

Salute¹

La salute è una dimensione fondamentale che è alla base del benessere individuale e collettivo. Il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute è uno degli obiettivi specificati dall'OMS, oltre che dalla nostra Costituzione, che definisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Il nostro Paese è stato caratterizzato dal continuo miglioramento delle condizioni di salute, con il progressivo incremento della longevità; l'Italia permane nel tempo uno dei paesi con la più alta speranza di vita alla nascita nel contesto europeo. Continui miglioramenti hanno riguardato tutte le fasi della vita, dalla riduzione della mortalità infantile ai consistenti progressi nell'età adulta e senile, contrassegnati anche dall'evoluzione positiva della mortalità evitabile e da incrementi nella qualità della sopravvivenza in età anziana. È migliorata, infine, la diffusione tra i cittadini di alcuni stili di vita più sani, in particolare si è ridotta la sedentarietà.

Nel corso del 2020, tuttavia, il diffondersi della pandemia di coronavirus *SARS-CoV-2* su scala mondiale ha rappresentato e continua ancora a costituire una delle minacce più importanti per la salute registrate negli ultimi decenni. L'epidemia ha colpito in modo violento specialmente gli anziani e le persone più fragili, acuendo al contempo le disuguaglianze sociali che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal *COVID-19*. È importante considerare che, per limitare i contagi, sono state imposte misure eccezionali che molto probabilmente hanno ridotto il rischio di un eccesso di mortalità nel 2020 che sarebbe stato ancora più elevato di quello purtroppo già registrato.

Tra prima e seconda fase cambia la distribuzione territoriale dei decessi *COVID-19*: più concentrati al Nord durante la prima, in gran parte del Paese nella seconda

Lo scenario di diffusione dell'epidemia *COVID-19* nel nostro Paese può essere sintetizzato in tre fasi.² La prima, compresa nel periodo da febbraio a fine maggio 2020 (prima ondata), si è caratterizzata per una rapidissima diffusione di contagi e decessi e per una forte concentrazione territoriale, prevalentemente nel Nord del Paese. Nella stagione estiva, da giugno a metà settembre (fase di transizione), la diffusione dei nuovi casi è stata inizialmente molto contenuta, ma alla fine di settembre si sono identificati focolai sempre più numerosi in tutto il Paese. A partire dalla fine di settembre (seconda ondata) i casi sono di nuovo aumentati con un ritmo esponenziale in gran parte del Paese e solo da metà novembre si è osservato un calo dell'incidenza dei contagi; i decessi hanno seguito un andamento analogo ma posticipato di circa due settimane.

Tra il mese di febbraio e il 30 novembre 2020 sono stati diagnosticati dai Laboratori di Riferimento regionale 1 milione 651 mila 229 casi positivi di *COVID-19*, riportati al Sistema Nazionale di Sorveglianza Integrata dell'ISS entro il 20 dicembre 2020. Nello stesso periodo si sono registrati 57 mila 647 decessi avvenuti in persone positive al *COVID-19*. Tanto nella

1 Questo capitolo è stato curato da Emanuela Bologna. Hanno collaborato Silvia Bruzzone, Luisa Frova, Lidia Gargiulo, Anita Guelfi, Marilena Pappagallo, Sabrina Prati, Silvia Simeoni, Valentina Talucci, Alessandra Tinto.

2 Impatto dell'epidemia *COVID-19* sulla mortalità totale della popolazione residente. <https://www.istat.it/252168>

prima quanto nella seconda ondata è rimasta pressoché invariata la percentuale di soggetti deceduti in età inferiore ai 50 anni che si attesta attorno all'1% per entrambi i generi. La classe degli over 80 risulta quella con la più alta percentuale di decessi per *COVID-19* (il 60% dei decessi complessivi), la classe 70-79 raccoglie un quarto dei decessi *COVID-19*, mentre quella 60-69 il 10%.

Nella sola Lombardia, con oltre 22 mila e 500 decessi, si registra il 40% del totale dei decessi *COVID-19* (Tavola 1).

Tavola 1. Incidenza percentuale dei decessi per *COVID-19* sul totale dei decessi *COVID-19* in Italia, per regione, ripartizione geografica e classi di età. Prima e seconda ondata

Regioni e ripartizioni geografiche	Prima ondata					Seconda ondata				
	<60	60-69	70-79	80+	Totale	<60	60-69	70-79	80+	Totale
Piemonte	4,2	8,3	23,5	64,0	11,8	3,5	7,1	24,2	65,2	7,1
Valle d'Aosta	3,5	7,0	24,6	64,8	0,4	1,2	5,3	17,5	76,0	0,8
Lombardia	4,6	11,3	29,3	54,7	47,5	3,3	6,6	22,2	67,9	26,7
P.a. Bolzano	2,1	7,3	17,8	72,7	0,8	1,8	4,0	19,9	74,3	1,3
P.a. Trento	2,7	6,0	20,6	70,6	1,2	2,1	3,3	17,6	77,0	1,1
Veneto	3,4	6,7	19,6	70,4	5,7	2,6	6,4	19,5	71,5	8,6
Friuli-Venezia Giulia	1,7	5,2	23,2	69,9	1,0	2,7	5,6	19,6	72,1	2,4
Liguria	3,2	8,7	24,2	63,9	4,3	2,9	7,8	22,5	66,8	3,8
Emilia-Romagna	3,5	9,1	25,2	62,2	12,4	2,5	6,0	17,5	74,0	7,5
Toscana	4,7	7,5	22,3	65,6	3,1	1,9	6,9	19,2	72,0	6,4
Umbria	6,6	11,8	28,9	52,6	0,2	2,1	6,5	27,1	64,3	1,6
Marche	4,8	9,8	24,0	61,4	2,9	4,1	4,1	28,7	63,1	0,9
Lazio	8,2	10,1	25,4	56,2	2,3	7,6	15,8	24,2	52,4	6,8
Abruzzo	5,4	15,4	23,1	56,1	1,3	2,8	8,3	25,3	63,6	2,2
Molise	3,7	18,5	7,4	70,4	0,1	1,9	11,7	14,6	71,8	0,5
Campania	14,7	17,9	30,1	37,3	1,5	10,4	17,7	35,0	36,9	8,1
Puglia	7,8	9,9	24,9	57,4	1,6	6,9	13,5	27,8	51,8	5,0
Basilicata	11,4	14,3	42,9	31,4	0,1	4,4	14,0	26,3	55,3	0,5
Calabria	6,3	16,4	23,4	53,9	0,4	4,4	18,9	26,4	50,3	0,8
Sicilia	8,8	10,9	27,8	52,6	1,0	7,0	14,1	28,8	50,0	6,3
Sardegna	5,6	10,5	18,9	65,0	0,4	7,0	15,3	25,5	52,2	1,5
Nord	4,2	9,9	26,7	59,2	85,2	3,0	6,4	21,2	69,4	59,4
Centro	5,7	9,1	23,9	61,2	8,5	4,5	10,5	22,8	62,2	15,7
Mezzogiorno	8,9	13,7	25,8	51,7	6,3	7,5	14,8	29,7	48,0	24,9
Italia	4,6	10,1	26,4	58,9	100,0	4,4	9,2	23,5	62,9	100,0

Fonte: Servizio Sorveglianza Integrata *COVID-19*, Iss

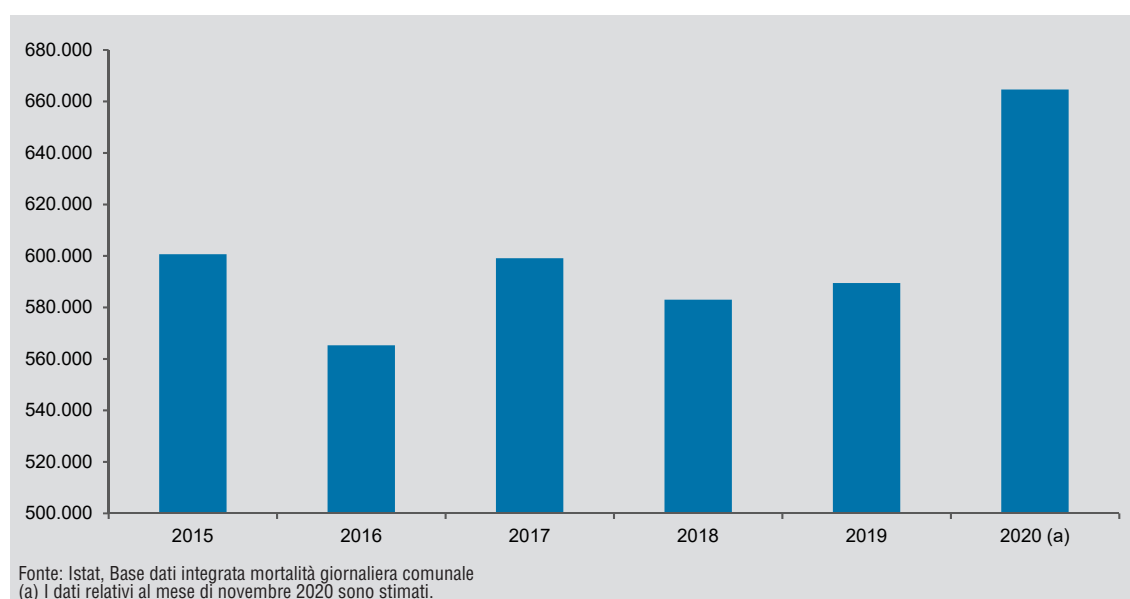
Tra la prima e la seconda ondata la distribuzione dei decessi *COVID-19* nel territorio cambia moltissimo. Nei mesi di febbraio-maggio i decessi *COVID-19* si concentrano principalmente nel Nord del Paese (85%), scendono all'8% nel Centro e al 6% nel Mezzogiorno. Nei mesi di ottobre e novembre invece la pandemia ha effetti anche nel resto dell'Italia con un aumento cospicuo dei decessi anche nelle regioni centro-meridionali (41% del totale dei decessi *COVID-19* in Italia nello stesso periodo).

Da fine febbraio a novembre i decessi *COVID-19* rappresentano il 9,5% del totale dei decessi del periodo; durante la prima ondata epidemica (febbraio-maggio) questa quota è stata del 13%, mentre nella seconda ondata il contributo complessivo dei decessi *COVID-19* è passato al 16% a livello nazionale (con un considerevole aumento nel mese novembre). Se si considerano i contributi per fasce di età dei decessi *COVID-19* alla mortalità generale si può notare come, a livello nazionale, la mortalità *COVID-19* abbia contribuito al 4% della

mortalità generale nella classe di età 0-49 anni, all'8% nella classe di età 50-64 anni, all'11% nella classe di età 65-79 anni e all'8% negli individui di 80 anni o più.

La mortalità in eccesso, rispetto ai 5 anni precedenti, in Lombardia e Emilia-Romagna è minore nella seconda ondata, mentre in Veneto, Valle d'Aosta e Piemonte risulta maggiore. L'eccesso di mortalità è un importante indicatore dell'impatto complessivo dell'epidemia, non solo tenendo conto dei decessi attribuiti direttamente a *COVID-19*, ma anche di quelli che possono essere sfuggiti al sistema di sorveglianza perché non diagnosticati o dei decessi indirettamente collegati alla pandemia, quali le morti causate da un trattamento ritardato o mancato a causa di un sistema sanitario sovraccarico.

Figura 1. Numero di decessi avvenuti tra il 1° gennaio e il 30 novembre. Anni 2015-2020 (a)



L'eccesso di mortalità è stato stimato confrontando, a parità di periodo, i dati del 2020 con la media dei decessi del quinquennio precedente (2015-2019). Nel periodo febbraio-novembre 2020 si stimano complessivamente circa 84 mila morti in più rispetto alla media febbraio-novembre del 2015-2019. I decessi di persone positive al *COVID-19* registrati dalla Sorveglianza integrata riferiti allo stesso periodo rappresentano il 69% dell'eccesso totale.

Dalla fine di febbraio 2020 si è osservata una netta inversione di tendenza rispetto alla favorevole evoluzione della mortalità che aveva caratterizzato la stagione invernale 2019-2020; nel primo bimestre dell'anno, infatti, erano stati registrati meno decessi rispetto alla media dei cinque anni precedenti (Figura 2). A marzo e aprile, invece, contemporaneamente alla prima ondata di diffusione dell'epidemia di *COVID-19*, si osserva un importante incremento dei decessi per il complesso delle cause rispetto al livello atteso sulla base della media del periodo 2015-2019, con i decessi *COVID-19* che rappresentano il 61,5% dell'eccesso di mortalità.

Un eccesso di decessi per il complesso delle cause, seppure con intensità e cadenza variabile, è stato evidenziato in molti altri Paesi europei in corrispondenza della prima ondata epidemica (Figura 3). L'Italia è uno dei paesi che ha subito maggiormente l'impatto dell'epidemia di *COVID-19* in termini di mortalità. Tra i Paesi europei anche la Spagna e il Belgio sono risultati particolarmente colpiti.

Figura 2. Mortalità per mese e confronto con i dati dello stesso mese nel periodo 2015-2019. Anno 2020. Valori assoluti

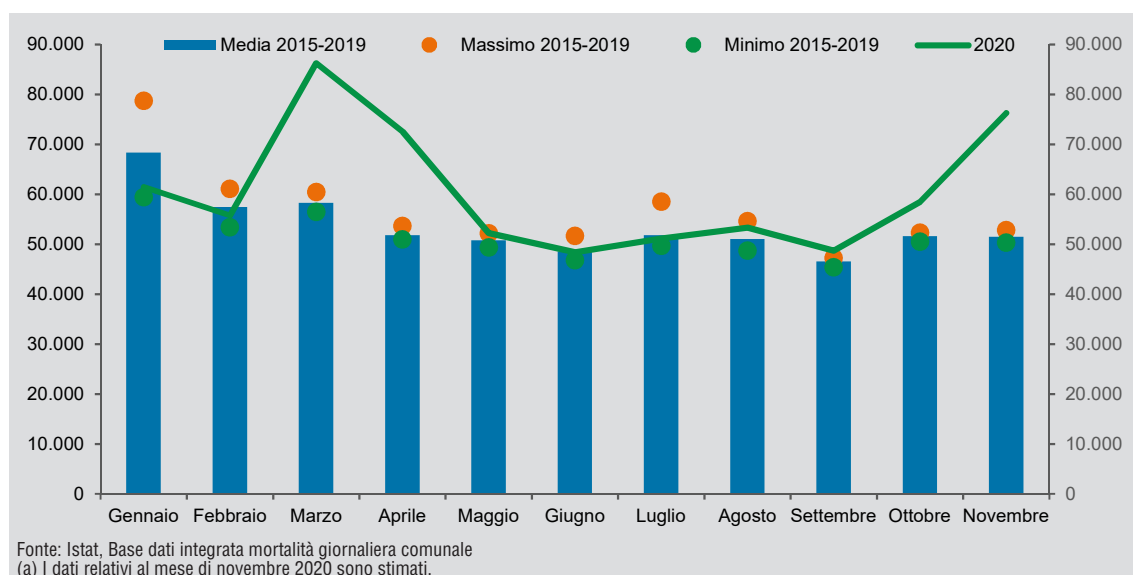
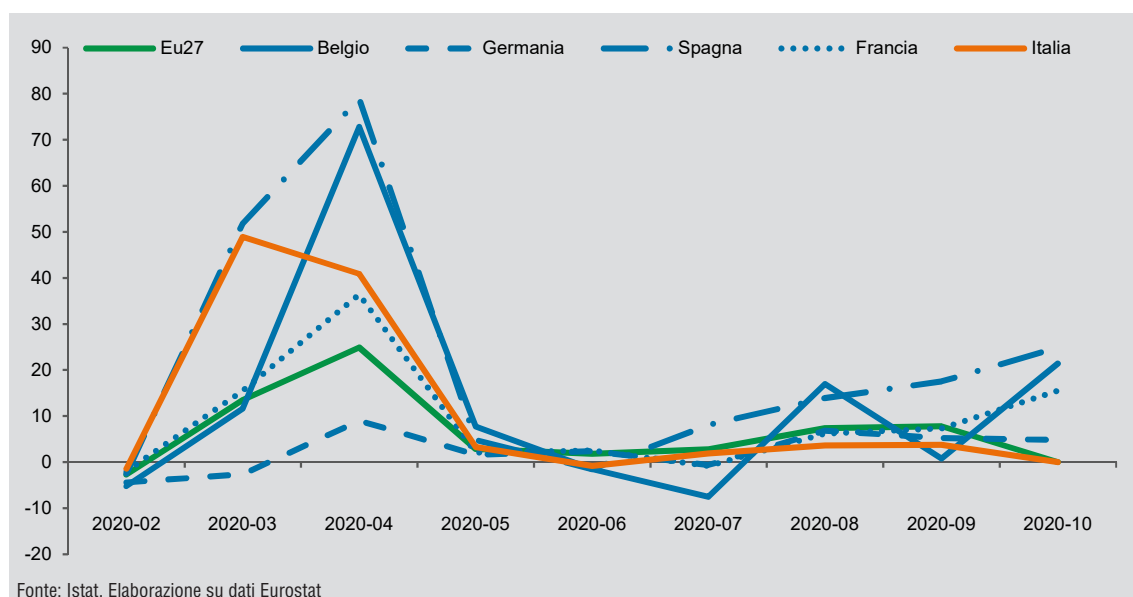


Figura 3. Eccesso di mortalità per mese in alcuni Paesi europei e nella media Ue27 rispetto alla media mensile dei decessi. Anni 2016-2019. Valori percentuali

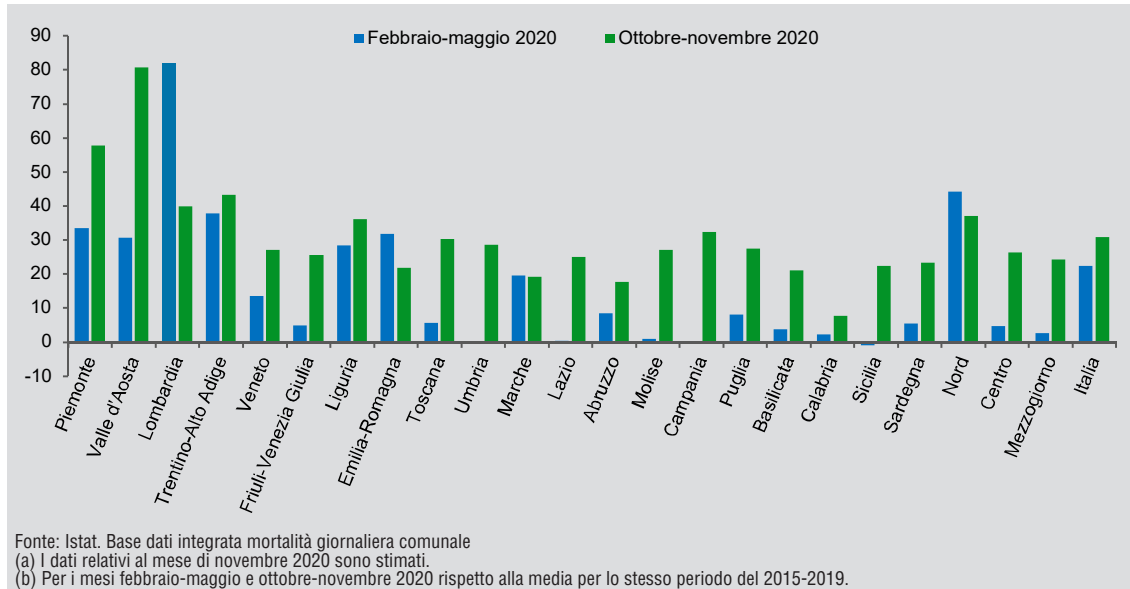


Durante la prima fase dell'epidemia si sono contati oltre 211 mila decessi (da marzo a maggio del 2020), 50 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo del 2015-2019, di cui oltre 45 mila relativi a residenti nel Nord del Paese (Figura 4).

L'incremento delle morti nelle regioni del Nord ha fatto registrare quasi un raddoppio dei decessi nel mese di marzo (+94,5% rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019) e un incremento del 75% ad aprile.

Nel periodo giugno-settembre, in corrispondenza con la fase di transizione della diffusione dell'epidemia, si è osservata una riduzione della mortalità totale che ha portato in tutte le regioni/province autonome il numero dei decessi per il complesso delle cause registrati nel 2020 in linea con i valori di riferimento del periodo 2015-2019. Viceversa, a partire dalla

Figura 4. Eccesso di decessi totali nella prima e seconda ondata epidemica per regione e ripartizione geografica. Anno 2020 (a). Variazione percentuale dei decessi per il complesso delle cause (b)



metà di ottobre 2020, diventano via via più evidenti gli effetti della seconda ondata dell'epidemia sulla mortalità totale. In termini assoluti si stima per i mesi di ottobre e novembre 2020 un aumento di decessi per il complesso delle cause di oltre 31 mila e 700 unità rispetto agli stessi mesi nel periodo 2015-2019, nello stesso periodo i decessi di persone positive al *COVID-19* sono circa 21 mila e rappresentano il 67% dell'eccesso di mortalità.

La seconda ondata si è caratterizzata ad ottobre per un eccesso di decessi totali del 13% riscontrato sia al Nord che al Centro-Sud, mentre nel mese di novembre si evidenzia nuovamente un eccesso di mortalità più elevato al Nord (+61,4%), rispetto al Centro (+39,3) e al Mezzogiorno (+34,7%). In molte regioni del Nord, inoltre, l'eccesso di mortalità totale del mese di novembre supera quello del picco di marzo-aprile: ciò accade in Valle d'Aosta (+139% rispetto al +71% di aprile), in Piemonte (+98% rispetto al +77% di aprile), in Veneto (+42,8% rispetto al +30,8% di aprile) e in Friuli-Venezia Giulia (+46,9% rispetto al +21,1%). In altre regioni l'incremento dei decessi registrato a novembre risulta invece più basso rispetto alla prima ondata: si tratta della Lombardia (+66% a novembre rispetto al +192% di marzo e al +118% di aprile) e dell'Emilia-Romagna (+34,5% rispetto al +69% di marzo).

L'eccesso di circa 50 mila decessi per il complesso delle cause riscontrato a livello nazionale per il periodo marzo-maggio 2020, rispetto alla media dello stesso periodo negli anni 2015-2019, è dovuto per il 72% all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più (36 mila e 400 decessi in più). L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 23% dell'eccesso di decessi in corrispondenza della prima ondata dell'epidemia; in termini assoluti l'aumento rispetto al dato medio 2015-2019 è di 11 mila e 700 decessi (che complessivamente, in questa classe di età, ammontano a poco meno di 53 mila).

Nei mesi di ottobre e novembre si osserva un fenomeno analogo: l'incremento complessivo dei decessi supera le 31 mila e 700 unità, di cui oltre 23 mila decessi in più nella classe di età da 80 anni in poi (che copre il 74% dell'aumento dei morti totali del bimestre).

Per quanto riguarda la classe di età 0-49 anni, per quasi tutto il periodo considerato i decessi mensili del 2020 sono inferiori a quelli medi del 2015-2019, ad eccezione del dato di

marzo e novembre riferito agli uomini residenti al Nord, per i quali si osserva un incremento rispettivamente dell'11% e del 4,9%. Il fatto che la mortalità della popolazione più giovane sia nel 2020 generalmente inferiore alla media del 2015-2019 si può spiegare considerando sia la minore letalità dell'epidemia al di sotto dei 50 anni, sia la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause che interessano questo segmento di popolazione come quelle accidentali, per effetto del *lockdown* e del conseguente blocco della mobilità e di molte attività produttive.

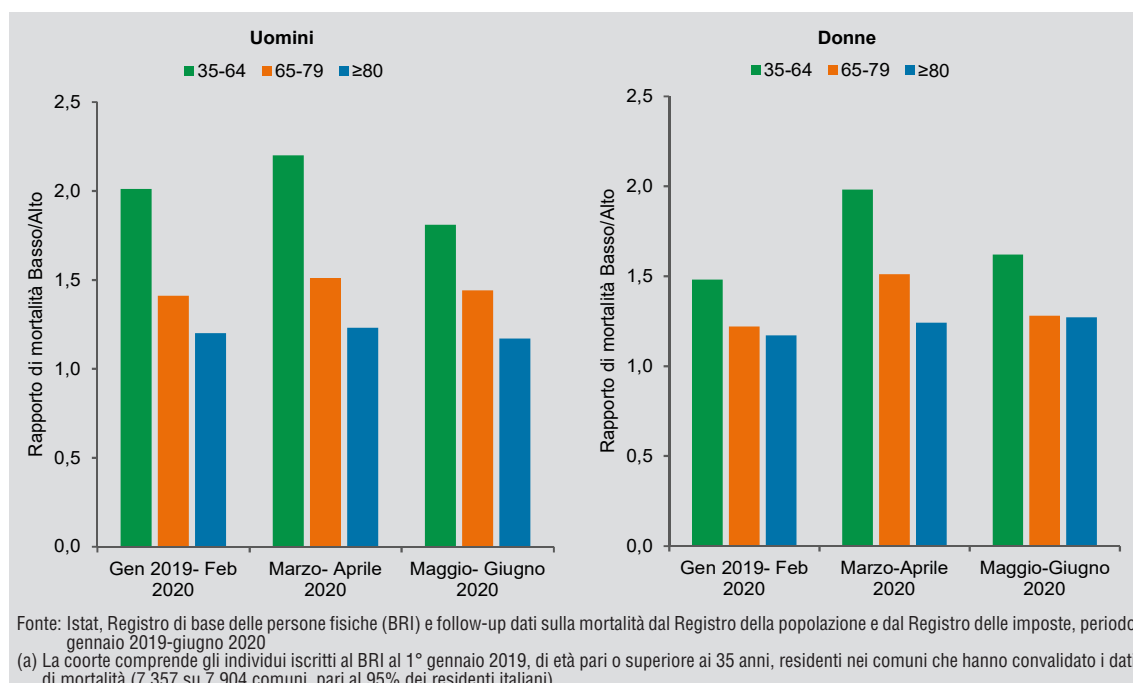
Nel periodo pandemico il divario di mortalità tra meno e più istruiti si è ulteriormente allargato

In Italia, come in tutti i Paesi europei, chi è più povero di competenze e di risorse tende ad ammalarsi più spesso e presenta in media una speranza di vita più bassa. Nel complesso, gli italiani mostrano minori disuguaglianze sociali di mortalità rispetto al resto dei paesi europei grazie alla protezione della dieta mediterranea, della rete familiare e di un sistema sanitario universalistico.

I dati di mortalità Istat per livello di istruzione mostrano tuttavia, nel periodo pre-pandemico, significative disuguaglianze a sfavore delle persone meno istruite. Le disuguaglianze sociali nella mortalità sono maggiori tra gli uomini e nelle fasce centrali della vita (dove la mortalità può essere definita 'evitabile').

Analizzando la mortalità per i diversi livelli di istruzione, si scopre che in corrispondenza della prima ondata della pandemia il divario di mortalità tra meno e più istruiti, che si osservava già nel 2019, si è ulteriormente allargato; i meccanismi che espongono al rischio di morte hanno, infatti, agito con maggiore virulenza sulle persone meno istruite.

Figura 5. Disuguaglianze sociali nella mortalità per livello di istruzione, età, genere e periodo (pre-pandemico e pandemico). Aree ad alta diffusione durante la prima ondata della pandemia. Anni 2019 e 2020. Rapporto tra tassi di mortalità nella popolazione con livello di istruzione basso e alto (a)



In particolare, le disuguaglianze sociali nella mortalità risultano aumentate soprattutto nelle fasce centrali della vita e tra le donne. L'analisi per età nelle aree ad alta epidemia mostra una maggiore disuguaglianza negli individui in età lavorativa rispetto a quelli più anziani e un aumento del rapporto di mortalità, nella prima fase pandemica, tra le donne di età compresa tra i 35 e i 64 anni (da 1,5 a 2) e tra i 65 e i 79 anni (da 1,2 a 1,5) (Figura 5). Non si osservano, invece, cambiamenti sostanziali tra gli uomini e le donne con più di 80 anni. Nei mesi di maggio e giugno le disuguaglianze sociali nella mortalità si sono attestate nuovamente su valori simili a quelli dell'anno precedente.

Sopravvivenza e qualità degli anni vissuti: i guadagni perduti durante la pandemia

L'Italia permane nel tempo uno dei paesi più longevi nel contesto internazionale. Rispetto ai dati più recenti di Eurostat sulla speranza di vita alla nascita aggiornati al 2019³, il nostro Paese si confermava ancora una volta al secondo posto tra i 27 paesi dell'Unione europea, con 83,6 anni, dopo la Spagna (con un valore pari a 84 anni) e con un vantaggio di vita attesa di +2,3 anni rispetto alla media Ue27 (pari a 81,3 anni). Rilevante la conferma per il genere maschile: nel 2019 l'Italia si collocava insieme alla Svezia al top della graduatoria dei paesi per livelli di vita media attesa alla nascita (rispettivamente 81,4 in Italia e 81,5 in Svezia), i livelli più elevati mai rilevati prima in Italia e nell'Unione europea.

A seguito della pandemia di *COVID-19* che ha colpito in misura rilevante l'Italia, caratterizzata da una struttura demografica molto più anziana rispetto ad altri paesi, le stime effettuate⁴ sulla speranza di vita per il 2020 suggeriscono la brusca interruzione e una significativa inversione di tendenza nel processo di costante miglioramento della longevità osservato negli ultimi anni, soprattutto in alcune aree del paese particolarmente colpite dalla diffusione del virus.

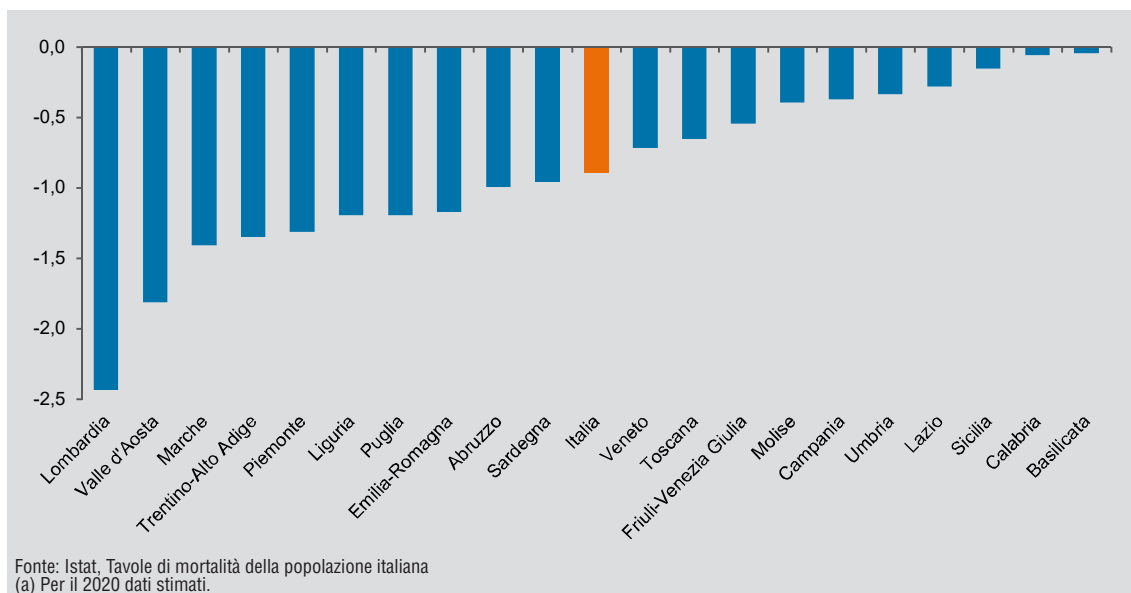
Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita (Figura 6), a fronte di una stima di circa 0,9 anni perduti in un solo anno a livello nazionale (da 83,2⁵ a 82,3 anni del 2020), emerge una forte eterogeneità tra i diversi territori, con uno svuotamento, in termini di anni vissuti, più marcato nelle regioni settentrionali (da 83,6 a 82,1 anni attesi), rispetto al Centro (da 83,6 a 83,1) e al Mezzogiorno (da 82,5 a 82,2). In particolare, guardando alle singole regioni, nel 2020 il calo atteso più forte nella speranza di vita alla nascita si registra in Lombardia, in cui la mortalità registrata nel corso dell'anno provocherebbe una perdita di circa 2,4 anni (da 83,7 a 81,2), seguita, in ordine decrescente, dalla Valle d'Aosta (-1,8 anni; da 82,7 a 80,9), dalle Marche (-1,4 anni; da 84 a 82,6), dal Piemonte (-1,3 anni; da 82,9 a 81,6) e dal Trentino-Alto Adige (-1,3 anni; da 84,1 a 82,8). Riduzioni superiori ad 1 anno verrebbero inoltre registrate anche in Liguria (-1,2 anni; da 83,1 a 81,9), Puglia (-1,2 anni; da 83,3 a 82,1) ed Emilia-Romagna (-1,2 anni; da 83,6 a 82,4). La speranza di vita alla nascita rimane invece sostanzialmente invariata in Basilicata e Calabria e diminuisce solo lievemente nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna, dove si stima un calo intorno ad 1 anno di vita (rispettivamente da 83,4 a 82,4 e da 83,1 a 82,1).

3 Dati estratti dalla banca dati Eurostat il 27/02/2021.

4 Le stime qui presentate sono frutto dell'aggiornamento dei risultati di scenario pubblicati negli scorsi mesi sul sito Istat al link: <https://www.istat.it/it/archivio/241844>, a cui si rinvia per gli approfondimenti di natura metodologica.

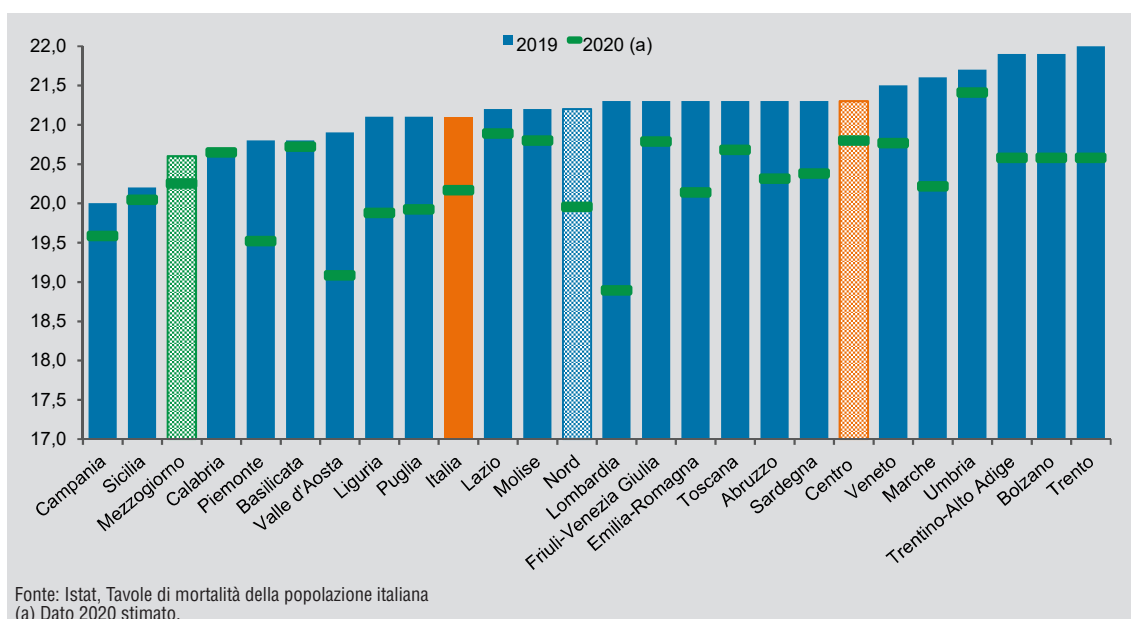
5 Si precisa che in questo caso il dato si riferisce a una stima basata sul metodo di calcolo utilizzato dall'Istat che, a differenza dal metodo utilizzato da Eurostat, adotta un modello di stime della sopravvivenza nelle età senili più dettagliato.

Figura 6. Variazione nella speranza di vita alla nascita, per regione. Anni 2019 e 2020 (a). In anni



Le criticità appaiono ancora più evidenti restringendo l'attenzione alle stime sulla speranza di vita degli over 65 (Figura 7). Ancora una volta è la Lombardia la regione in cui le stime per il 2020 segnalano il calo più forte rispetto all'anno precedente: se nel 2019 un residente lombardo di 65 anni poteva sperare di vivere in media circa altri 21 anni, nel 2020 tale aspettativa risulta essersi ridotta di oltre 2 anni. Tra i primi posti per perdita nella longevità attesa si confermano anche la Valle d'Aosta (-1,8), le Marche (-1,4), il Trentino-Alto Adige e il Piemonte (-1,3 anni in entrambi i casi). Basilicata e Calabria si distinguono anche in questo caso per la sostanziale invarianza dell'indicatore.

Figura 7. Speranza di vita a 65 anni per regione e ripartizione geografica. Anni 2019 e 2020 (a). In anni



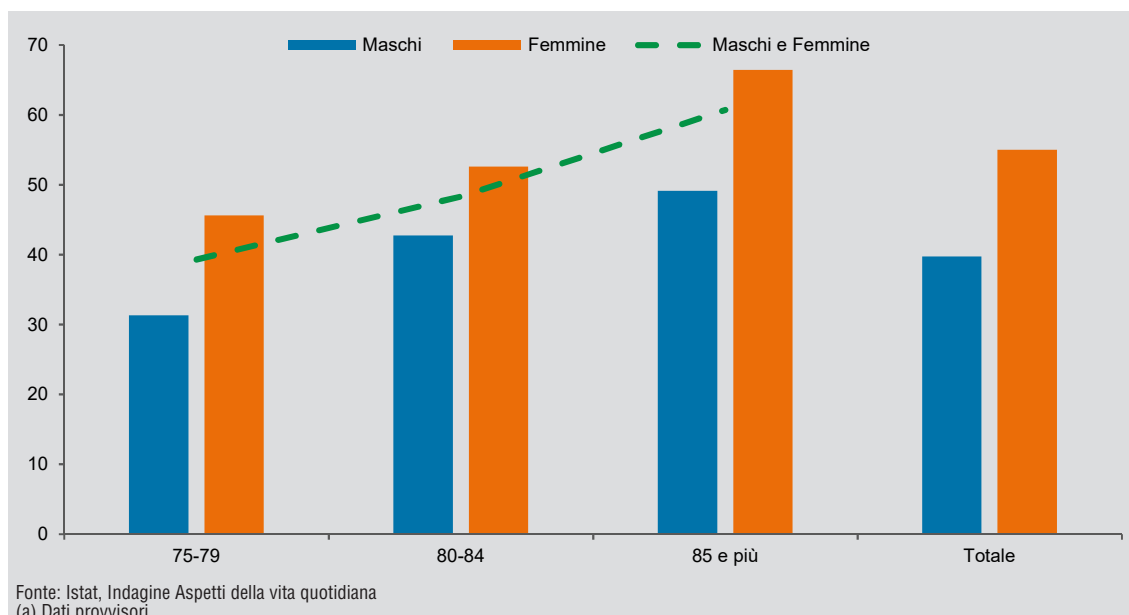
Quasi la metà degli anziani è in cattive condizioni di salute, in diminuzione negli ultimi anni

L'aumento della speranza di vita della popolazione, insieme alla diminuzione della natalità hanno caratterizzato fortemente negli ultimi decenni il nostro Paese, con un notevole impatto sulla struttura per età della popolazione. Al 1° gennaio 2020 i residenti in Italia che avevano compiuto i 75 anni di età erano oltre 7 milioni (erano circa 5 milioni 900 mila nel 2010), pari all'11,8% del totale della popolazione. La pandemia in corso ha avuto un forte impatto sulla popolazione anziana, in quanto segmento più fragile dal punto di vista delle condizioni di salute. In particolare, nel 2020 si osserva che è pari al 48,8% la quota di popolazione di 75 anni e più multicronica (che soffre di tre o più patologie croniche) o che ha gravi limitazioni nel compiere le attività che le persone abitualmente svolgono. Tale quota è più elevata per chi vive nel Mezzogiorno (56,9% rispetto al 44,6% nel Nord e al 47% nel Centro) e tra le donne (55% rispetto al 39,7% tra gli uomini) e raggiunge il 60,7% tra le persone di 85 anni e più (rispetto al 39,3% delle persone di 75-79 anni) (Figura 8).

A partire dal 2014 si è osservata una riduzione della proporzione di anziani con gravi limitazioni o in condizioni di multicronicità (erano circa il 54% nel 2013) a causa del miglioramento generale delle condizioni di salute della popolazione, ma i livelli tra la popolazione anziana permangono comunque elevati. Tale riduzione si è osservata in misura maggiore tra le donne (-5,8 punti percentuali) che tra gli uomini (-3,2 punti percentuali).

La quota di anziani in cattive condizioni di salute è minore tra le persone con almeno il diploma (35,5% tra gli uomini e 45,7% tra le donne), mentre aumenta tra chi possiede al massimo la licenza elementare (44% tra gli uomini e 59,5% tra le donne).

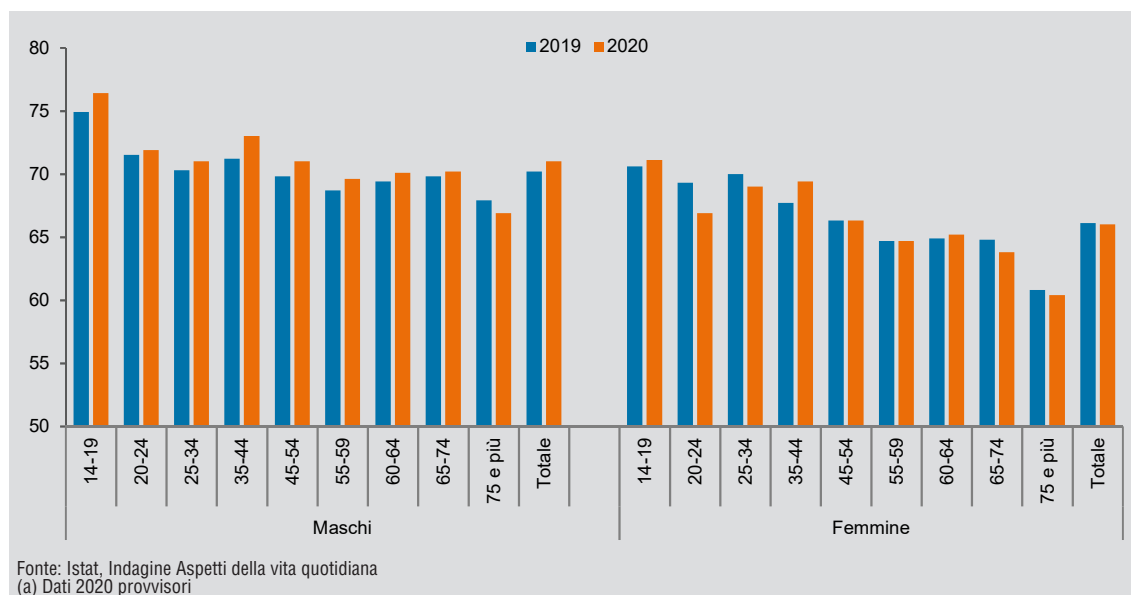
Figura 8. Persone di 75 anni e più che presentano tre o più patologie croniche e/o limitazioni gravi che durano da almeno sei mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono per genere e classe di età. Anno 2020 (a). Valori percentuali



Peggiora il benessere mentale tra gli anziani e tra i residenti in Lombardia, Piemonte e Campania

L'analisi dell'indice di salute mentale⁴ assume un rilievo particolare nel periodo dell'epidemia. All'aumentare del punteggio, che assume valori tra 0 e 100, migliora la valutazione delle condizioni di salute mentale. Nel 2020 l'indice assume in Italia il valore di 68,8 (Figura 9). La variazione rispetto al 2019 non è significativa per il totale della popolazione. Nelle prime fasi dell'epidemia, probabilmente, la valutazione delle proprie condizioni di salute è stata influenzata dalla relativizzazione del proprio stato psico-fisico in confronto a quello di altre persone in situazioni peggiori e dal ruolo importante svolto dal contesto familiare che ha permesso di mantenere un clima di serenità nella maggior parte delle famiglie.⁵ Emergono però tendenze differenti in sottogruppi di popolazione. Gli uomini migliorano di quasi 1 punto mentre il punteggio rimane invariato tra le donne. Peggiora la situazione delle persone di 75 anni e più sia tra gli uomini, sia tra le donne; tra gli uomini di questa età cala di 1 punto, (che diventano -2 punti per i residenti nel Nord), tra le donne il calo si osserva anche tra quelle di 65-74 anni (-1,7). Le condizioni di maggiore isolamento vissuto durante il 2020 hanno condizionato soprattutto la salute mentale delle persone sole nella fascia di età 55-64, anche qui soprattutto al Nord. Anche tra le giovani donne di 20-24 anni, tuttavia, il punteggio cala di oltre 2 punti rispetto all'anno precedente. Peggiora l'indice di salute mentale in Lombardia, Piemonte e Campania che presentano i valori più bassi insieme al Molise. I differenziali di genere si ampliano, con condizioni più sfavorevoli per le donne (66 contro 71,1).

Figura 9. Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per genere e classi di età. Anni 2019 e 2020 (a). Punteggi medi



4 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).

5 https://www.istat.it/it/files//2020/06/Giornate_in_casa_durante_lockdown.pdf

Le condizioni di benessere mentale si deteriorano al crescere dell'età, con una differenza di circa 10 punti tra il punteggio dei più giovani e dei più anziani.

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

L'indicatore di mortalità evitabile si riferisce ai decessi delle persone sotto i 75 anni di età che potrebbero essere significativamente ridotti.

Tale indicatore è costituito da due componenti, la mortalità trattabile e quella prevenibile, e si riferisce a quelle cause di morte riducibili grazie ad un'assistenza sanitaria adeguata e accessibile nonché alla diffusione nella popolazione di stili di vita più salutari e alla riduzione di fattori di rischio ambientali. In particolare, si intende per mortalità prevenibile quella che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica. Per 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.⁶ Nel 2016, in Europa tali tipologie di cause hanno riguardato i decessi di circa 1 milione di persone (pari ad un tasso di 25,4 per 10.000 abitanti).

Nel 2018, in Italia il tasso standardizzato di mortalità evitabile è risultato pari al 16,8 per 10.000 residenti, collocandosi nella posizione più vantaggiosa della graduatoria europea. In particolare, se si considera la mortalità prevenibile il tasso di mortalità è stato pari a 10,4 per 10.000 e se si prende in considerazione la mortalità trattabile a 6,5 per 10.000.

Le differenze di genere sono marcate, con valori più elevati di mortalità evitabile tra gli uomini rispetto alle donne (22,3 per 10.000 abitanti contro 11,8) (Figura 10). In particolare, lo svantaggio maschile è soprattutto spiegato dalla componente "prevenibile", ossia quella maggiormente legata agli stili di vita (ad esempio, abuso di alcool, maggiore propensione a fumare, non adeguata alimentazione) e ai comportamenti più a rischio (eventi accidentali, attività lavorativa, ecc.).

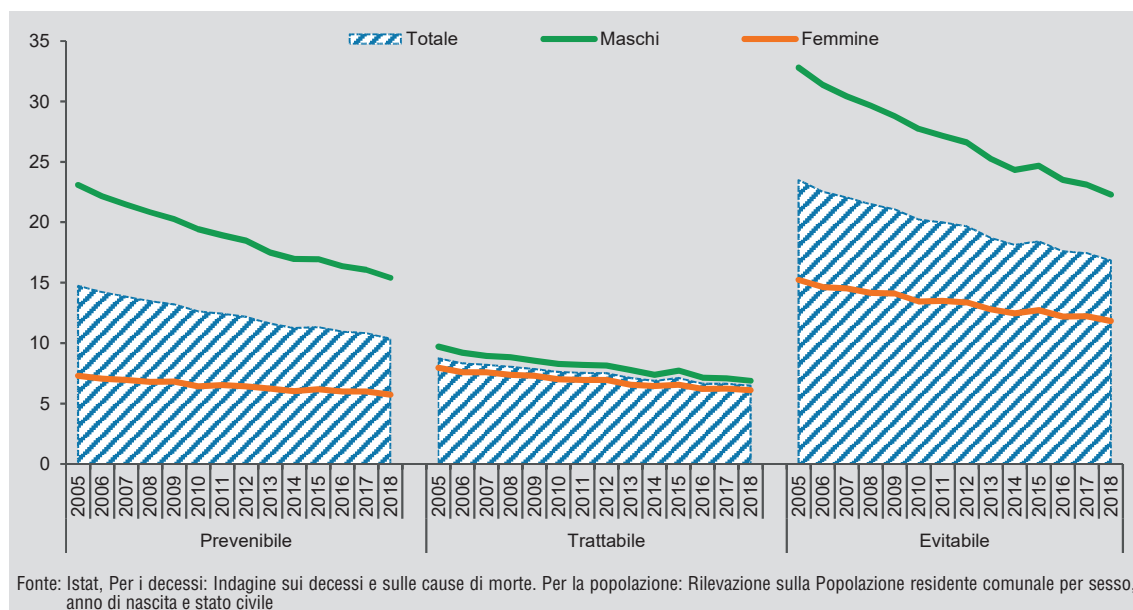
Tra le principali cause della mortalità evitabile troviamo il tumore al polmone, che nel 2018 ha provocato il decesso di 16 mila 274 persone sotto i 75 anni, seguito dalle cardiopatie ischemiche (11 mila 636 decessi) e dal tumore colon-rettale (7 mila 100 decessi), tutte cause di decesso più diffuse tra gli uomini. Tra le donne, invece, la prima causa di mortalità evitabile è il tumore alla mammella seguito dal tumore al polmone e da quello colon-rettale. Nel tempo si è osservata una forte riduzione della mortalità evitabile (il tasso standardizzato era pari a 23,5 per 10.000 nel 2005), soprattutto nella componente prevenibile (era pari a 14,8 per 10.000 nel 2005). Ciò è dovuto alla diminuzione della mortalità per alcune delle cause principali: calano, ad esempio, i decessi per tumore al polmone (da 18 mila 332 nel 2005 a 16 mila 274 nel 2018) ed anche i decessi da cardiopatie ischemiche che si sono notevolmente ridotti dal 2005 al 2018 (da 18 mila 826 sono scesi a 11 mila 636). La flessione per tali cause di morte si è osservata specialmente tra gli uomini, con una conseguente riduzione del gap di genere.

Il tasso di mortalità evitabile tra le donne si è ridotto in misura minore nel tempo (dal 15,2 per 10.000 residenti nel 2005 a 11,8 per 10.000 residenti nel 2018); nel trend temporale

⁶ 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.

si osserva come tra le donne, per alcune cause principali come le cardiopatie ischemiche, le patologie cerebrovascolari e il diabete mellito, si sia registrata una riduzione, mentre per il tumore al polmone (causa di morte considerata prevenibile) e, in misura minore, per il tumore all'utero (causa di morte considerata trattabile) si sia registrato un incremento.

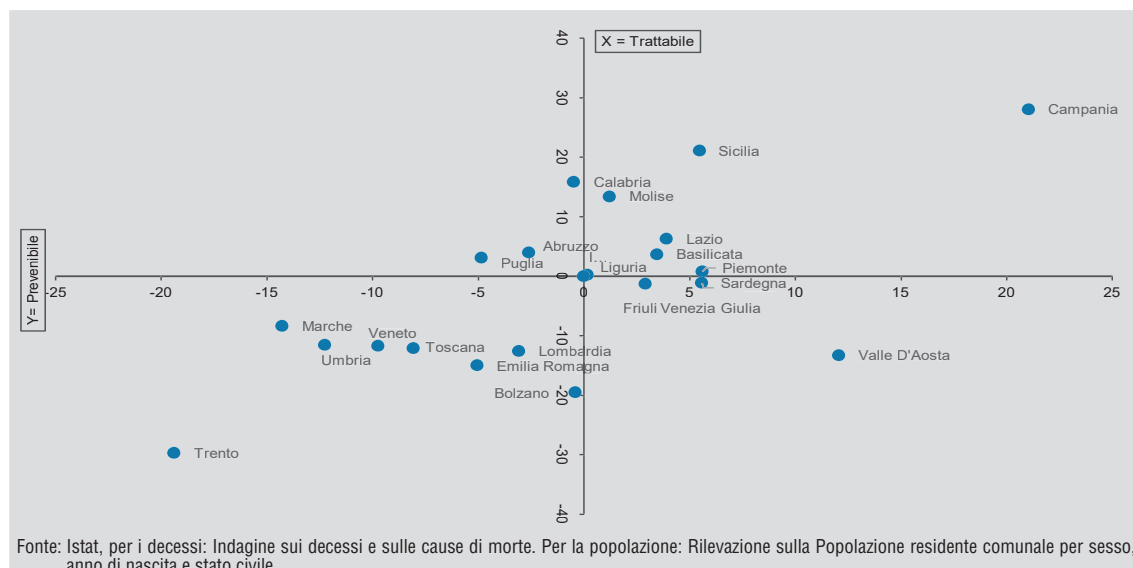
Figura 10. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per genere. Anni 2005-2018. Per 10.000 residenti



Sul territorio si osservano diversi profili regionali rispetto alle due componenti della mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) (Figura11).

È interessante notare come alcune regioni presentino solo una componente più elevata della media nazionale e non entrambe, indicando come sia necessario adottare politiche differenziate sul territorio.

Figura 11. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per regione. Anno 2018. Variazioni percentuali rispetto alla media nazionale



Le situazioni più critiche si osservano in Campania, seguita da Sicilia, Molise, Lazio, Basilicata e Piemonte, dove i tassi di mortalità sia prevenibile sia trattabile sono più elevati della media. Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e specialmente la Valle d'Aosta presentano tassi di mortalità prevenibile al di sopra della media nazionale e, viceversa, tassi di mortalità trattabile inferiori al valore medio osservato.

Puglia, Abruzzo e Calabria presentano, invece, tassi di mortalità trattabile al di sopra della media nazionale e al contrario tassi di mortalità prevenibile inferiori al valore medio.

Un quadro migliore si osserva nella provincia autonoma di Trento, seguita da Umbria, Veneto, Toscana, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna e provincia autonoma di Bolzano in cui, per entrambe le componenti di mortalità evitabile, i valori si attestano al di sotto della media generale. La Liguria, infine, presenta valori sovrapponibili al valore medio nazionale.

Cresce lievemente la mortalità infantile, si riduce la mortalità per tumori maligni tra gli adulti e quella per demenze e malattie del sistema nervoso

Il tasso di mortalità infantile nel 2018 è stato pari a 2,9 per 1.000 nati e risulta in lieve aumento rispetto a quanto registrato sia nel 2016 sia nel 2017 (2,8 per 1.000 nati). Per i bambini i valori di mortalità infantile sono più elevati che nelle bambine (3,1 per 1.000 nati vivi maschi, 2,6 se femmine).

Il contributo maggiore all'aumento è dato dal Centro, dove il tasso passa da 2,3 a 2,6 per 1.000 nati vivi e nel Mezzogiorno, dove il tasso passa da 3,4 a 3,7 per 1.000 nati vivi. Nel Nord, invece, il tasso resta costante rispetto al 2017 (2,4 per 1.000).

Nell'età adulta (20-64 anni) è particolarmente rilevante la mortalità per tumori maligni, considerata prematura. Nel 2018, il tasso di mortalità per queste patologie è stato pari a 8,4 per 10.000 residenti, valore che si è progressivamente ridotto negli ultimi anni. Il tasso di mortalità per tumori maligni delle donne nel 2018 si è attestato a 7,6 per 10.000, mentre è salito tra gli uomini al 9,2 per 10.000. A livello territoriale si confermano anche nel 2018 valori più elevati di mortalità per tumori maligni nel Mezzogiorno (8,9 per 10.000 abitanti contro l'8,2 del Nord e del Centro). Il valore più elevato dell'indicatore, sia per gli uomini sia per le donne, si è registrato in Campania (rispettivamente 11 e 8,8 per 10.000 abitanti). Nel 2019, il tasso di mortalità per incidenti stradali tra i giovani si è mantenuto sui livelli degli anni precedenti (0,7 decessi per 10.000 residenti di 15-34 anni). Si osserva una forte differenza di genere, con un valore dell'1,1 per 10.000 tra i maschi e dello 0,2 tra le femmine. Dal punto di vista territoriale il tasso di mortalità per incidentalità stradale mostra valori sovrapponibili al Nord e nel Mezzogiorno (0,7 per 10.000 residenti) mentre risulta meno elevato nelle regioni dell'Italia centrale (0,6 per 10.000).

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 il tasso di mortalità è pari a 33 per 10.000 abitanti. Le donne hanno un tasso di mortalità pari al 31,8, gli uomini pari a 34. Dopo un aumento quasi costante registrato a partire dal 2015, si osserva nel 2018 una lieve riduzione rispetto all'anno precedente. I tassi di mortalità per demenza e per malattie del sistema nervoso più elevati si evidenziano soprattutto al Nord (36,1 per 10.000) contro il 31,1 nel Centro e il 29,4 nel Mezzogiorno.

Migliora la sedentarietà, ma aumentano le persone in eccesso di peso

Nell'ultimo anno, la pandemia in corso e le restrizioni che ne sono conseguite hanno notevolmente inciso sugli stili di vita della popolazione. Le chiusure degli esercizi commerciali e i limiti imposti agli spostamenti, specialmente durante il *lockdown*, hanno determinato, ad esempio, una diminuzione nella quota di popolazione che ha potuto svolgere attività fisico-sportiva di tipo strutturato in palestre e centri sportivi e hanno rimodulato i tempi e i modi della consumazione dei pasti che, molto più spesso di quanto non sia avvenuto nel recente passato, si sono svolti in casa.

Nel 2020 è pari al 33,8% la quota di persone sedentarie. Le donne risultano con livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini, anche se nel tempo il *gap* di genere è andato riducendosi (era pari a 7,8 punti percentuali nel 2010 e scende a 6,3 punti percentuali nel 2020) (Figura 12). 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 circa 7 persone su 10 tra la popolazione di 75 anni e più.

Rispetto a quanto osservato nel 2019 (35,5%), l'indicatore segna un ulteriore miglioramento in linea con il trend registrato nell'ultimo quinquennio. Emerge un forte gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno ma, rispetto al 2019, si osserva una significativa flessione della sedentarietà nelle regioni centrali che passano dal 35,1% al 30,2%. La diminuzione ha riguardato anche i giovani adulti di 25-44 anni (-2,6 punti percentuali) e le persone di 60-74 anni (-2,5 punti percentuali), senza differenze di genere. D'altro canto, il dato è spiegato anche da quanto osservato ad aprile 2020⁷ quando è emerso come, durante il periodo di *lockdown* della fase 1 della pandemia da *COVID-19*, il 22,7% della popolazione di 18 anni e più ha svolto in un giorno medio attività fisico sportiva, sebbene quasi esclusivamente nei propri spazi abitativi (interni o esterni). Nel momento delle restrizioni più forti legate alla pandemia la popolazione ha cercato di mantenersi fisicamente attiva, ma è cresciuto il tempo trascorso a casa in attività sedentarie, sia lavorando sia svolgendo attività del tempo libero. E ciò spiega perché, parallelamente, si osservi nel 2020, tra la popolazione adulta di 18 anni e più, una quota di persone in eccesso di peso pari al 45,5% con un lieve aumento del fenomeno. Gli uomini presentano livelli di eccesso di peso superiori alle donne (54,7% contro il 36,9%), ma è tra queste ultime che nel corso del tempo si registrano gli incrementi maggiori.

L'eccesso di peso risulta più elevato al crescere dell'età (già a partire dalla fascia di età 45-54 anni riguarda almeno 5 persone su 10) e nelle regioni del Mezzogiorno. Rispetto al 2019, si osserva un aumento nella quota di persone in eccesso di peso sia al Nord che nel Mezzogiorno (rispettivamente dal 42,1% al 43,4% e dal 49,3% al 50,4%), mentre si è registrata una riduzione nelle regioni dell'Italia centrale (da 43,7% a 42,2%).

Per quanto riguarda le abitudini alimentari nel 2020, complice la maggiore permanenza a casa specialmente nel periodo del *lockdown*, è cresciuta la quota di quanti dichiarano di mangiare abitualmente a pranzo a casa nei giorni non festivi (dal 72,4% del 2019 al 74,9% del 2020). Gli incrementi maggiori si sono osservati tra i bambini e ragazzi fino a 14 anni (+8,8 punti percentuali) e tra i giovani adulti di 20-34 anni (+4,1 punti percentuali) che presumibilmente nel 2020, più che in passato, si sono trovati a svolgere da casa le attività di studio, lavoro o altro. Allo stesso tempo, i dati relativi al *lockdown* della fase 1 della pandemia segnalano che 1 persona su 4 durante quel periodo ha dichiarato di aver mangiato maggiori quantità di cibo rispetto a prima e sono i più giovani ad averlo fatto di più (39,5%).

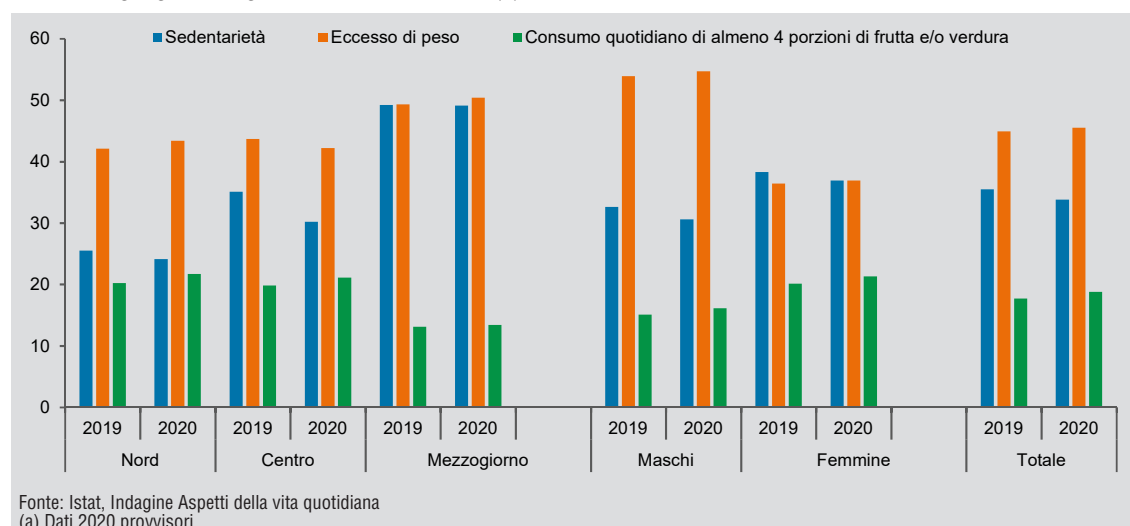
⁷ https://www.istat.it/it/files//2020/06/Giornate_in_casa_durante_lockdown.pdf

Sul versante degli stili alimentari più sani, nel 2020 è pari al 18,8% la quota di popolazione di 3 anni e più che ha consumato giornalmente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura, in lieve ripresa rispetto all'anno precedente, sebbene i livelli si mantengano inferiori a quelli registrati nel periodo 2015-2018.

Quote più elevate di consumatori di almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere si osservano al Nord (21,7%) e al Centro (21,1%), rispetto al Mezzogiorno (13,4%).

Le donne presentano comportamenti più virtuosi (21,3% contro 16,1% degli uomini) e così la popolazione di entrambi i generi di 60 anni e più (23,6%).

Figura 12. Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica, proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in eccesso di peso e proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per ripartizione geografica e genere. Anni 2019 e 2020 (a). Valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana
(a) Dati 2020 provvisori

Stabile la quota di fumatori e in lieve aumento il consumo di alcol a rischio

Nel 2020, è pari al 18,9% la quota di fumatori di 14 anni e più, stabile rispetto all'anno precedente (Figura 13).

Diminuiscono i fumatori nelle regioni dell'Italia centrale (dal 21,3% al 19,2%) e, viceversa, aumentano nelle regioni dell'Italia settentrionale (dal 17,9% al 19%), con un aumento della convergenza territoriale.

L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini (22,2% contro 15,7%); tuttavia nel tempo tale distanza si è notevolmente ridotta a causa di una forte diminuzione dei fumatori tra gli uomini, a fronte di una sostanziale stabilità tra le donne.

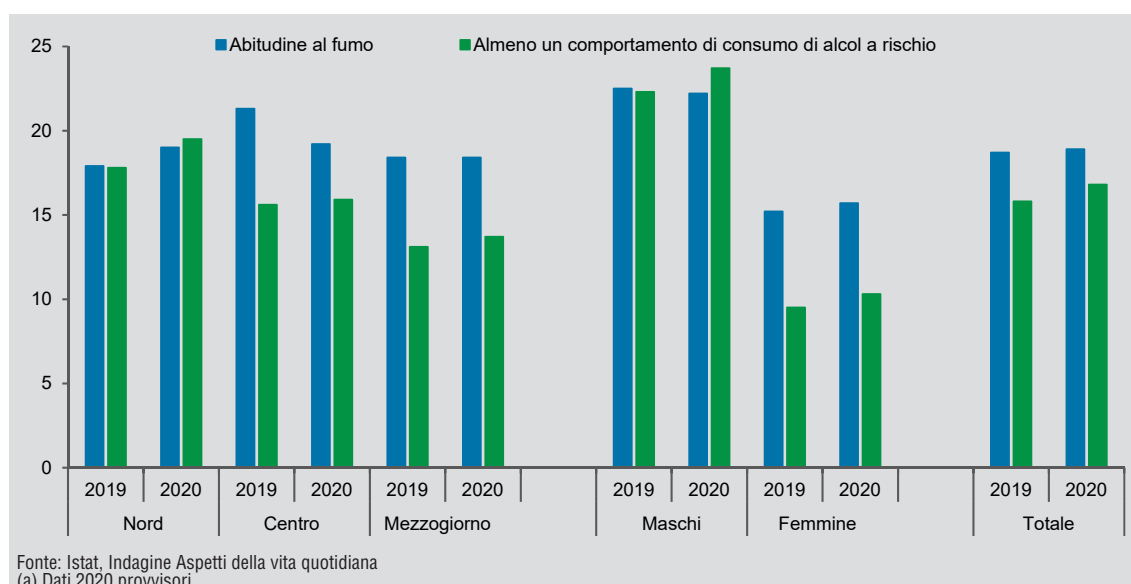
L'abitudine al fumo risulta più elevata a partire dai giovani di 20-24 anni e si mantiene abbastanza stabile fino alle persone di 60-64 anni, mentre si riduce nelle fasce di età successive. L'abitudine al consumo di alcol a rischio ha riguardato nel 2020 il 16,8% della popolazione di 14 anni e più. Dopo una significativa flessione registrata nel 2019, nel 2020 ci si attesta nuovamente sui livelli registrati nel periodo 2015-2018.

Le abitudini più rischiose nel consumo di alcol si confermano essere maggiormente diffuse nelle regioni del Nord (19,5%), rispetto al Centro (15,9%) e specialmente al Mezzogiorno (13,7%). Rispetto al 2019, si osserva un aumento significativo specialmente nelle regioni del Nord (+1,7 punti percentuali).

Si mantiene forte anche nel 2020 il differenziale di genere, con una quota maggiore di uomini con abitudini di consumo a rischio di bevande alcoliche; nel tempo, tuttavia, come già osservato per altri fattori di rischio considerati, si riduce la distanza di genere e i comportamenti delle donne si vanno allineando maggiormente a quelli degli uomini.

Le quote più elevate di consumatori a rischio si ritrovano tra i minori (29,4%), seguiti dai giovani di 18-24 anni (20%) e dalle persone di 65 anni e più (18,8%). I comportamenti di consumo a rischio che caratterizzano questi ultimi due gruppi di popolazione 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.

Figura 13. Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente e proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per ripartizione geografica e genere. Anni 2019 e 2020 (a). Valori percentuali



Anche per i fattori di rischio per la salute 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 (56,1%), rispetto a chi possiede la laurea o un titolo di studio superiore (34,5%). Fa eccezione il consumo non adeguato di alcol, se si considerano gli episodi di ubriacatura (*binge drinking*), per il quale si osserva una relazione inversa rispetto al titolo di studio.

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 (0-74 anni):** 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 10.000 nati vivi.
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:** Proporzioni standardizzate* 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:** Proporzioni standardizzate* 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:** Proporzioni standardizzate* 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.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
- 14. Sedentarietà:** Proporzioni standardizzate* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più.
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
- 15. Adeguata alimentazione:** Adeguata alimentazione: Proporzioni standardizzate* 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 sa- lute mentale (SF36) (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)	Mortalità infantile (e)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (f)
	2020 (*)	2019	2020 (**)	2018	2020 (**)	2018	2019
Piemonte	81,6	58,9	67,7	17,5	46,4	2,0	0,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	80,9	60,7	70,3	17,2	29,9	2,2	0,0
Liguria	81,9	59,2	69,3	16,9	45,3	2,5	0,7
Lombardia	81,2	60,0	68,0	15,7	46,5	2,6	0,5
Trentino-Alto Adige/Südtirol	82,8	65,8	71,9	14,1	33,6	3,3	0,7
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>82,8</i>	<i>69,1</i>	<i>71,4</i>	<i>15,5</i>	<i>29,3</i>	<i>3,2</i>	<i>1,2</i>
<i>Trento</i>	<i>82,8</i>	<i>62,7</i>	<i>72,4</i>	<i>12,9</i>	<i>37,8</i>	<i>3,4</i>	<i>0,3</i>
Veneto	83,1	60,3	69,4	15,1	39,6	2,1	1,0
Friuli-Venezia Giulia	83,0	61,8	71,1	17,0	47,6	2,2	0,7
Emilia-Romagna	82,4	59,6	69,9	15,3	45,5	2,3	0,7
Toscana	83,0	59,8	68,4	15,2	43,6	2,2	0,6
Umbria	83,8	60,0	68,1	14,8	56,1	3,1	0,6
Marche	82,6	58,8	68,1	14,8	44,2	1,7	0,5
Lazio	83,1	58,6	69,3	17,6	49,1	3,0	0,6
Abruzzo	82,4	57,3	68,6	16,8	54,0	3,0	0,5
Molise	82,6	55,5	67,6	17,8	37,6	2,1	0,6
Campania	81,4	58,0	67,6	20,8	62,1	3,8	0,6
Puglia	82,1	57,8	69,0	16,5	47,8	3,3	0,8
Basilicata	82,4	54,3	68,9	17,4	53,3	4,0	0,3
Calabria	82,5	49,7	68,6	17,8	56,7	4,0	0,8
Sicilia	82,0	55,9	68,9	18,8	60,6	4,0	0,8
Sardegna	82,1	54,4	70,0	17,3	62,0	2,5	0,7
Nord	82,0	60,1	68,9	15,9	44,6	2,4	0,7
Centro	83,1	59,1	68,9	16,3	47,0	2,6	0,6
Mezzogiorno	82,2	56,2	68,6	18,5	56,9	3,7	0,7
Italia	82,3	58,6	68,8	16,8	48,8	2,9	0,7

(a) Numero medio di anni;

(b) Punteggi medi standardizzati;

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

(d) Per 100 persone di 75 anni e più;

(e) Tassi standardizzati per 1.000 nati vivi residenti;

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

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

(h) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 65 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 stimati;

(**) Dati provvisori.

1. Salute

Mortalità per tumore (20-64 anni) (g)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (h)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (a)	Eccesso di peso (i)	Fumo (l)	Alcol (l) (n)	Sedentarietà (l)	Adeguata alimentazione (m)
2018	2018	2019	2020 (**)	2020 (**)	2020 (**)	2020 (**)	2020 (**)
8,8	35,9	10,9	41,9	19,7	17,8	28,9	26,7
6,9	54,9	11,9	43,5	17,2	23,0	25,8	21,0
8,6	35,2	10,6	42,6	18,4	17,1	22,2	20,6
8,1	36,1	10,8	43,3	19,8	18,4	25,0	19,7
6,8	36,9	11,4	40,7	18,0	23,4	15,0	21,1
6,9	39,6	10,4	41,3	18,0	25,0	13,6	15,6
6,7	34,6	12,2	40,1	18,0	21,9	16,4	26,5
8,0	39,6	10,4	43,9	16,5	20,7	19,8	20,4
8,5	28,9	10,9	44,3	15,7	22,4	22,3	21,8
7,9	34,4	10,5	45,4	20,5	21,4	25,2	23,2
8,0	32,3	10,6	40,4	20,4	18,5	26,1	22,8
7,9	29,4	10,2	43,9	20,4	16,2	33,4	22,1
8,0	36,5	10,8	43,5	18,7	16,2	28,9	21,9
8,5	28,7	9,7	43,0	18,7	14,2	32,7	19,7
8,1	31,7	9,7	46,5	17,9	15,9	34,6	14,3
8,6	21,8	10,1	49,3	19,3	22,6	41,0	16,8
9,8	24,9	8,8	55,3	18,8	11,6	56,2	10,7
8,4	31,0	9,2	48,0	16,4	16,3	42,2	12,9
8,4	27,3	8,9	50,0	19,4	17,8	46,4	12,6
8,1	25,0	8,5	48,4	17,0	16,1	49,6	12,6
8,7	30,5	7,8	51,2	20,3	9,6	56,6	14,0
9,1	39,9	9,2	42,5	19,3	19,6	31,0	22,3
8,2	36,1	10,7	43,4	19,0	19,5	24,1	21,7
8,2	31,1	10,2	42,2	19,2	15,9	30,2	21,1
8,9	29,4	8,7	50,4	18,4	13,7	49,1	13,4
8,4	33,0	10,0	45,5	18,9	16,8	33,8	18,8

