel 2005), con una riduzione minore tra le donne (da 15,2 per 10 mila abitanti nel 2005 a 11,8 nel 2020) che tra gli uomini (da 32,7 a 21,9).

Nel tempo la componente che si è maggiormente ridotta è quella relativa alla mortalità prevenibile che, a partire dal 2005, è diminuita di più di 1 volta e mezzo (era infatti pari a 14,7 per 10 mila abitanti nel 2005). Ciò è dovuto alla diminuzione della mortalità per alcune delle cause principali: continuano a calare, ad esempio, i decessi per tumore al polmone (sotto i 75 anni passano da 18.332 nel 2005 a 15.612 nel 2020) mentre le cardiopatie ischemiche, che si erano notevolmente ridotte negli anni precedenti, subiscono un leggero incremento (+483 decessi).

Figura 9. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per sesso. Anni 2005-2020. Per 10.000 residenti

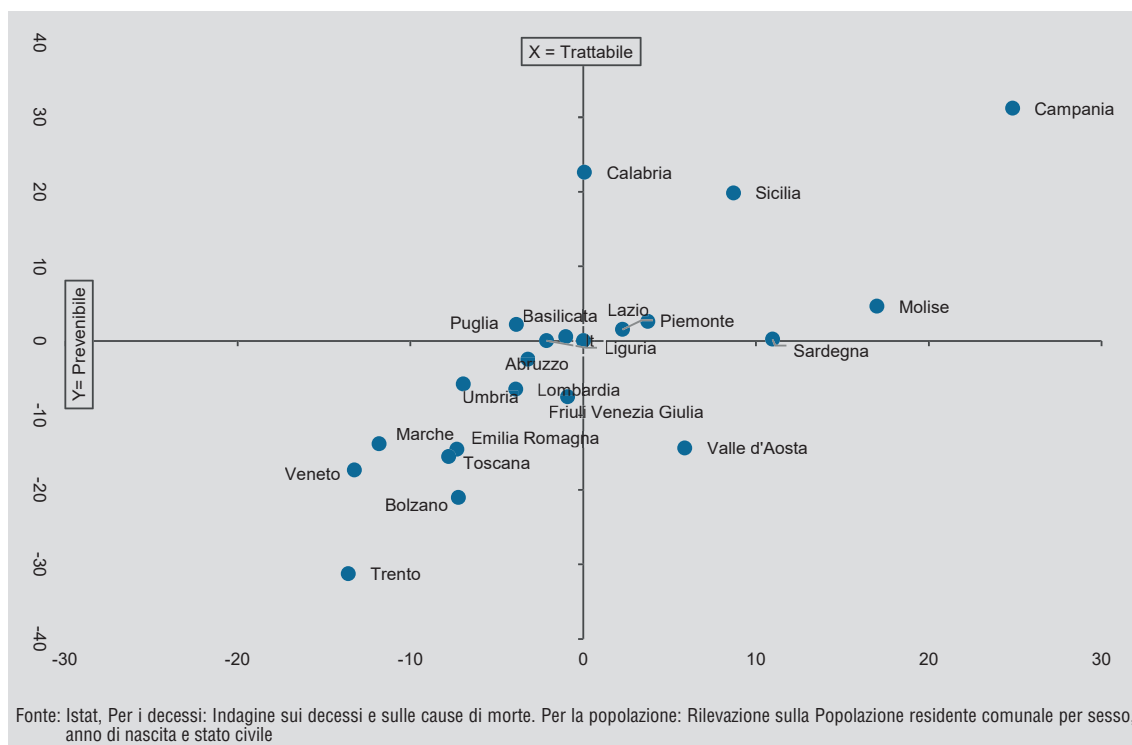


C'è da osservare che nel tempo i valori della mortalità prevenibile relativi agli uomini si sono sempre mantenuti pari ad almeno il doppio di quelli relativi alla mortalità trattabile, anche se la distanza nei valori registrati per le due componenti della mortalità evitabile risulta via via in diminuzione. Viceversa, per quanto riguarda le donne, i valori della mortalità trattabile risultano sempre superiori a quelli della mortalità prevenibile con un rapporto tra le due mortalità costante nel tempo.

Sul territorio si osservano diversi profili regionali rispetto alle due componenti della mortalità evitabile (prevenibile e trattabile). In taluni casi si osservano regioni che presentano solo una delle due componenti più elevata rispetto alla media nazionale, in altri casi, invece, si osserva una situazione critica per entrambe le componenti. Altri casi, più virtuosi, presentano valori di mortalità evitabile per entrambe le componenti che si attestano ad un livello più basso della media nazionale.

Le situazioni più critiche si osservano in Campania, seguita da Sicilia e Molise e, in misura minore, da Lazio e Piemonte, dove i tassi di mortalità sia prevenibile sia trattabile sono più elevati della media (Figura 10).

Figura 10. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per regione. Anno 2020. Variazioni percentuali rispetto alla media nazionale



Sardegna e Valle d'Aosta presentano tassi di mortalità prevenibile al di sopra della media nazionale e tassi di mortalità trattabile all'incirca al livello del valore medio osservato, mentre al contrario Puglia e specialmente Calabria si caratterizzano per tassi di mortalità trattabile al di sopra della media nazionale e tassi di mortalità prevenibile al livello medio o lievemente al di sotto del valore medio nazionale.

Un quadro migliore si osserva nella provincia autonoma di Trento seguita dalla provincia autonoma di Bolzano e da Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Marche, Umbria, Lombardia, Abruzzo e Friuli-Venezia Giulia in cui, per entrambe le componenti di mortalità evitabile,

bile, i valori si attestano al di sotto della media generale. La Liguria e la Basilicata, infine, presentano valori pressoché sovrapponibili al valore medio nazionale.

Si riduce la mortalità infantile e quella per tumori maligni tra gli adulti, mentre aumenta la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso

Il tasso di mortalità infantile nel 2020 è stato pari a 2,5 per 1.000 nati vivi e risulta stabile rispetto a quanto registrato nel 2019. Per i bambini i valori di mortalità infantile sono più elevati che per le bambine (2,7 per 1.000 nati vivi maschi, 2,3 se femmine).

Tra il 2019 e il 2020, benché il dato medio nazionale evidenzia una stabilità del fenomeno, si osservano delle differenze sul territorio, con una diminuzione del tasso che ha riguardato principalmente le regioni del Nord-est (dove si passa da 2,5 a 1,9 per 1.000 nati vivi) e in misura più contenuta del Nord-ovest e delle Isole (rispettivamente da 2,3 a 2,2 e da 3,1 a 3) mentre, viceversa, si rileva un aumento del tasso nelle regioni del Centro (da 2 a 2,3 per 1.000 nati vivi) e del Sud (da 2,9 a 3,2).

Nell'età adulta (20-64 anni) è particolarmente rilevante la mortalità per tumori maligni, considerata prematura. Nel 2020, il tasso di mortalità per queste patologie è stato pari a 8 per 10 mila residenti, lievemente inferiore rispetto al 2019 (8,1 per 10 mila residenti), ma in progressiva riduzione se si considera l'intero periodo esaminato (era pari a 11,1 per 10 mila residenti nel 2004). Nel 2020, la riduzione ha riguardato gli uomini (da 8,8 a 8,6 per 10 mila residenti), mentre tra le donne il valore è risultato stabile (7,5 sia nel 2019 che nel 2020). A livello territoriale si confermano anche nel 2019 valori più elevati di mortalità per tumori maligni nel Mezzogiorno (8,8 per 10 mila abitanti contro 7,1 del Nord-est e 7,8 del Nord-ovest e del Centro). Il valore più elevato dell'indicatore, sia per gli uomini sia per le donne, si è registrato in Campania (rispettivamente 10,8 e 8,9 per 10 mila abitanti), ma mentre per gli uomini di questa regione si è osservato un aumento rispetto all'anno precedente (era pari a 10,5 nel 2019), viceversa per le donne si è osservata una lieve riduzione (era pari a 9 nel 2019).

In una popolazione come quella italiana, caratterizzata da una aspettativa di vita molto elevata e quindi da una notevole percentuale di persone anziane, sono molto diffuse patologie come le demenze e le malattie del sistema nervoso per le quali nel 2020 il tasso di mortalità è pari a 35,7 per 10 mila abitanti. Le donne hanno un tasso di mortalità pari a 34,8, gli uomini pari a 36 per 10 mila. Dopo un aumento quasi costante registrato a partire dal 2015 e fino al 2017, e una successiva lieve flessione nel 2018, si conferma anche nel 2020 la tendenza all'aumento già osservata nel 2019. Nel 2020, l'aumento ha riguardato sia gli uomini sia le donne, ma in misura maggiore queste ultime. I tassi di mortalità per demenza e per malattie del sistema nervoso più elevati si evidenziano soprattutto al Nord (41,7 per 10 mila abitanti nel Nord-ovest e 37,4 nel Nord-est) e nelle Isole (34,7 per 10 mila abitanti), e meno al Centro (33 per 10 mila abitanti) e al Sud (28,7 per 10 mila abitanti).

Nel 2021, il tasso di mortalità per incidenti stradali tra i giovani di 15-34 anni si è attestato a 0,6 per 10 mila residenti, registrando un lieve aumento rispetto allo 0,5 del 2020. Tale andamento risulta in controtendenza rispetto alla diminuzione che aveva, invece, caratterizzato l'indicatore nel 2020, quando, a fronte di una precedente stabilità registrata per tutto il periodo 2013-2019 si era osservata una contrazione (l'indicatore nel periodo 2013-2017 era stabile a 0,7 decessi per 10 mila residenti di età 15-34 anni). Nel 2020, la riduzione registra-

ta è stata verosimilmente imputabile alla minore mobilità sul territorio osservata specialmente in alcuni periodi dell'anno e dovuta alle restrizioni degli spostamenti per contenere la diffusione della pandemia da *COVID-19*. Anche nel 2021, tuttavia, la situazione per quanto in via di normalizzazione non si era ancora riallineata rispetto ai livelli pre-pandemici.

Si conferma anche per il 2021 una forte differenza di genere, con un valore di 1 per 10 mila residenti tra gli uomini e di 0,2 tra le donne. L'aumento dell'indicatore, registrato nel 2021 si è osservato unicamente per gli uomini (il tasso era pari a 0,8 per 10 mila residenti nel 2020), mentre tra le donne non si è registrato alcun cambiamento.

Dal punto di vista territoriale il tasso di mortalità per incidentalità stradale nel 2021 mostra valori più elevati nel Mezzogiorno, specialmente nelle regioni dell'Italia insulare (0,8 per 10 mila residenti) e anche nel Nord-est (0,7 per 10 mila residenti), lievemente meno elevati al Centro (0,6 per 10 mila residenti) e nel Nord-ovest (0,4 per 10 mila residenti).

In aumento la sedentarietà, stabile l'eccesso di peso, si riduce il consumo di frutta e verdura

Nel 2022 è pari al 36,3% la quota di persone sedentarie, che dichiarano cioè di non svolgere né sport né attività fisica nel tempo libero (Figura 11). Le donne presentano livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini (38,8% contro 33,7%), anche se nel tempo il *gap* di genere è andato riducendosi (era pari a 7,8 punti percentuali nel 2010 e scende a 5,1 punti percentuali nel 2022). La sedentarietà aumenta al crescere dell'età: riguarda 2 persone su 10 tra gli adolescenti e i giovani fino a 24 anni fino ad interessare quasi 7 persone su 10 tra la popolazione di 75 anni e più.

Nel 2022 l'indicatore di sedentarietà mostra un significativo peggioramento rispetto al 2021 quando era pari al 32,5% (+3,8 punti percentuali) e si riallinea, invece, ai livelli registrati nel biennio pre-pandemico 2018-2019 (nel 2018 la sedentarietà era pari al 35,7% e nel 2019 al 35,5%), superandoli di poco.

L'aumento della sedentarietà osservato nel 2022 ha riguardato entrambi i sessi, ma in misura maggiore le donne (+4,2 punti percentuali contro +3,4 punti percentuali degli uomini) e si è concentrato prevalentemente tra gli adulti a partire dai 25 anni, con punte più elevate tra la popolazione di 45-64 anni dove gli aumenti sono stati di quasi il 20%. L'andamento registrato è prevalentemente dovuto alla riduzione nel 2022 della pratica di attività fisica (che passa dal 32,2% del 2021 al 29,2% del 2022) che aveva accompagnato le abitudini di buona parte della popolazione durante il biennio pandemico quando, la chiusura di palestre e centri sportivi a causa delle restrizioni imposte per il contenimento del virus, aveva limitato la possibilità della pratica di sport strutturato e incentivato, di contro, le attività fisico-sportive destrutturate svolte anche all'aperto¹².

Parallelamente a questo andamento, si osserva nel 2022 una ripresa della pratica sportiva, specialmente di tipo continuativo, che si era molto ridotta specialmente nel 2021 (quando era pari al 22,5%, con una riduzione di 1,9 punti percentuali rispetto al 2020) e che raggiunge il 23,7% riallineandosi così ai livelli del 2019 (23,4%). L'aumento è avvenuto specialmente tra i giovanissimi di 14-19 anni (passati dal 40,6% del 2021 al 49,2% del 2022) che, soprattutto nel 2021 avevano subito le riduzioni maggiori in termini di pratica sportiva e visto gli aumenti più elevati in termini di sedentarietà (dal 18,8 del 2019 al 20,6 del 2021).

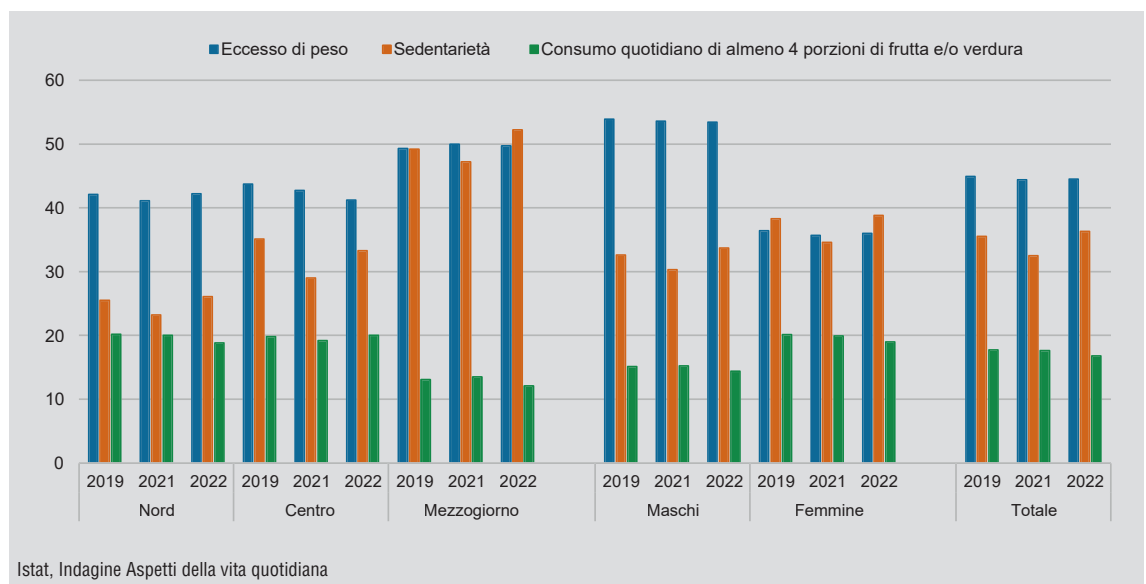
¹² <https://www.istat.it/it/files/2022/12/Sport-attività-fisica-sedentarietà-2021.pdf>.

Anche nel 2022 si conferma un forte gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno con tassi di sedentarietà che si attestano al 26,1% nelle regioni del Nord e arrivano al 52,2% nelle regioni del Mezzogiorno. Rispetto al 2021, si osserva un significativo aumento nella quota delle persone sedentarie in modo trasversale su tutto il territorio, con livelli più elevati nelle regioni del Mezzogiorno (+5,2 punti percentuali) e nella macroarea del Centro (+4,3 punti percentuali), con il conseguente ulteriore ampliamento del *gap* territoriale a svantaggio del Mezzogiorno.

L'analisi dell'eccesso di peso mostra nel 2022 un valore pari al 44,5% tra le persone di 18 anni e più. Il dato è stabile rispetto a quanto registrato nel 2021 (44,4%) (Figura 11).

Gli uomini presentano livelli di eccesso di peso superiori alle donne (53,4% contro il 36%). L'eccesso di peso risulta più elevato al crescere dell'età (già a partire dalla fascia di età 45-54 anni riguarda quasi 5 persone su 10) e nelle regioni del Mezzogiorno (49,7%).

Figura 11. Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica, proporzioni standardizzate di persone di 18 anni e più in eccesso di peso e proporzioni standardizzate di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per sesso e ripartizione geografica. Anni 2019, 2021 e 2022. Valori percentuali



Analizzando le due componenti di sovrappeso e obesità di cui è composto l'indicatore, si osserva nel 2022 una lieve riduzione della proporzione di persone in condizione di obesità che si riallinea in questo modo ai livelli pre-pandemia: era il 10,5% nel 2019, sale al 11,4% nel 2021 e si attesta al 10,8% nel 2022.

Rispetto al 2021, si osserva un aumento della quota di popolazione in eccesso di peso nelle regioni del Nord, specialmente nel Nord-ovest (dal 39,7% al 41,5%) e viceversa una riduzione nelle regioni dell'Italia centrale (da 42,7% a 41,2%); la situazione si mantiene pressoché stabile nel Mezzogiorno.

Sedentarietà ed eccesso di peso, considerati singolarmente o in associazione, riguardano nel 2022 più del 60% della popolazione adulta, con una quota di circa il 20% in cui si sovrappongono entrambi i fattori di rischio.

Si conferma il ruolo protettivo del titolo di studio, con una maggiore attenzione ai comportamenti più salutari tra le persone con titolo di studio più elevato. Si osserva, ad esempio, una quota maggiore di persone in eccesso di peso tra chi ha un titolo di studio basso (55,2%), rispetto a chi possiede la laurea o un titolo di studio superiore (33,9%). Analogamente, si os-

serva una quota maggiore di persone sedentarie tra chi ha un titolo di studio basso (51,9%), rispetto a chi possiede almeno la laurea (21,1%).

Sul versante degli stili alimentari più sani, nel 2022 è pari al 16,8% la quota di popolazione di 3 anni e più che ha consumato giornalmente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura. Tale quota risulta in diminuzione di circa 1 punto percentuale rispetto all'anno precedente (nel 2021 era pari al 17,6%), che si somma al punto percentuale di riduzione già registrato tra il 2020 e il 2021 e che porta il consumo di 4 o più porzioni frutta e/o verdura su livelli significativamente più bassi rispetto a quanto registrato nel periodo 2015-2018, quando tale indicatore raggiungeva quasi il 20% (Figura 11).

Quote più elevate di consumatori di almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere si osservano nelle regioni del Centro (20%) e del Nord (18,8%), rispetto al Mezzogiorno (12,1%). Tra il 2021 e il 2022, mentre nelle regioni dell'Italia centrale si osserva un aumento di circa un punto percentuale nella quota di consumatori giornalieri di 4 o più porzioni di frutta e/o verdura, viceversa al Nord e nel Mezzogiorno la quota di consumatori diminuisce (rispettivamente -1,2 punti percentuali al Nord e -1,4 nel Mezzogiorno).

Tra le donne si confermano consumi alimentari più salutari rispetto agli uomini (19,0% contro 14,4%), sebbene sia nel 2021 che nel 2022 entrambi i generi abbiamo subito riduzioni significative nelle percentuali di consumo di frutta e verdura (donne=- 2,2; uomini=-1,6).

In crescita l'abitudine al fumo e il consumo di alcol a rischio

Nel 2022, è pari al 20,2% la quota di fumatori di 14 anni e più, quota in lieve aumento rispetto al 2021 (19,5%) ma con un trend di aumento più marcato se confrontato con il 2019 (18,7%) (Figura 12).

L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini che tra le donne (24,2% contro 16,3%); nel tempo tale distanza si è notevolmente ridotta per un aumento del numero di donne fumatrici (era pari a 11,2 punti percentuali nel 2010 e arriva a 7,9 punti percentuali nel 2022), sebbene tra il 2021 e il 2022 gli incrementi osservati abbiano riguardato essenzialmente gli uomini (+1,1 punti percentuali rispetto a +0,3 delle donne), interrompendo in questo modo la riduzione del *gap* di genere.

Le quote di fumatori crescono a partire dalla fascia di età di 20-24 anni, fino a raggiungere il livello più elevato tra le persone di 35-44 anni (27,2%), che rappresentano anche la fascia di età in cui la quota è cresciuta maggiormente tra il 2021 e il 2022 (+2,4 punti percentuali). La percentuale di fumatori diminuisce leggermente nelle fasce di età successive, mantenendosi tuttavia abbastanza stabile fino alle persone di 60-64 anni, mentre si riduce nelle fasce di età più avanzate.

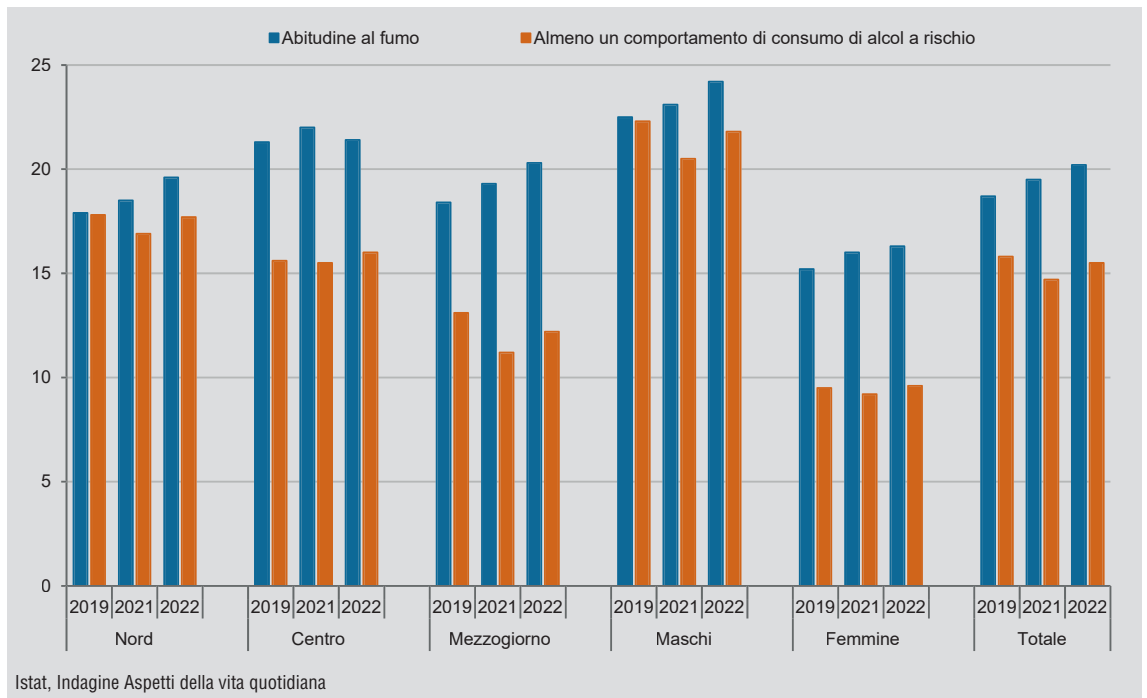
Si osservano quote più elevate di fumatori nelle regioni dell'Italia centrale (21,4%), seguono le regioni del Mezzogiorno (20,3%) e dell'Italia settentrionale (19,6%).

Tra il 2021 e il 2022, l'aumento si è osservato nel Nord (+1,1 punti percentuali) e nel Mezzogiorno (+1), mentre si è registrata una situazione più stabile con tendenza ad un lieve decremento al Centro, che comunque si conferma la ripartizione con il livello più elevato più fumatori. Gli incrementi registrati tra il 2019 e il 2022 nelle regioni del Nord e del Mezzogiorno hanno comunque ridotto la distanza con il Centro uniformando sul territorio i comportamenti nell'abitudine al fumo.

L'abitudine al consumo a rischio di bevande alcoliche ha riguardato nel 2022 il 15,5% della popolazione di 14 anni e più. Dopo aver registrato un trend oscillante tra il 2020 e il 2021, con un aumento tra il 2019 e il 2020 (di circa 1 punto percentuale) e poi una successiva diminuzione tra

il 2020 e il 2021 (-2 punti percentuali), si osserva nel 2022 un nuovo incremento che riporta la quota dei consumatori a rischio al livello del 2019 (quando era pari al 15,8%) (Figura 12).

Figura 12. Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente e proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per sesso e ripartizione geografica. Anni 2019, 2021 e 2022. Valori percentuali



L'aumento nella quota dei consumatori a rischio osservato nel 2022 ha riguardato esclusivamente l'incremento dell'abitudine al *binge drinking* che è cresciuta soprattutto tra i ragazzi e gli adulti di 14-44 passando dal 10,4% del 2021 al 11,7% del 2022.

Le abitudini più rischiose nel consumo di alcol si confermano essere maggiormente diffuse nelle regioni del Nord, specialmente nel Nord-est (18,4%), rispetto al Centro (16%) e al Mezzogiorno (12,2%); rispetto al 2021, si è osservato un aumento nella prevalenza dei consumatori a rischio su tutto il territorio nazionale, ma l'incremento maggiore si è avuto nelle regioni meridionali (+1,2 punti percentuali).

Il differenziale di genere si mantiene elevato, con una quota maggiore di uomini con abitudini di consumo a rischio di bevande alcoliche (21,8% uomini contro 9,6 donne nel 2021). Nel tempo, tuttavia, si è ridotta la distanza di genere a causa dell'aumento dei comportamenti di consumo a rischio tra le donne, (nel 2010 la distanza uomo-donna era pari a 17,6 punti percentuali contro i 12,2 del 2022) ma, come già osservato per l'abitudine al fumo, tra il 2021 e il 2022 l'incremento nella quota dei consumatori a rischio si è registrato principalmente tra gli uomini (+1,3 punti percentuali contro +0,7), riportando la distanza uomo-donna a quella del 2019.

Quote elevate di consumatori a rischio si osservano tra i minori di 14-17 anni (27,2% nel 2022) e tra i giovani di 18-24 anni (15,9%).

Un'altra fascia di età in cui il consumo a rischio è elevato è quella delle persone di 65 anni e più tra cui si attesta al 18,3%. Tra il 2021 e il 2022 l'incremento maggiore si è osservato proprio tra i giovanissimi di 14-17 anni (+ 3,8 punti percentuali). I comportamenti di consumo a rischio che caratterizzano i giovani e gli anziani sono nettamente differenti: più legato al consumo eccessivo, specialmente nel fine settimana, il comportamento dei primi, mentre di tipo giornaliero non moderato quello dei secondi.

Gli indicatori

1. **Speranza di vita alla nascita:** La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana.
2. **Speranza di vita in buona salute alla nascita:** Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita.
Fonti: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.
3. **Indice di salute mentale (SF36):** L'indice di salute mentale è una misura di disagio psicologico (psychological distress) ottenuta dalla sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più a 5 quesiti estratti dal questionario SF36 (36-Item Short Form Survey). I quesiti fanno riferimento alle quattro dimensioni principali della salute mentale (ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico). L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
4. **Mortalità evitabile:** Decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica). La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili si basa sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019. Tassi standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 0-74 per 10.000 residenti.
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
5. **Mortalità infantile:** Decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti.
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
6. **Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni):** Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati* all'interno della classe di età 15-34.
Fonte: Istat, Per i decessi: Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.
7. **Mortalità per tumore (20-64 anni):** Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni.
Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.
8. **Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più):** Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 65 anni e più.
Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.
9. **Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più):** Percentuale di persone di 75 anni e più che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere gravi limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
10. **Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni:** Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.
11. **Eccesso di peso:** Proporzione standardizzata* di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri).
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
12. **Fumo:** Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
13. **Alcol:** Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più. Tenendo conto delle raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute acquisite dai "Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti" (LARN 2014) e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di 6 o oltre unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*).
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
14. **Sedentarietà:** Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. L'indicatore si riferisce alle persone che non praticano sport né continuamente né saltuariamente nel tempo libero e che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero (come passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta, ecc.).
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
15. **Adeguata alimentazione:** Proporzione standardizzata* di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

(*) Standardizzati con la popolazione europea al 2013.

Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Speranza di vita alla nascita (a)	Speranza di vita in buona salute alla nascita (a)	Indice di salute mentale (SF36) (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (e)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (f)
	2022 (*)	2022 (*)	2022	2020	2020	2021	2020
Piemonte	82,5	60,8	68,5	16,9	2,1	0,5	7,9
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	82,3	60,9	68,0	16,3	-	-	6,2
Liguria	82,5	59,1	68,6	16,4	2,1	0,5	8,0
Lombardia	83,2	61,0	69,2	15,8	2,4	0,4	7,7
Trentino-Alto Adige/Südtirol	83,7	66,2	71,9	13,8	2,2	0,5	6,5
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>83,3</i>	<i>69,3</i>	<i>72,8</i>	<i>14,5</i>	<i>2,7</i>	<i>0,6</i>	<i>6,9</i>
<i>Trento</i>	<i>84,0</i>	<i>63,2</i>	<i>70,9</i>	<i>13,2</i>	<i>1,5</i>	<i>0,4</i>	<i>6,1</i>
Veneto	83,3	60,5	68,5	14,1	1,9	0,9	7,0
Friuli-Venezia Giulia	82,8	60,4	68,8	16,0	2,0	0,8	7,3
Emilia-Romagna	83,1	59,9	69,6	14,9	1,7	0,7	7,3
Toscana	83,2	62,5	68,5	14,8	1,8	0,5	7,7
Umbria	83,2	62,5	69,4	15,5	3,2	0,5	7,1
Marche	83,2	60,2	66,9	14,5	1,9	0,3	7,2
Lazio	82,8	61,4	70,6	17,2	2,6	0,7	8,1
Abruzzo	82,5	61,6	68,3	16,1	2,8	0,9	7,9
Molise	81,8	58,2	67,8	18,6	2,3	0,7	8,6
Campania	80,9	59,0	67,7	21,2	3,3	0,6	9,8
Puglia	82,4	58,6	68,4	16,4	3,1	0,8	8,3
Basilicata	82,1	57,9	67,8	16,6	2,3	1,0	8,5
Calabria	81,6	53,1	69,7	18,1	3,9	0,6	8,0
Sicilia	81,3	57,8	68,6	18,8	3,3	0,8	8,6
Sardegna	82,1	58,1	71,0	17,7	1,3	0,7	9,4
Nord	83,0	60,7	69,1	15,5	2,1	0,6	7,5
Nord-ovest	82,9	60,7	69,0	16,2	2,3	0,4	7,8
Nord-est	83,2	60,8	69,3	14,6	1,9	0,7	7,1
Centro	83,0	61,7	69,4	15,9	2,3	0,6	7,8
Mezzogiorno	81,7	58,2	68,6	18,5	3,2	0,7	8,8
Sud	81,7	58,3	68,3	18,6	3,2	0,7	8,8
Isole	81,6	57,9	69,2	18,5	3,0	0,8	8,8
Italia	82,6	60,1	69,0	16,6	2,5	0,6	8,0

(a) Numero medio di anni;

(b) Punteggi medi standardizzati per le persone di 14 anni e più;

(c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 0-74 anni;

(d) Tassi standardizzati per 1.000 nati vivi residenti;

(e) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 15-34 anni;

(f) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 20-64 anni;

1. Salute

Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (g)	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) (h)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (a)	Eccesso di peso (i)	Fumo (l)	Alcol (l)	Sedentarietà (l)	Adeguata alimentazione (m)
2020	2022	2022 (*)	2022	2022	2022	2022	2022
39,7	41,9	10,7	42,4	19,9	18,1	29,5	22,2
48,6	38,8	10,4	40,2	17,0	23,5	20,3	14,0
37,7	48,5	10,5	41,4	23,1	17,4	29,1	17,2
43,5	45,3	11,4	41,2	19,7	16,8	25,6	17,9
38,6	34,1	12,3	40,1	16,7	20,3	15,9	19,1
43,3	27,9	12,4	38,8	16,4	20,8	16,5	15,5
34,6	40,4	12,2	41,5	16,9	19,8	15,4	22,6
40,5	42,2	11,0	42,4	16,3	19,6	25,8	16,4
33,6	43,4	11,3	44,3	20,2	21,9	21,6	18,5
35,1	47,9	10,6	44,7	22,4	16,2	26,7	21,4
34,6	42,7	11,6	42,4	21,4	16,8	27,6	19,0
33,1	52,2	10,4	44,2	24,8	16,9	29,0	23,6
38,2	51,7	10,0	43,5	22,1	19,3	30,4	18,9
29,8	49,5	10,0	39,7	20,8	14,5	38,4	20,5
34,3	50,5	9,6	45,9	19,9	15,3	35,8	12,0
27,4	49,1	9,3	51,4	22,4	18,7	43,9	12,5
26,3	66,5	7,5	54,1	20,2	11,6	53,5	9,6
31,6	50,1	9,3	49,8	20,1	12,2	53,4	12,7
27,0	56,9	7,9	52,8	20,7	14,9	52,5	7,9
24,5	55,5	9,2	47,4	17,9	13,5	58,2	13,4
31,1	58,8	7,4	49,2	22,5	9,2	57,7	12,1
44,2	47,8	8,8	40,4	17,4	17,7	35,4	19,8
39,9	44,4	11,0	42,2	19,6	17,7	26,1	18,8
41,7	44,6	11,1	41,5	20,0	17,2	27,0	18,8
37,4	44,0	11,0	43,2	19,0	18,5	24,9	18,8
33,0	47,8	10,5	41,2	21,4	16,0	33,3	20,0
30,7	56,8	8,3	49,7	20,3	12,2	52,2	12,1
28,7	57,3	8,6	51,1	19,8	12,6	52,2	11,2
34,7	55,8	7,8	46,8	21,2	11,3	52,0	14,0
35,7	49,0	10,0	44,5	20,2	15,5	36,3	16,8

(g) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 65 anni e più;

(h) per 100 persone di 75 anni e più;

(i) Tassi standardizzati per 100 persone di 18 anni e più;

(l) Tassi standardizzati per 100 persone di 14 anni e più;

(m) Tassi standardizzati per 100 persone di 3 anni e più;

(*) Dati provvisori.

