1. Salute[1]

Per gli indicatori del dominio Salute, il dato più recente a disposizione documenta una situazione di stabilità, o di miglioramento, per la maggior parte degli indicatori, se confrontati sia con il dato riferito all'anno immediatamente precedente, sia con quanto osservato nel 2019 (10 indicatori su 15 del dominio). Le variazioni più recenti, tuttavia, non sono sempre in accordo con le tendenze osservate nel periodo pre-pandemico (Tabella 1).
In particolare, l'indicatore di salute mentale assume nel 2023 un punteggio analogo a quello del 2022 (68,7 contro 69,0 del 2022). La misura si mantiene stabile anche rispetto al 2019 (68,4), ma, a fronte di questa relativa stabilità, a partire dal 2020 si è osservato un preoccupante peggioramento del benessere psicologico soprattutto tra i più giovani, in particolare le ragazze.

Tabella 1. Indicatori del dominio Salute: valore dell'ultimo anno disponibile e variazione percentuale rispetto all'anno precedente e al 2019

INDICATORI	Anno	Valore	Unità di misura	Polarità	Variazioni percentuali	
					rispetto all'anno precedente	rispetto al 2019
Speranza di vita alla nascita* (a)	2023	83,1	anni	+		
Speranza di vita in buona salute alla nascita* (a)	2023	59,2	anni	+		
Indice di salute mentale (SF36)	2023	68,7	punteggio medio	+		
Mortalità evitabile (0-74 anni)	2021	19,2	per 10.000 ab.	-		
Mortalità infantile	2021	2,6	per 10.000 ab.	-		
Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	2022	0,7	per 10.000 ab.	-		
Mortalità per tumore (20-64 anni)	2021	7,8	per 10.000 ab.	-		
Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	2021	33,3	per 10.000 ab.	-		
Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)	2022	49,0	%	-		
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni* (a)	2023	10,6	anni	+		
Eccesso di peso	2023	44,6	tassi standardizzati	-		
Fumo	2023	19,9	tassi standardizzati	-		
Alcol	2023	15,6	tassi standardizzati	-		
Sedentarietà	2023	34,2	tassi standardizzati	-		
Adeguata alimentazione	2023	16,5	tassi standardizzati	+		

Fonte: Istat, Indicatori Bes
Nota: Il colore verde indica un miglioramento, il rosso un peggioramento e il grigio una situazione di stabilità, tenuto conto della polarità dell'indicatore. Gli indicatori hanno polarità positiva se l'incremento del loro valore segnala un miglioramento del benessere, negativa in caso contrario. Per variazioni comprese entro ±1% gli indicatori sono considerati stabili nel periodo di riferimento.
* Per questo indicatore nel calcolo della variazione si considera la differenza puntuale.

Nel 2023 si mantiene stabile la quota di persone in eccesso di peso tra la popolazione dai 18 anni in su (44,6%) sia rispetto all'anno precedente sia nel confronto con il 2019, sebbene nel tempo l'indicatore abbia subito un peggioramento relativamente alla componente dell'obesità, che si conferma in aumento nel medio e lungo periodo.
Anche la quota di popolazione con un consumo a rischio di bevande alcoliche si è mantenuta stabile nel 2023 rispetto all'anno precedente (15,6% delle persone di 14 anni e più) e su livelli simili al 2019 (15,8%).
Tra gli indicatori che hanno mostrato un miglioramento nell'ultimo anno, la speranza di vita alla nascita passa da 82,6 a 83,1 anni nel 2023, recuperando quasi del tutto il livello di 83,2 anni del 2019, sebbene con differenze sul territorio e per genere; e la vita media attesa senza limitazioni a 65 anni sale a 10,6 anni, contro i 10 sia del 2022 sia del 2019.

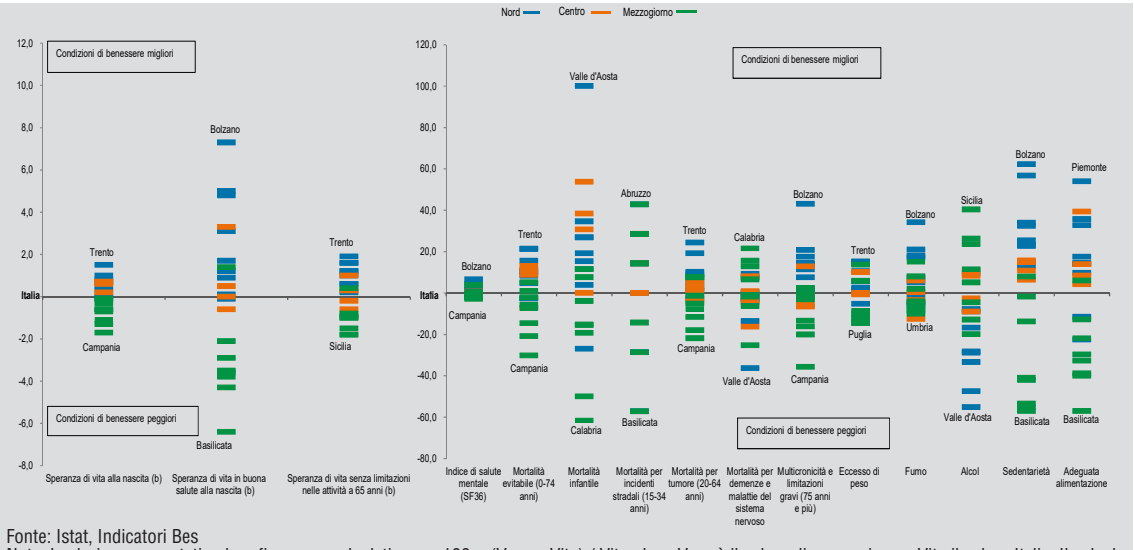
1 Questo Capitolo è stato curato da Emanuela Bologna. Hanno collaborato: Silvia Bruzzone, Lidia Gargiulo, Laura Iannucci, Simone Navarra, Marilena Pappagallo, Silvia Simeoni, Alessandra Tinto. Il box "Le misure di mortalità del Bes per titolo di studio" è a cura di Luisa Frova, Simone Navarra, Marilena Pappagallo e Silvia Simeoni.

Sul fronte degli stili di vita, diminuisce la quota di popolazione sedentaria (34,2% delle persone di 14 anni e più nel 2023), con un deciso miglioramento rispetto, sia al 2022 (36,3%), sia al 2019 (35,5%). Si riduce lievemente rispetto al 2022 anche la percentuale di fumatori di 14 anni e più (19,9%), che tuttavia ha fatto registrare una tendenza alla crescita costante negli anni precedenti (nel 2019, la quota di fumatori era il 18,7%).
In miglioramento anche alcuni indicatori di mortalità riferiti al 2021[2] nel confronto con il 2020. In particolare, si riduce la mortalità evitabile della popolazione di 0-74 anni che è risultata pari a 19,2 ogni 10 mila residenti nel 2021 contro il 19,7 del 2020. Malgrado questo miglioramento, nel 2020 e nel 2021 l'indicatore ha subito un importante incremento, in controtendenza con la riduzione di lungo periodo osservata per tutto il periodo 2005-2019, sul quale ha certamente pesato la mortalità attribuibile al *COVID-19*[3].
Si riduce nel 2021 anche il tasso di mortalità per tumori della popolazione adulta di 20-64 anni (7,8 per 10 mila residenti rispetto a 8,0 per 10 mila residenti del 2020). Tale andamento decrescente è in linea con la tendenza alla diminuzione in atto da diversi anni.
Andamento analogo per la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso delle persone di 65 anni e più, che nel 2021 è pari a 33,3 per 10 mila abitanti, contro il 35,6 per 10 mila abitanti del 2020. Il valore dell'indicatore è inferiore anche a quanto registrato nel 2019 (33,9).
Tra gli indicatori che mostrano, invece, un peggioramento rispetto all'anno precedente, troviamo la speranza di vita in buona salute, che nel 2023 scende a 59,2 anni contro i 60,1 del 2022. Tale riduzione ha riportato l'indicatore quasi al livello del 2019 (58,6 anni), ridimensionando l'incremento anomalo verificatosi tra il 2020 e il 2022 dovuto alla componente soggettiva, per effetto della più diffusa percezione di condizioni di buona salute in tempi di pandemia, documentata nei precedenti Rapporti Bes[4].
Sul versante degli stili alimentari più sani, nel 2023 la percentuale di popolazione di 3 anni e più che ha consumato giornalmente almeno quattro porzioni di frutta o verdura è pari al 16,5%. Tale quota è lievemente inferiore rispetto al 2022, ma con una flessione più marcata se confrontata con i valori osservati fino al 2019.
Tra gli anziani, dai 75 anni, le persone in condizione di multicronicità e con gravi limitazioni sono passate dal 47,8% del 2021 al 49,0% del 2022, tornando al livello del 2019.
Aumenta anche la mortalità per incidenti stradali tra i giovani di 15-34 anni, che si è attestata a 0,7 per 10 mila residenti nel 2022 contro lo 0,6 del 2021. Tale andamento riporta l'indicatore esattamente al livello del 2019, dopo la riduzione osservata nel 2020-2021, imputabile però alla minore mobilità sul territorio dovuta alle restrizioni degli spostamenti disposta per contrastare la diffusione della pandemia da *COVID-19*.
In peggioramento anche la mortalità infantile, che nel 2021 è risultata pari a 2,6 per 1.000 nati vivi, in aumento rispetto al 2019-2020 (quando il valore era pari a 2,5 per 1.000 nati vivi).
Confrontando per ogni indicatore del dominio la distanza di ciascuna regione o provincia autonoma dal valore nazionale, si osserva una notevole eterogeneità nelle distribuzioni (Figura 1).

2 L'ultimo dato disponibile per le cause di morte è il 2021, in linea con la tempistica prevista dal Regolamento (UE) n. 328/2011 della Commissione, recante disposizioni attuative del regolamento (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro.
3 La mortalità da *COVID-19* è stata inclusa da Eurostat nella lista di cause relativa alla dimensione prevenibile dell'indicatore a partire dai dati 2020.
4 Istat, Rapporto Bes 2021. https://www.istat.it/it/archivio/269316.

Le province autonome di Trento e Bolzano si collocano tra le realtà più virtuose, con 5 indicatori su 15 che assumono i valori massimi di benessere, mentre la Campania e la Basilicata si attestano più spesso delle altre aree del Paese sui valori minimi (rispettivamente in 5 e in 4 indicatori su 15).
Tra gli indicatori con maggiore variabilità territoriale rispetto alla media nazionale ci sono la speranza di vita in buona salute alla nascita (con il valore migliore rispetto alla media nazionale nella provincia autonoma di Bolzano e il valore più critico in Basilicata), la mortalità infantile (con il livello peggiore in Calabria e il migliore in Valle d'Aosta) e la mortalità per incidenti stradali (per la quale il valore minimo rispetto alla media nazionale si osserva in Abruzzo e quello più elevato in Basilicata).
Per gli stili di vita, l'eterogeneità regionale più elevata si osserva per la sedentarietà, l'abuso di alcol e un'adeguata alimentazione, mentre è meno marcata per abitudine al fumo ed eccesso di peso.
Per l'indicatore sulla sedentarietà, la Basilicata registra un valore di quasi il 60% superiore rispetto alla media italiana (53,7% vs la media italiana del 34,2%), mentre il valore minimo si rileva nella provincia autonoma di Bolzano, dove solo circa il 15% delle persone di 14 anni e più non praticano né sport né attività fisica. La proporzione maggiore di persone che consuma giornalmente quantità adeguate di frutta e verdura si osserva in Piemonte (+54% rispetto al valore medio italiano) e la più bassa in Basilicata (-57% dalla media). Si differenzia invece l'andamento territoriale per il consumo di alcol a rischio, per il quale si osservano valori più critici in alcune regioni del Nord, in particolare in Valle d'Aosta il consumo a rischio riguarda il 24,2% delle persone, quello più virtuoso si rileva in Sicilia (9,3%).
L'indice di salute mentale, la speranza di vita alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni rappresentano gli indicatori il cui livello è meno variabile tra le regioni. La provincia autonoma di Bolzano presenta i valori più elevati rispetto alla media italiana per l'indice di salute mentale, mentre la provincia autonoma di Trento è in cima alla gra-

Figura 1. Indicatori del dominio Salute: differenze percentuali* tra i valori regionali e il valore Italia. Ultimo anno disponibile (a)**. Italia = 0**



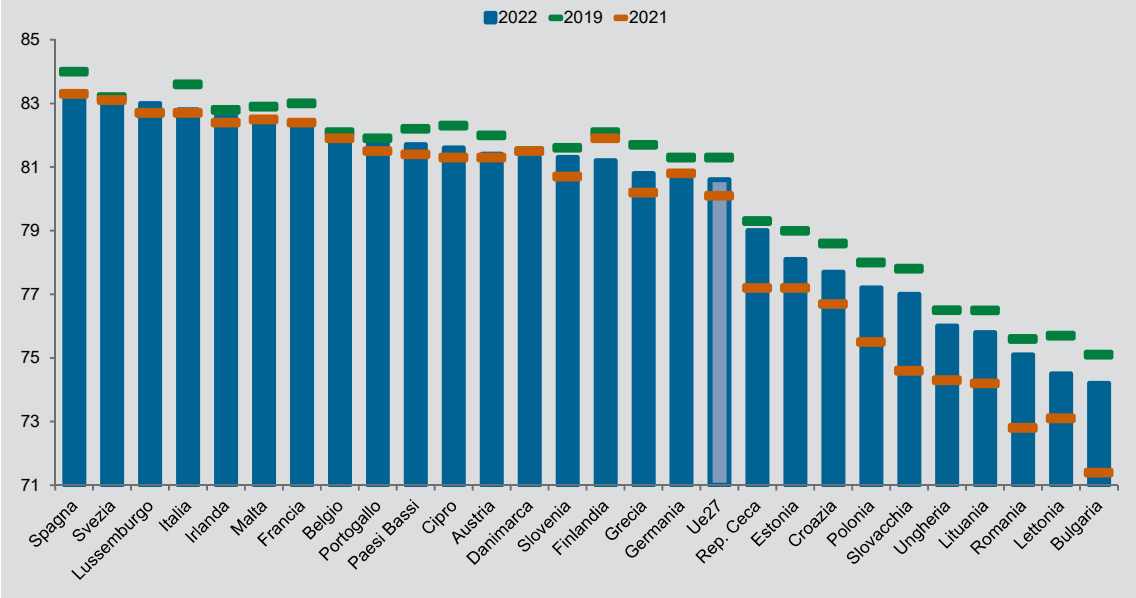
Fonte: Istat, Indicatori Bes
Nota: I valori rappresentati sul grafico sono calcolati come 100 × (Vreg – Vita) / Vita, dove Vreg è il valore di una regione e Vita il valore Italia. Il calcolo tiene conto della polarità dell'indicatore. Valori maggiori di zero indicano una condizione di benessere migliore rispetto alla media Italia; al contrario, valori minori di zero indicano una condizione peggiore. Per maggiore fruibilità della Figura cfr. https://www.istat.it/it/archivio/296050.
* Per la speranza di vita alla nascita, la speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni nel calcolo della variazione si considera la differenza puntuale rispetto al valore Italia.
(a) L'anno di riferimento per ciascun indicatore è quello riportato nella Tabella 1.
(b) Il dato 2023 è provvisorio.

duatoria sia per la speranza di vita alla nascita sia per la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni. In particolare, nella PA di Trento si osserva la più elevata vita media attesa alla nascita, pari a 84,2 anni, cui si contrappone la Campania con il livello più basso di sopravvivenza atteso (80,9 anni).
In Campania si rilevano i valori più critici per l'indice di salute mentale, mentre in Calabria e Sicilia per la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (8,7 anni).

La speranza di vita alla nascita si avvicina ai livelli pre-pandemia

Secondo le ultime stime provvisorie del 2023 la speranza di vita alla nascita si attesta in Italia a 83,1 anni, con un incremento stimato di circa 6 mesi rispetto al 2022 (era 82,6 anni). Nel 2023 tale indicatore mostra un ulteriore miglioramento, recuperando quasi del tutto la perdita degli anni di vita attesa dovuta alla pandemia (83,2 anni nel 2019). Gli uomini con 81,1 anni di vita media attesa tornano allo stesso livello del 2019, anno in cui si era raggiunto il valore più elevato mai registrato prima, mentre per le donne (85,2 anni) mancano ancora 0,2 anni rispetto al livello massimo del 2019 (era 85,4).
Nel contesto europeo il dato più aggiornato disponibile del 2022 consente di comparare la misura del recupero degli anni persi durante la pandemia tra i diversi Paesi Ue. Nel 2019, anno che precede la pandemia, nella graduatoria dei Paesi Ue l'Italia con una speranza di vita alla nascita pari a 83,6 anni si collocava al secondo posto dopo la Spagna (84,0), nel 2022 risulta invece al quarto posto con 82,8 anni, dopo Spagna (83,2), Svezia (83,1) e Lussemburgo (83,0); mentre ai livelli più bassi della graduatoria si conferma anche nel 2022 la Bulgaria (74,2 anni), seguita da Lettonia (74,5) e Romania (75,1) (Figura 2).
Confrontando la vita media attesa del 2022 rispetto a quella del 2019, emerge che per l'Unione europea restano in media ancora da recuperare 0,7 anni, con differenze superiori

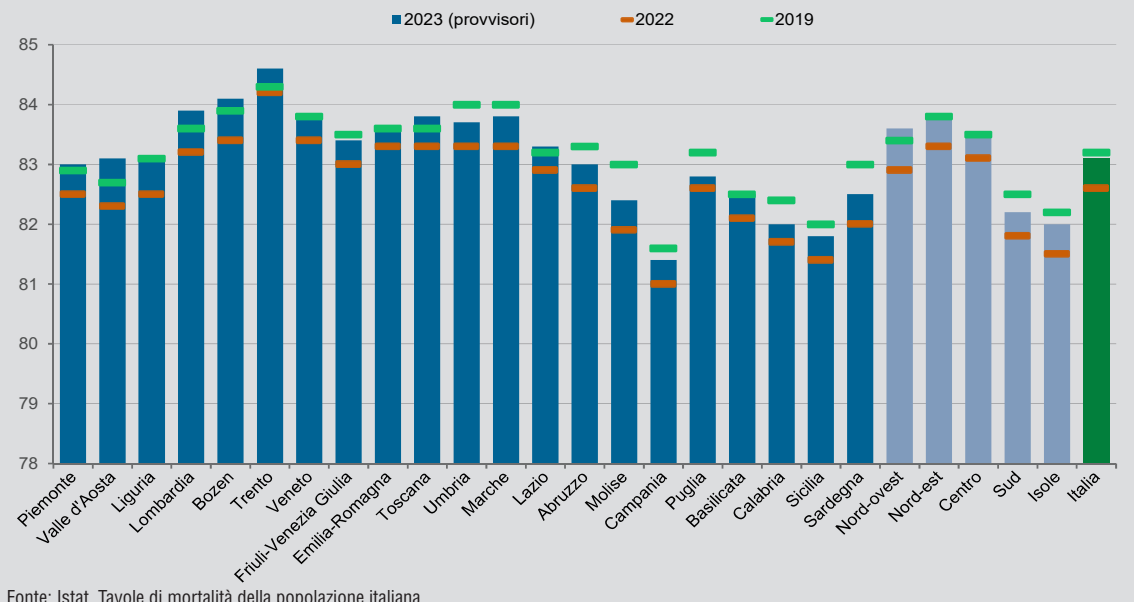
Figura 2. Speranza di vita alla nascita nei Paesi dell'Ue27. Anni 2019, 2021 e 2022 (a)**. In anni**



Fonte: Eurostat
(a) Per motivi di comparabilità internazionale viene qui commentato l'ultimo dato disponibile sul database di Eurostat: anno 2022. 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 16/03/2024 ed estratto dalla banca dati Eurostat il 29/03/2024 (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/table?lang=en).

al valore medio Ue soprattutto per i paesi dell'Europa dell'Est, come si evince anche dalla Figura 2. In particolare rispetto al 2019 la Lettonia (con 74,5 anni) deve ancora recuperare 1,2 anni, avendone persi quasi il doppio durante la pandemia, mentre Estonia e Croazia quasi 1 anno (-0,9). Anche paesi dell'Europa occidentale come Finlandia (81,2) e Grecia (80,8) devono ancora recuperare un *gap* di simile entità, rispetto al 2019 per entrambe sono 0,9 anni, mentre per Italia e Spagna restano da riguadagnare 0,8 anni, per la Francia sono 0,7, e per la Germania 0,6 anni. Inoltre la Figura 2 evidenzia anche la forte ripresa che hanno conseguito i paesi dell'Europa dell'Est rispetto al 2021, in particolare la Bulgaria (+2,8 anni), la Romania (+2,3), la Lettonia (+1,4), ma anche la Slovacchia che comunque aveva già recuperato nel 2021 la gran parte degli anni persi rispetto al 2019 (+2,4, a fronte dei 3,2 anni persi complessivamente).
A livello regionale, si confermano nel 2023 i ben noti divari con la più elevata vita media attesa alla nascita nella PA di Trento, pari a 84,6 anni, 3,2 anni in più rispetto alla Campania (81,4 anni). Per il recupero degli anni di vita persi nel biennio della pandemia si evidenziano dinamiche diverse nelle macroaree e nelle regioni (Figura 3). Il Nord-ovest, con la perdita maggiore pari a circa due anni, aveva subito riguadagnato buona parte degli anni persi, e nel 2023, con ben +0,7 anni rispetto al 2022, supera anche la stima del 2019 di 0,2 anni (83,6 anni). Anche il Nord-est ripristina del tutto il livello del 2019 (83,8) con un +0,5 anni rispetto al dato del 2022, così come accade per il Centro (83,5), con un +0,4 anni, anche se gli anni persi erano di meno (-0,6 anni nel 2020). Nel Mezzogiorno, pur avendo guadagnato +0,4 anni rispetto al 2022, la stima provvisoria più recente si attesta a 82,1 anni (82,2 per il Sud e 82,0 per le Isole): permane dunque ancora un *gap* rispetto al 2019, con 0,3 anni ancora da recuperare.
In particolare tra le regioni del Nord la PA di Trento (84,6 anni nel 2023) ha riguadagnato l'anno e mezzo perso (84,3 anni nel 2019) e anche migliorato i livelli di sopravvivenza attesi, attestandosi anche nel 2023 in cima alla graduatoria delle regioni, seguita dalla PA di Bolzano (84,1). Migliorano rispetto al 2019 anche la Valle d'Aosta (83,1 vs 82,7 anni) e la Lombardia, che raggiunge gli 83,9 anni (erano 83,6), anche in questo caso il livello migliore mai conseguito prima. Tra le regioni del Centro, pur recuperando tutte rispetto al 2022 (circa +0,4 o +0,5 anni), solo Toscana

Figura 3. Speranza di vita alla nascita per regione e ripartizione territoriale. Anni 2019, 2022 e 2023 (a)**. In anni**



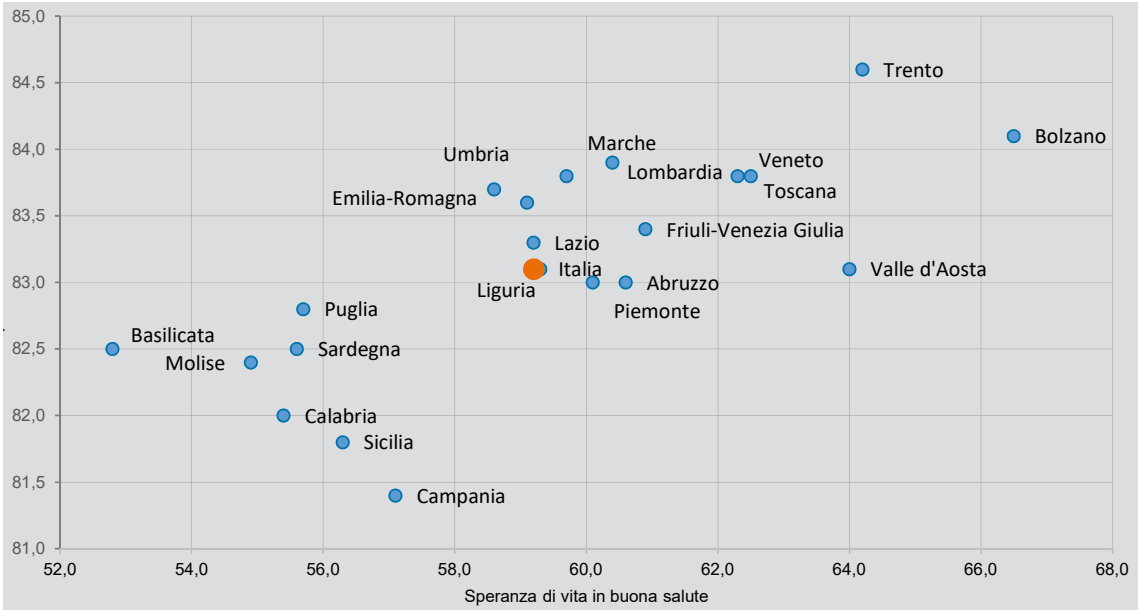
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana
(a) Il dato relativo al 2023 è una stima provvisoria.

(83,8) e Lazio (83,3) superano anche il valore del 2019. Invece, tra le regioni del Mezzogiorno, solo la Basilicata (82,5) si riallinea al 2019. Molise e Sardegna devono ancora recuperare almeno sei mesi rispetto al dato pre-pandemia: nel 2023 la vita media attesa alla nascita si stima rispettivamente pari a 82,4 anni e 82,5 (era 83,0 anni in entrambe le regioni nel 2019).

Si riduce di circa un anno la speranza di vita in buona salute rispetto al 2022

Per l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita continua nel 2023 il *trend* in diminuzione rispetto al dato anomalo registrato nel primo anno di pandemia[5], infatti l'ultima stima (provvisoria) relativa al 2023 si attesta a 59,2 anni, ossia un valore più prossimo a quello del 2019 (58,6 anni). L'Indicatore aveva raggiunto il picco massimo di 61,0 anni nel primo anno della pandemia, riducendosi a 60,5 anni nel 2021 e poi a 60,1 anni nel 2022.
Tenuto conto del complessivo riallineamento della vita media attesa al 2019, la flessione di questo indicatore composito è senz'altro imputabile all'andamento della componente soggettiva, quella cioè relativa alla buona salute percepita che, dopo il picco elevato del 2020, è in costante riavvicinamento al dato del 2019. Nel 2023, infatti, la quota di popolazione che si dichiara in buona salute è stimata pari al 68,7%, assestandosi al livello del 2019 (al 68,8), ma oltre 3 punti inferiore al valore del 2020 (72,0%).
Si amplia nuovamente il divario territoriale Nord-Sud rispetto al 2022. Il differenziale geografico della vita attesa in buona salute nel 2023 è di circa 4 anni a svantaggio del Mezzogiorno (56,5 anni), rispetto al Nord (60,6). Dopo la riduzione del divario Nord-Sud ai livelli minimi del 2021 e 2022 (circa 2,5 anni), il differenziale ritorna a livelli pre-pandemia (era pari a 3,9 anni nel 2019).
Il dettaglio regionale, rappresentato nella Figura 4, consente di distinguere le regioni in cui si vive di più o di meno rispetto alla media italiana, considerando congiuntamente gli anni attesi da vivere in buona salute. Così, sebbene i residenti della PA di Trento siano i più

Figura 4. Speranza di vita alla nascita e speranza di vita in buona salute alla nascita per regione. Anno 2023 (a)**. In anni**



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana
(a) Il dato relativo al 2023 è una stima provvisoria.

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

longevi d'Italia nel 2023, coloro che possono aspettarsi di vivere il maggior numero di anni in buona salute sono gli abitanti della PA di Bolzano: 66,5 anni degli 84,1 anni di vita attesa alla nascita, pari a circa l'80% degli anni da vivere, a fronte dei 64,2 anni di Trento (pari al 76% della vita attesa).
Nel quadrante positivo in cui si combinano elevate speranze di vita alla nascita e vita attesa in buona salute, si evidenziano anche regioni come Toscana e Veneto (rispettivamente 62,5 e 62,3 anni in buona salute con 83,8 di vita attesa per entrambe). La Valle d'Aosta, pur presentando livelli di speranza di vita in buona salute tra i più elevati (64,0) dopo le due citate PA del Trentino Alto Adige, risulta allineata alla media Italia per vita attesa (83,1 anni).
Nel quadrante opposto si collocano quasi tutte le regioni del Mezzogiorno: la Basilicata è la regione con il più basso numero di anni di speranza di vita in buona salute (52,8 anni degli 82,5 da vivere) nel 2023, seguita da Molise (54,9) e Calabria (55,4) rispettivamente con 82,4 e 82,0 anni di speranza di vita. La Campania pur collocandosi ai più bassi livelli di vita media attesa in Italia, presenta un valore pari a 57,1 come anni di vita in buona salute, superata solo dall'Abruzzo (60,6 anni) considerando le regioni del Mezzogiorno.

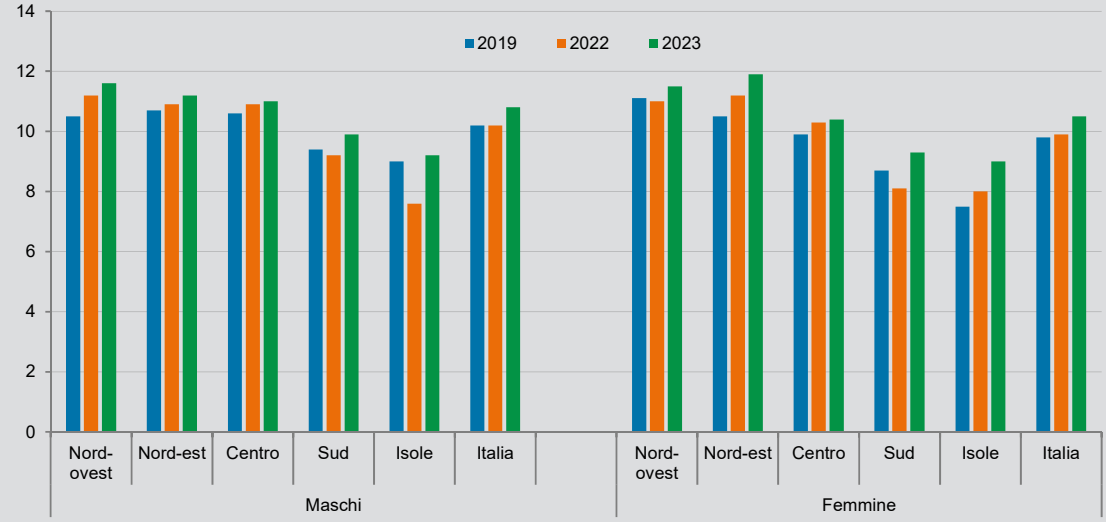
Continua a ridursi il divario di genere nella longevità. Resta stabile per la speranza di vita in buona salute

Nel 2023 si assottiglia il divario di genere (–4,1 anni) nella vita attesa alla nascita che vede comunque svantaggiati gli uomini (era -4,3 nel 2019 e -4,7 nel 2020, ma quasi -6 anni agli inizi del 2000). La riduzione del *gap* riguarda in particolare il Nord-ovest con un differenziale di -4 anni, mentre nel Mezzogiorno è pari a -4,3 anni, come nel 2019. Ciò è imputabile anche al fatto che mentre gli uomini del Nord-ovest in media hanno conquistato quasi 5 mesi di vita in più rispetto al 2019, le donne hanno solo ripristinato il valore del 2019. Anche nel Centro il differenziale è simile, ma il guadagno degli uomini è solo di 0,1 anni, a fronte di una stabilità al 2019 per le donne. Nel Mezzogiorno il divario di genere resta analogo al 2019, poiché il parziale recupero del 2023 comporta che sia per gli uomini sia per le donne mancano ancora 0,3 anni rispetto al 2019.
Nonostante la maggiore longevità delle donne, spetta agli uomini trascorrere un maggior numero di anni da vivere in buona salute come ormai si riscontra da tempo: nel 2023 la speranza di vita in buona salute alla nascita è pari a 60,5 anni per gli uomini e 57,9 per le donne. Inoltre il più elevato livello di sopravvivenza tra le donne determina per loro un periodo più lungo da vivere senza godere di una buona salute (circa 27 anni per le donne e circa 20 per gli uomini).
Rispetto al 2022, la speranza di vita in buona salute sembra ridursi più tra le donne (da 59,1 anni a 57,9) che tra gli uomini (da 61,2 a 60,5), ma per entrambi i generi la riduzione ha un gradiente geografico man mano che si passa da Nord al Mezzogiorno, dove si registra un -1,5 anni per gli uomini e -2,0 per le donne (vs un miglioramento per gli uomini di +0,2 anni e -0,4 per le donne nel Nord). Se allunghiamo il periodo di confronto al 2019, per comprendere gli effetti su tale indicatore dopo la pandemia rispetto al genere, prevale un segno decisamente più positivo per gli uomini (+0,7 anni di buona salute) che permane di simile entità nelle diverse macroaree del Paese; le donne recuperano ampiamente il dato pre-pandemia (57,9 anni, era 57,6 nel 2019), ma mentre il Centro migliora (+1,5 anni), il Sud restituisce un valore negativo (-0,4 anni rispetto al 2019).

La speranza di vita senza limitazioni a 65 anni in lieve aumento nel 2023, anche rispetto al periodo pre-pandemico

Nel 2023 la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si attesta a 10,6 anni, senza sostanziali differenze di genere (10,8 anni per gli uomini e 10,5 per le donne). Mentre la speranza di vita a 65 ha quasi recuperato gli anni persi nel periodo pandemico (-0,1 anni), l'indicatore che analizza la sopravvivenza in piena autonomia, ossia relativa agli anni che una persona di 65 anni si aspetta di vivere senza limitazioni nelle attività è invece migliorato sia rispetto all'anno precedente (era 10,1 anni), sia rispetto al 2019 (era 10,0). Permane il divario territoriale: nel Nord nel 2023 la vita attesa in piena autonomia a 65 anni si attesta a 11,5 anni e nel Mezzogiorno scende a 9,4 anni, con un differenziale di 1,9 anni per gli uomini e 2,3 anni per le donne. Durante la pandemia per le donne il divario territoriale Nord-Sud si era di molto ridotto (da 2,5 anni nel 2019 a 1,7 nel 2020 e nel 2021), invece per gli uomini era più contenuto nel 2019 (1,3 anni), ma raggiunge circa i 2 anni nel 2023 (in leggera flessione rispetto al 2022). La Figura 5 evidenzia in modo più dettagliato il miglioramento del 2023 in tutte e cinque le ripartizioni, ma con un andamento sempre crescente sia rispetto al 2022 sia rispetto al 2019 nelle due ripartizioni del Nord, a fronte di un *trend* più articolato nelle altre ripartizioni. Inoltre nelle Isole la vita media attesa a 65 anni senza limitazioni per le donne è più bassa di 2,9 anni rispetto a chi risiede nel Nord-est, per gli uomini la differenza è di 2 anni.

Figura 5. Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni per ripartizione geografica. Anni 2019, 2022 e 2023 (a)**. In anni**



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine "Aspetti della vita quotidiana"
(a) Il dato relativo al 2023 è una stima provvisoria.

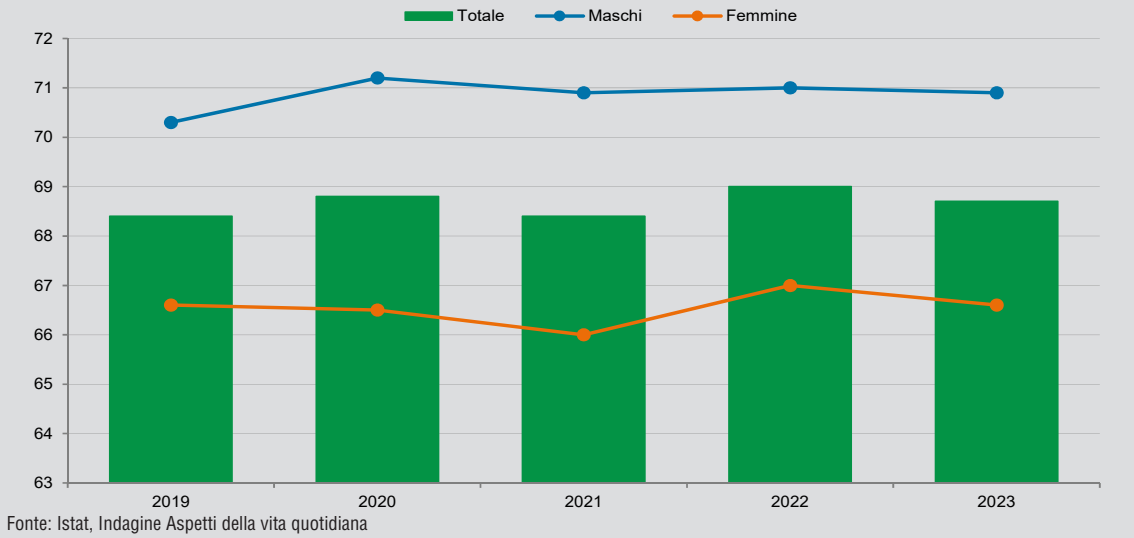
Ancora criticità per il benessere psicologico di donne e giovanissimi

Il benessere psicologico, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che individua nella salute mentale una componente essenziale della salute[6], è ormai riconosciuto come una priorità di salute pubblica su cui indirizzare azioni e progetti specifici.

6 OECD (2023), *Measuring Population Mental Health, OECD Publishing*, Paris, https://doi.org/10.1787/5171eef8-en.

L'analisi dell'indice di salute mentale (MH)[7], pur con i limiti di una misurazione sintetica, fornisce uno strumento utile per monitorarne l'evoluzione.
Nel 2023 l'indice MH standardizzato per età assume in Italia il punteggio di 68,7, un valore solo leggermente inferiore rispetto al 2022 (era pari a 69,0), e sostanzialmente stabile rispetto al 2019 (quando era pari a 68,4)[8].
Le condizioni di benessere psicologico delle donne sono però costantemente peggiori, con un *gap* rispetto al punteggio relativo agli uomini di 4,3 punti nel 2023, in aumento rispetto ai 3,7 punti di differenza del 2019 (Figura 6).

Figura 6. Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per sesso. Anni 2019-2023. Punteggi medi standardizzati



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

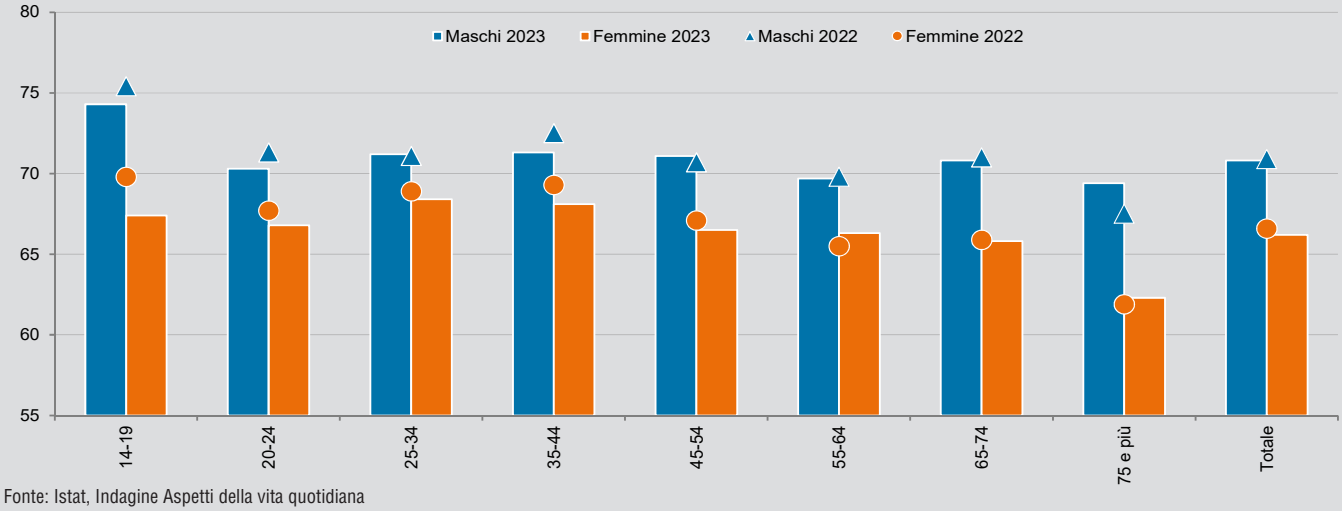
L'indice di benessere psicologico ha un punteggio medio più elevato tra i giovanissimi (71,0 tra i 14-19enni nel 2023), decresce tra i 20 e i 24 anni (68,6) per poi risalire con un secondo picco positivo tra i 25 e i 44 anni, in cui il punteggio arriva quasi a 70. Le condizioni peggiorano poi nelle età più anziane e l'indice MH raggiunge il minimo tra le persone dai 75 anni in poi (65,2). La differenza di genere a svantaggio delle donne si osserva a tutte le età (Figura 7), ma è particolarmente accentuata tra i più giovani e tra i più anziani. Nel 2023, in questi gruppi il divario di genere raggiunge i 7 punti: il punteggio è pari a 74,3 per i ragazzi di 14-19 anni (67,4 tra le coetanee) ed è pari a 69,4 tra gli uomini di 75 anni e oltre (62,3 tra le donne della stessa età). Mentre tra i più anziani l'ampiezza del *gap* si può almeno in parte imputare alla maggiore longevità delle donne, tra i più giovani l'aumento del divario si è accentuato negli ultimi anni, caratterizzati da un contesto sociale e ambientale, anche internazionale, molto più precario. Già nel 2021 si era osservato infatti un maggior impatto delle conseguenze della pandemia sul benessere

7 Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale, viene considerato nel set di indicatori Bes 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. Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 51, Issue 11: 1179-1188).

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

psicologico delle ragazze[9], e anche nell'ultimo anno sono le più giovani il gruppo in cui si riscontra la maggiore flessione dell'indice, che passa da 69,8 nel 2022 a 67,4 nel 2023.

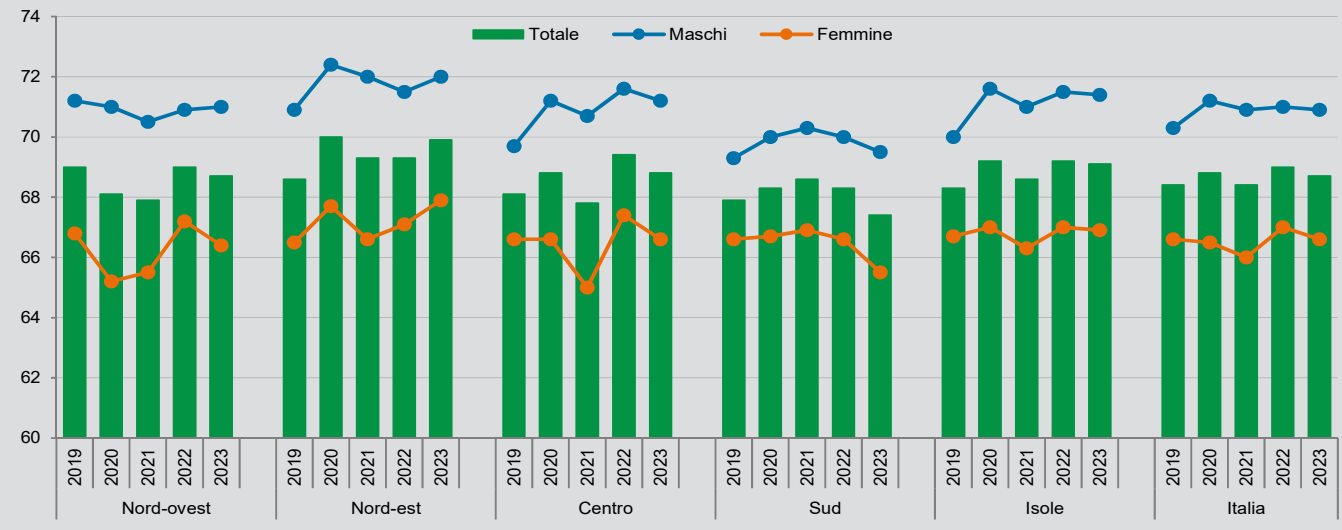
Figura 7. Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per classe di età e sesso. Anni 2022, 2023. Punteggi medi



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

L'andamento dell'indice MH nel 2023 si differenzia anche sul territorio. Il Nord-est, grazie al miglioramento rispetto all'anno precedente (+0,6 punti), torna a essere il territorio con i livelli più alti di benessere psicologico (69,9). Seguono le Isole (69,1) e il Centro (68,8). Il Nord-ovest, dove si era osservata una maggiore flessione dell'indice di benessere mentale nei due anni di pandemia, divenuto il territorio con i più bassi livelli dell'indice MH nel 2021 insieme al Centro, consolida anche nel 2023 il riallineamento ai livelli del 2019 (68,7). Il Sud, infine, dove si rilevano le peggiori condizioni di benessere psicologico, è l'unica area geografica in cui l'indice mostra un ulteriore calo nel corso dell'ultimo anno; l'indice scende da 68,3 a 67,4, assumendo quindi valori anche inferiori a quelli del 2019 (Figura 8).

Figura 8. Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per ripartizione geografica e sesso. Anni 2019-2023. Punteggi medi standardizzati



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

9 Istat, Rapporto Bes 2021. https://www.istat.it/it/archivio/269316.

Nel 2020 e nel 2021 aumenta la mortalità evitabile

La mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) si riferisce ai decessi che potrebbero essere significativamente ridotti grazie alla diffusione di stili di vita più salutari e alla diminuzione di fattori di rischio ambientali e comportamentali nonché grazie a un'assistenza sanitaria adeguata e accessibile[10].
Nel 2021, il tasso standardizzato di mortalità evitabile riferito alle persone da 0 a 74 anni è risultato per l'Italia pari a 19,2 per 10 mila residenti, in lieve riduzione rispetto al 2020, quando aveva raggiunto il 19,7 per 10 mila residenti. L'andamento dell'indicatore[11], dopo aver mostrato una costante riduzione per tutto il periodo dal 2005 al 2019 (era pari a 23,4 per 10 mila residenti nel 2005 e aveva raggiunto il 16,5 nel 2019), ha subito un importante incremento a cavallo del 2020-2021, su cui ha certamente pesato la mortalità attribuibile al *COVID-19*, che nel 2020 è stato la causa di 18 mila 370 decessi e nel 2021 di 18 mila 164 decessi.
Scomponendo l'indicatore nelle sue due sottodimensioni di mortalità trattabile e mortalità prevenibile, nel 2020 e nel 2021 l'incremento osservato ha riguardato essenzialmente la componente della mortalità prevenibile (all'interno della quale è stata inserita anche la mortalità da *COVID-19*), passata da 10,1 per 10 mila residenti del 2019 a 13 per 10 mila residenti del 2020, per poi ridursi leggermente nel 2021 attestandosi a 12,8 per 10 mila. Tale componente era quella che, a partire dal 2005 e fino al periodo pre-pandemico, si era ridotta di più (era infatti pari a 14,7 per 10 mila residenti nel 2005 ed era arrivata a 10,1 nel 2019). Su questa diminuzione avevano pesato la riduzione dei decessi per tumore al polmone (passati sotto i 75 anni da 18 mila 332 nel 2005 a 15 mila 658 nel 2019) e per le cardiopatie ischemiche, che erano passate da 18 mila 826 a 11 mila 781.
La mortalità trattabile, che ugualmente fino al 2019 si era ridotta seppur con diversa intensità, diversamente dalla prevenibile, è risultata maggiormente stabile anche nel periodo 2020-2021: il tasso, che era di 6,4 decessi per 10 mila residenti nel 2019, raggiunge 6,6 nel 2020 e si attesta nuovamente a 6,4 nel 2021 (Figura 9).
Anche nel 2021 si confermano marcate differenze di genere, con valori più elevati tra gli uomini che tra le donne (25,5 per 10 mila residenti tra gli uomini contro 13,4 tra le donne). Lo svantaggio maschile è spiegato soprattutto dalla componente "prevenibile" ed è legato ad aspetti maggiormente associati agli stili di vita (ad esempio abitudini alimentari, attività fisica) e ai comportamenti più a rischio (abuso di alcol, maggiore propensione a fumare, eccetera)[12]. Complessivamente nel 2021, il tasso di mortalità prevenibile per gli uomini è

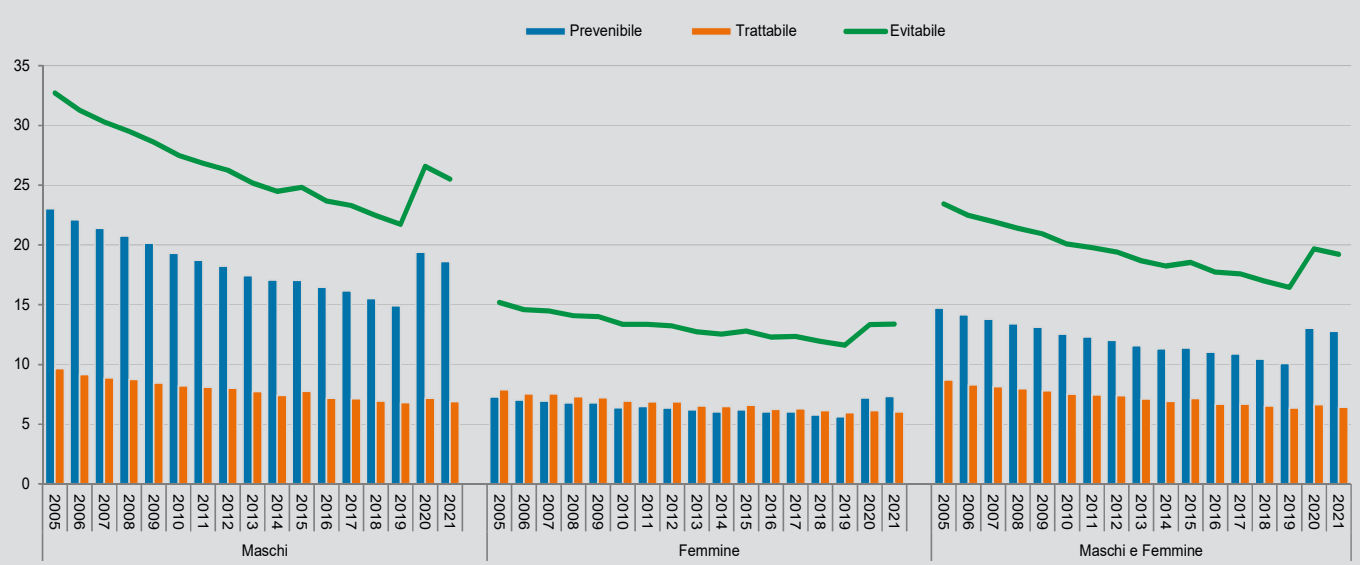
10 La mortalità evitabile è costituita da due componenti, la mortalità prevenibile e quella trattabile. In particolare, si intende per mortalità prevenibile quella che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica. Con mortalità trattabile ci si riferisce a quei decessi che potrebbero essere contenuti grazie a 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 A partire dal 2020 il *COVID-19* è stato inserito da Eurostat tra le cause di morte ritenute prevenibili. Per tale ragione i tassi di mortalità prevenibile e evitabile riferiti agli anni 2020 e 2021 tengono conto anche di tale causa. *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death* (January 2022 version), https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.

12 A queste cause si è aggiunta a partire dal 2020 anche la mortalità da *COVID-19* che nel 2020 ha riguardato 13 mila 463 uomini contro 4 mila 907 donne, mentre nel 2021 12 mila 538 uomini contro 5 mila 626 donne.

stato pari a 18,6 per 10 mila residenti, mentre per le donne è stato pari a 7,3, con una riduzione rispetto al 2020 che ha riguardato prevalentemente gli uomini (il valore era pari a 19,4 per 10 mila residenti), mentre quello delle donne si è mantenuto pressoché costante (era pari a 7,2 nel 2020). Per la mortalità trattabile, invece, il tasso per gli uomini nel 2021 è stato pari a 6,9 per 10 mila residenti, quello delle donne pari a 6. Differenze uomo - donna analoghe sono state osservate nel 2020 (7,2 contro 6,1).
I tassi della mortalità prevenibile relativi agli uomini si sono sempre mantenuti pari ad almeno il doppio di quelli relativi alla mortalità trattabile e tale distanza si è acuita nel biennio 2020-2021. Viceversa, per quanto riguarda le donne, i valori della mortalità trattabile sono risultati sempre superiori a quelli della mortalità prevenibile, a eccezione degli anni 2020-2021 in cui la mortalità prevenibile da *COVID-19* lo ha reso superiore a quello della trattabile.

Figura 9. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per sesso. Anni 2005-2021. Per 10.000 residenti



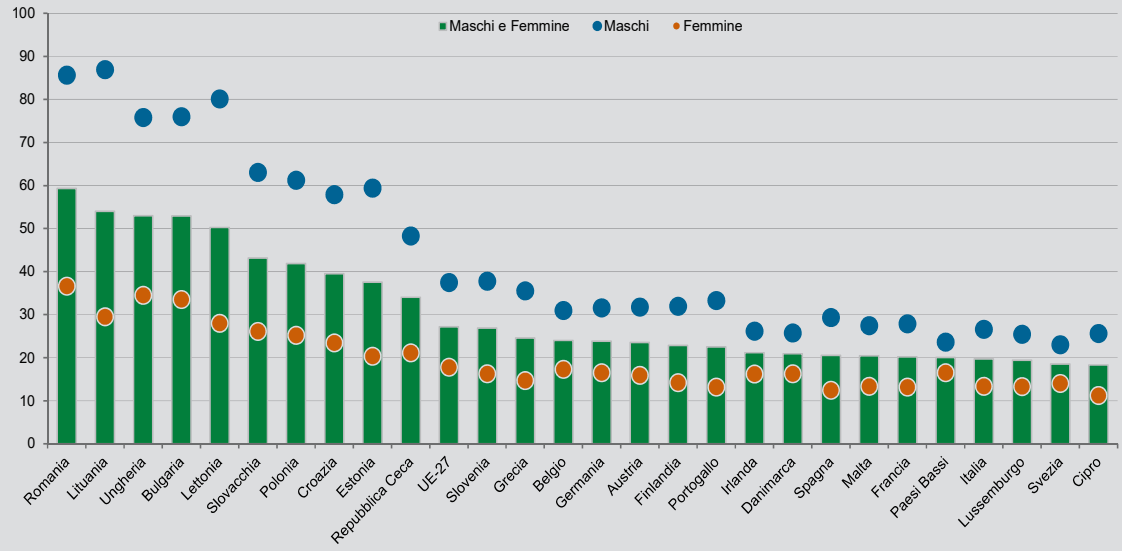
Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

Nel contesto europeo, l'Italia continua a mantenere una posizione vantaggiosa nella graduatoria dei Paesi per mortalità evitabile. Nel 2021[13], infatti, nella media europea la mortalità evitabile ha registrato un tasso di 29,4 per 10 mila residenti.
L'analisi dei livelli effettuata per il 2020[14], anno per il quale sono disponibili non solo i tassi sul totale della popolazione. ma anche distinti per genere, mette in evidenza come i Paesi con i livelli più elevati di mortalità evitabile sono la Romania (59,3 per 10 mila residenti), la Lituania (54 per 10 mila residenti), l'Ungheria (53 per 10 mila residenti) e la Bulgaria (52,9 per 10 mila residenti), seguiti in maniera decrescente dagli altri Paesi. In tutti i Paesi la distanza uomo-donna risulta molto marcata e con valori mediamente doppi tra gli uomini rispetto a quelli rilevati tra le donne (Figura 10).

13 L'ultimo dato disponibile riferito al totale della media Ue è relativo al 2021: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_42/default/table#:~:text=Avoidable%20mortality%20covers%20both%20preventable,injuries%2C%20to%20reduce%20incidence).

14 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=569188#Number_and_rate_of_avoidable_deaths.

Figura 10. Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per sesso nei Paesi dell'Ue27. Anno 2020. Per 10.000 residenti



Fonte: Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en

Analizzando le due componenti della mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) si osserva come a livello europeo, nel 2020, la principale causa della mortalità trattabile sia stata la cardiopatia ischemica (1,9 per 10 mila residenti, pari al 20,1% del numero totale di decessi per malattie trattabili), il cancro del colon-retto (1,4 per 10 mila residenti), il cancro al seno tra le donne (1,0 per 10 mila residenti) e le malattie cerebrovascolari (1 per 10 mila residenti).
Le principali cause di decessi prevenibili sono state, invece, il cancro ai polmoni (3,3 per 10 mila residenti pari al 18,4% del numero totale di decessi evitabili), il *COVID-19* (2,7 per 10 mila residenti), le cardiopatie ischemiche (1,9 per 10 mila residenti) e i disturbi e gli avvelenamenti alcol-correlati (1,2 per 10 mila residenti).
L'analisi relativa alle due componenti della mortalità evitabile a livello nazionale mette comunque in evidenza profili regionali differenziati. Le situazioni più critiche si osservano in Campania, seguita da Molise, Sicilia, Puglia e Lazio, dove i tassi di mortalità sia prevenibile sia trattabile sono più elevati della media nazionale.
Un quadro opposto si osserva nelle province autonome di Bolzano e di Trento, seguite da Veneto, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Marche e Valle d'Aosta in cui, per entrambe le componenti di mortalità evitabile, i valori si attestano al di sotto della media generale. La Liguria, l'Abruzzo, la Sardegna, il Piemonte e la Basilicata, presentano valori abbastanza sovrapponibili al valore medio nazionale in entrambe le componenti della mortalità evitabile. Per altre regioni si osservano comportamenti differenziati rispetto alle due sottodimensioni: in alcuni casi i valori per la prevenibile sono superiori al valore medio e, viceversa, per la trattabile sono inferiori (è il caso della Calabria, ad esempio); in altri casi, i valori per la prevenibile sono inferiori al valore medio e, al contrario, per la trattabile sono superiori (è il caso, ad esempio, del Friuli-Venezia Giulia).

Si riduce la mortalità per tumori tra gli adulti e quella per demenze e malattie del sistema nervoso tra la popolazione anziana. In leggero aumento la mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile nel 2021 è pari a 2,6 per 1.000 nati vivi ed è risultato in aumento rispetto a quanto registrato nel 2020 (2,5 per 1.000 nati vivi), con una quota che si conferma superiore tra i bambini che tra le bambine (2,8 per 1.000 nati vivi maschi contro 2,3 per le femmine). L'aumento registrato nel 2021 ha riguardato esclusivamente i maschi, mentre tra le femmine il dato è risultato stabile (anche nel confronto con il 2019).
L'analisi territoriale mette in evidenza situazioni differenziate; l'aumento ha interessato, infatti, prevalentemente le Isole (passate da 3,0 a 3,6 per 1.000 nati vivi) - che risulta la macro-area del Paese con i valori più elevati - e il Nord-est (che passa da 1,9 a 2,1 per 1.000 nati vivi), mentre il fenomeno è risultato stabile nel Nord-ovest (2,3 per 1.000 nati sia nel 2020 sia nel 2021) e in diminuzione nelle regioni del Centro e del Sud (passando, rispettivamente, da 2,3 del 2020 a 2,1 per 1000 nati vivi del 2021 e da 3,2 a 3,1 per 1.000 nati vivi). Nel 2021 i valori più elevati sono stati registrati in Calabria (4,2 per 1.000 nati vivi) e in Sicilia (3,9 per 1.000 nati vivi), mentre quelli meno elevati in Umbria e Toscana (1,2 e 1,6 per 1.000 nati vivi).
La mortalità per tumori tra le persone di 20-64 anni fa riferimento a un complesso di cause di mortalità ritenute premature per questa fascia di età. Nel 2021, il tasso di mortalità per tumori è stato pari a 7,8 per 10 mila residenti (8,3 tra gli uomini e 7,4 tra le donne).
Il valore risulta in diminuzione rispetto al 2020 (8,0 per 10 mila residenti) in linea con il *trend* in discesa già osservato da diversi anni (nel 2004 era pari a 11,1 per 10 mila residenti). Nel 2021, la riduzione ha riguardato sia le donne sia gli uomini, ma in misura più marcata questi ultimi (nel 2020 i valori erano pari a 8,6 per 10 mila residenti tra gli uomini e 7,5 per le donne).
A livello territoriale si confermano anche nel 2021 valori di mortalità per tumori più elevati nel Sud (8,5 per 10 mila abitanti contro 7,2 del Nord e 7,8 del Centro).
Il valore più elevato dell'indicatore si è registrato in Campania (9,4 per 10 mila abitanti, rispettivamente 10,2 per gli uomini e 8,7 per le donne), ma con una diminuzione rispetto all'anno precedente (nel 2020 era pari a 9,8).
Rispetto al 2020, nel 2021 la Sardegna è la regione che ha registrato gli scostamenti più rilevanti ma con valori del tutto opposti tra i due sessi. Per gli uomini, infatti, si è osservato l'aumento più rilevante tra le regioni (da 10 a 10,9 per 10 mila abitanti), mentre viceversa tra le donne c'è stata la riduzione tra le più marcate (da 8,8 a 7,4 per 10 mila abitanti), subito dopo la Basilicata, il cui tasso femminile passa da 7,5 a 5,8 per 10 mila.
Nella popolazione italiana, caratterizzata da una aspettativa di vita molto elevata e parallelamente da una notevole percentuale di persone anziane, sono molto diffuse patologie come le demenze e le malattie del sistema nervoso per le quali nel 2021 il tasso di mortalità è risultato pari a 33,1 per 10 mila abitanti di 65 anni e più (con un tasso tra le donne pari a 32,1 e tra gli uomini pari a 33,6). Dopo un aumento quasi costante registrato a partire dal 2015 e fino al 2017, una successiva lieve flessione nel 2018 e una tendenza all'aumento nei due anni successivi, si osserva, invece, nel 2021 una marcata riduzione (il tasso, infatti, nel 2020 era pari a 35,6 per 10 mila abitanti).
Nel 2021 la riduzione ha riguardato in egual misura sia gli uomini sia le donne. I tassi di mortalità per demenza e per malattie del sistema nervoso più elevati si evidenziano soprattutto nelle Isole (35,9 per 10 mila abitanti) e al Nord (34,1 per 10 mila abitanti nel Nord-ovest e 33,2 nel Nord-est) e meno al Centro (32,8 per 10 mila abitanti) e al Sud (30,3 per 10 mila abitanti).

Tra il 2020 e il 2021, a fronte di una diminuzione dei tassi di mortalità per demenza e per malattie del sistema nervoso nelle regioni del Nord e di una stabilità in quelle del Centro, viceversa si è osservato un aumento al Sud e nelle Isole (passate, rispettivamente, da 28,7 a 30,3 e da 34,7 a 35,9 per 10 mila abitanti).
Nel 2022, il tasso di mortalità per incidenti stradali tra i giovani di 15-34 anni si è attestato a 0,7 per 10 mila residenti, registrando un lieve incremento rispetto allo 0,6 per 10 mila residenti del 2021. Tale andamento conferma la tendenza all'aumento registrata anche nel 2021 e porta l'indicatore a riallinearsi esattamente ai valori registrati tra il 2013 e il 2019, prima cioè del manifestarsi della pandemia da *COVID-19*. Nel 2020, infatti, l'indicatore aveva fatto registrare un decremento 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*.
Si conferma anche per il 2022 una marcata differenza di genere, con un valore di 1,1 per 10 mila residenti tra gli uomini e di 0,2 tra le donne, e l'aumento dell'indicatore, registrato nel 2022 si è osservato unicamente per gli uomini (il tasso era pari a 1 per 10 mila residenti nel 2021).
Dal punto di vista territoriale il tasso di mortalità per incidentalità stradale nel 2022 mostra valori più elevati nel Nord-est (0,9 per 10 mila residenti) e nelle Isole (0,7 per 10 mila residenti) e un valore meno elevato nel Nord-ovest, Centro e Sud (0,6 per 10 mila residenti).
Nel 2022, il tasso standardizzato di lesività grave per incidenti stradali[15] relativo alla popolazione di 15-34 anni[16] si è attestato al 3,2 per 10 mila residenti e, parimenti alla mortalità per incidentalità stradale, è risultato più elevato tra gli uomini che tra le donne (4,9 contro 1,3 per 10 mila residenti). Sul territorio i tassi più elevati si osservano nelle Isole (4,2 per 10 mila residenti) e nel Nord-est (3,4 per 10 mila abitanti), macroaree caratterizzate anche da tassi più elevati di mortalità da incidentalità stradale, mentre valori più bassi hanno riguardato il Centro-sud (3,2 per 10 mila residenti) e il Nord-ovest (2,5 per 10 mila residenti).

15 Il tasso standardizzato di lesività grave è calcolato mediante il metodo diretto della Popolazione tipo e l'utilizzo dei tassi specifici di lesività dati dal rapporto tra i feriti gravi in incidenti stradali per genere e classi di età, tra 15 e 34 anni, e la corrispondente popolazione residente, per 10.000. La popolazione standard utilizzata è quella Europea 2013.

16 I feriti gravi in incidente stradale sono calcolati a partire dai dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera, forniti dal Ministero della Salute e mediante l'utilizzo della classificazione dei traumi AIS (*Abbreviated Injury Scale*) e della variante MAIS 3+ (massimo punteggio AIS 3 e +). Copyright *Association for the Advancement of Automotive Medicine* (AAAM) e Commissione europea.

Le misure di mortalità del Bes per titolo di studio

La riduzione delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute rappresenta un obiettivo importante della politica sanitaria italiana ed è uno dei pilastri del Piano Nazionale della Prevenzione[1]. È stato osservato che la mortalità è solitamente più elevata tra le persone in condizioni socio-economiche svantaggiate, indipendentemente dal livello di sviluppo del Paese[2 3].
Per la prima volta, si sono potuti analizzare gli indicatori di mortalità del Bes[4] declinandoli per titolo di studio, variabile considerata la migliore *proxy* disponibile della condizione socio-economica essendo fortemente correlata con altre misure di posizione sociale[5].
Nella Tabella A sono riportati i tassi di mortalità standardizzati per 10 mila residenti, per titolo di studio e sesso, calcolati per il 2020, ultimo dato disponibile.

Tabella A. Indicatori di mortalità Bes per titolo di studio e sesso: tassi standardizzati per 10 mila residenti in Italia. Anno 2020

TITOLO DI STUDIO	Trattabile			Prevenibile			Evitabile			Tumori			Sistema nervoso e Demenze		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Nessun titolo o licenza elementare	16,0	12,1	**13,6**	42,4	14,8	**26,0**	58,4	26,9	**39,6**	14,9	11,3	**12,7**	37,3	35,8	**36,7**
Licenza media	11,5	9,5	**10,5**	33,1	12,0	**23,0**	44,6	21,5	**33,5**	12,0	9,9	**10,9**	36,2	33,0	**34,9**
Diploma	9,5	8,3	**8,9**	25,2	9,5	**17,5**	34,6	17,8	**26,4**	9,2	8,7	**9,0**	34,0	30,2	**32,2**
Laurea o titolo di studio superiore	7,2	7,2	**7,3**	18,7	7,5	**13,1**	25,9	14,7	**20,3**	7,1	7,8	**7,5**	31,4	29,1	**30,6**
Totale	**10,8**	**9,2**	**9,9**	**29,6**	**11,0**	**19,9**	**40,4**	**20,2**	**29,8**	**10,5**	**9,2**	**9,8**	**35,8**	**34,3**	**35,3**

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

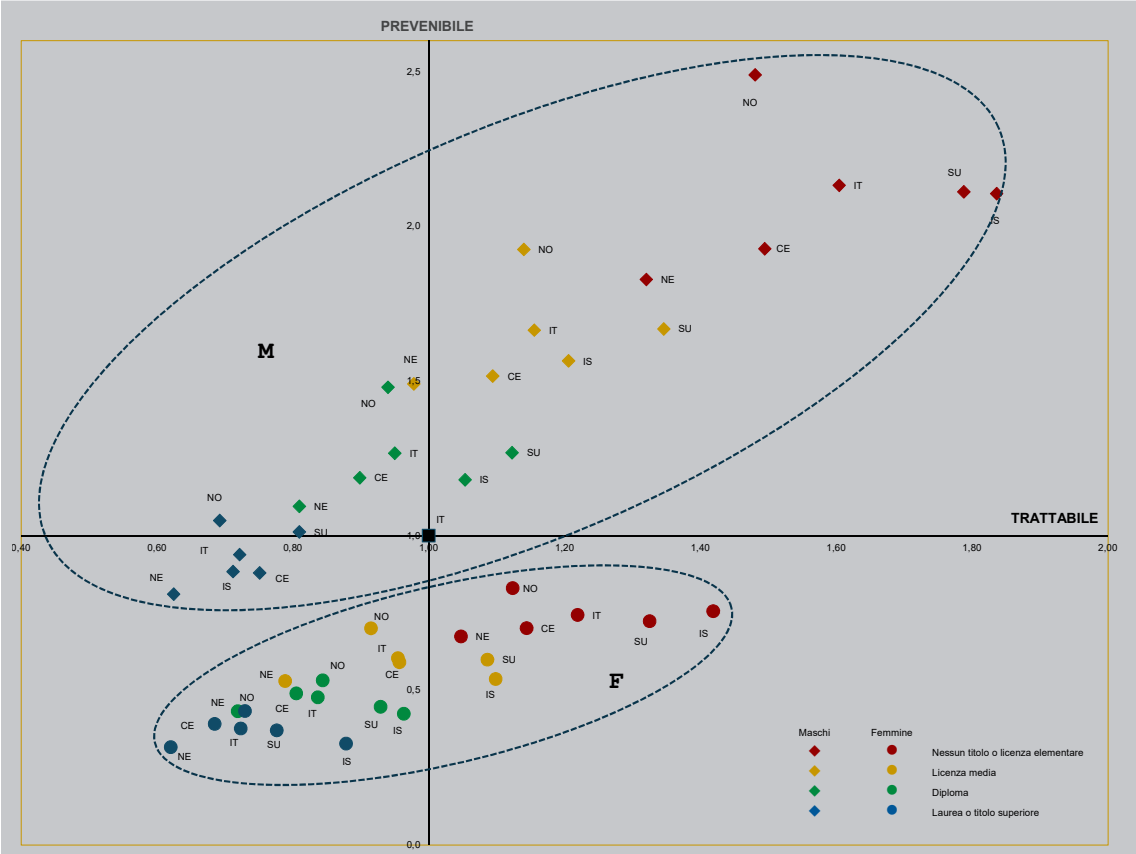
In Italia, la mortalità evitabile, che comprende la mortalità prevenibile e trattabile, tra 30 e 74 anni, è pari a 29,8 decessi per 10 mila residenti, con la componente della mortalità prevenibile predominante sulla trattabile. La mortalità evitabile è più alta negli uomini (40,4 per 10 mila residenti) rispetto alle donne (20,2 per 10 mila). Il tasso è inoltre molto variabile per titolo di studio, ed è pari a 39,6 decessi per 10 mila residenti nella popolazione con un titolo di studio basso (licenza elementare o

1 Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf
2 World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the *gap* in a generation. 2008.
3 Petrelli, A., M. Ventura, A. Di Napoli, M. Pappagallo, S. Simeoni, and L. Frova. 2024. "Socioeconomic inequalities in avoidable mortality in Italy: results from a nationwide longitudinal cohort". *BMC Public Health, V*olume 24, Issue 757. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18205-6.
4 Gli indicatori riportati in questo box differiscono da quelli normalmente pubblicati nel Bes, poiché sono stati calcolati considerando solo gli individui dai 30 anni in su, che rappresentano la popolazione con un titolo di studio generalmente acquisito e invariante nel tempo. È inoltre importante evidenziare che dal 2020, dopo l'inizio della pandemia, anche il *COVID-19* è stato aggiunto alla lista delle cause prevenibili. Pertanto, gli indicatori della mortalità prevenibile ed evitabile fanno riferimento alla lista aggiornata. Oltre ai tassi di mortalità, sono stati calcolati i Mortality Rate Ratio (MRR), ottenuti come rapporto tra i tassi di mortalità, per sesso, ripartizione e titolo di studio, e il tasso medio italiano.
5 Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. "Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - Anno 2020". *Tavole di Dati*. Roma, Italia: Istat. https://www.istat.it/it/archivio/286642.

meno), mentre scende a 20,3 nella popolazione con il titolo di studio più alto (laurea o titolo superiore). La disuguaglianza per titolo di studio nella mortalità evitabile è più pronunciata nei maschi che nelle femmine: i maschi meno istruiti hanno una mortalità circa 2,3 volte superiore rispetto a quelli più istruiti, mentre tra le femmine questo rapporto è di circa 1,8.
La mortalità per tumori tra 30 e 64 anni è pari a 9,8 decessi per 10 mila residenti, più elevata nei maschi rispetto alle femmine (rispettivamente tassi pari a 10,5 e 9,2 per 10 mila residenti. Anche nella mortalità per tumori si osservano disuguaglianze socio-economiche, con uno svantaggio che aumenta al diminuire del livello di istruzione. Tali disuguaglianze sono più marcate nei maschi, dove gli individui meno istruiti hanno una mortalità 2,1 volte maggiore dei più istruiti. Nelle femmine tale rapporto scende a 1,4.
La mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso negli ultrasessantacinquenni è pari a 35,3 decessi per 10 mila residenti, con poche differenze di genere (35,8 nei maschi e 34,3 nelle femmine). A livello nazionale, anche per queste cause si conferma il gradiente che vede la mortalità aumentare al diminuire del livello di istruzione, in entrambi i sessi. Come già per i tassi, nella misura delle disuguaglianze non si riscontrano differenze di genere e chi ha un titolo di studio basso ha una mortalità 1,2 volte superiore di chi ha conseguito un titolo universitario, indipendentemente dal sesso.
La Figura A rappresenta le differenze territoriali della mortalità evitabile, scomposta nelle sue due componenti, prevenibile e trattabile, sia per sesso sia per titolo di studio, rispetto ai valori medi nazionali[6].
Il primo elemento che emerge è una netta separazione tra la nuvola dei punti della popolazione femminile e quella maschile, indicante una mortalità sempre maggiore di questi ultimi rispetto alle prime. Dall'analisi della nuvola della popolazione femminile si evidenzia una distribuzione dei punti più distesa sull'asse della trattabile e più schiacciata su quello della mortalità prevenibile, indicando quindi una minore variabilità territoriale e sociale per questa seconda componente rispetto alla prima. Per gli uomini invece, la nuvola è più estesa rispetto a entrambi gli assi denotando una maggiore variabilità delle disuguaglianze sociali e territoriali in confronto alle donne, fatta eccezione per i più istruiti per i quali le differenze geografiche della mortalità prevenibile sono molto contenute. In generale, quando i livelli di istruzione sono più elevati le disuguaglianze territoriali nella mortalità evitabile si riducono.

6 Sull'asse delle ascisse sono rappresentati gli MRR, ossia i rapporti tra i tassi per sesso, ripartizione e titolo di studio, e il tasso medio italiano, della mortalità trattabile. In analogia, l'asse delle ordinate fa riferimento alla mortalità prevenibile. Il centro del grafico, di coordinate (1,1), rappresenta il valore medio italiano sia per la mortalità trattabile sia prevenibile. La collocazione delle aree geografiche nel piano cartesiano della mortalità evitabile è diversa a seconda del sesso e del livello di istruzione e dipende dalla rilevanza di una delle due componenti tra trattabile e prevenibile. In particolare, quando i tassi di mortalità per entrambe le componenti sono superiori alla media nazionale, i punti si collocano nel primo quadrante, mentre si trovano nel terzo quadrante quando la mortalità trattabile e prevenibile sono entrambe più basse della media nazionale. Infine, i punti posizionati in prossimità dell'intersezione degli assi, rappresentano popolazioni per le quali entrambi gli indicatori sono simili alla media nazionale.

Figura A. Rapporti tra i tassi di mortalità trattabile e prevenibile per sesso, titolo di studio, ripartizione, e il tasso medio italiano. Anno 2020

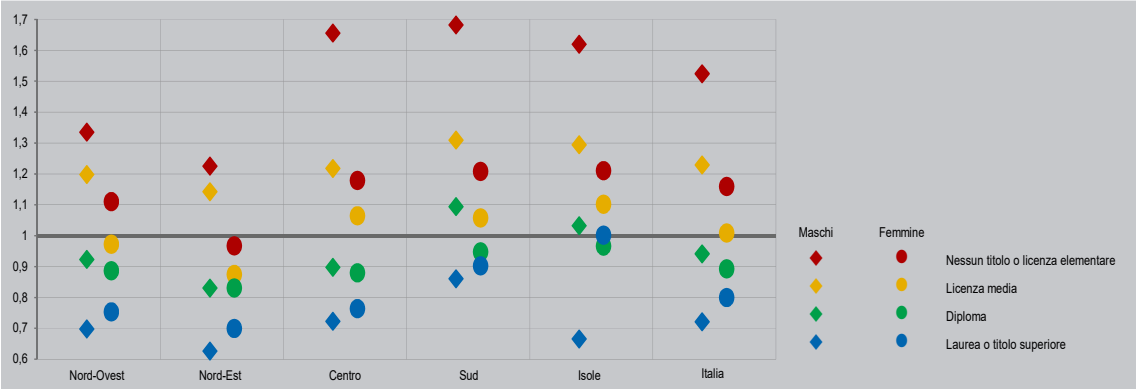


Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

Si osserva in generale un aumento della mortalità, sia prevenibile sia trattabile, al diminuire del livello d'istruzione. I maschi presentano una mortalità prevenibile sempre più alta di quella delle femmine, mentre per la mortalità trattabile questa differenza di genere si riscontra per i livelli di istruzione più bassi e scompare quando si considera il livello di istruzione più elevato (stesse coordinate sull'asse delle ascisse). Questa dinamica può essere spiegata dal fatto che la mortalità prevenibile, a differenza della trattabile, dipende non solo dalla qualità degli interventi di salute pubblica, ma anche dai diversi stili di vita e comportamenti a rischio, che sono spesso più comuni tra gli uomini. I maschi con un basso titolo di studio che vivono al Sud e nelle Isole hanno i più alti tassi di mortalità trattabile rispetto alla media italiana, quelli che vivono al Nord-ovest hanno i più alti tassi di mortalità prevenibile, dato determinato in parte dalla mortalità per *COVID-19* che, nel 2020, si è concentrata soprattutto in quest'area. Le donne che vivono nel Nord-est con titolo di studio alto hanno in assoluto la mortalità trattabile e prevenibile più bassa d'Italia. I maschi che vivono nel Nord-est con un livello di istruzione elementare hanno una mortalità trattabile più bassa dei maschi con licenza media che vivono al Sud o delle femmine con la licenza elementare che vivono nelle Isole. Le Isole sono l'area italiana in cui le disuguaglianze per titolo di studio sono più marcate.

Nelle Figure B e C sono riportati i rapporti MRR tra i tassi per sesso, ripartizione e titolo di studio, e il tasso medio italiano, rispettivamente della mortalità per tumori e per malattie del sistema nervoso e demenze. Il valore MRR pari a 1 sull'asse verticale misura il livello medio italiano.
L'analisi territoriale della mortalità per tumori, riportata nella Figura B, conferma sia il gradiente per titolo di studio, sia il vantaggio delle donne in tutte le ripartizioni geografiche e a ogni livello d'istruzione. Fanno eccezione le donne più istruite che hanno ovunque una mortalità maggiore di quella osservata tra gli uomini con lo stesso titolo di studio. Rispetto al noto fenomeno della super-mortalità maschile, quest'ultimo è un risultato opposto e sorprendente e invita a una particolare attenzione rispetto alle generazioni future.
Le disuguaglianze sono più pronunciate per gli uomini ma non sono uniformi per territorio. La distanza tra chi ha un basso livello di istruzione e uno alto è maggiore nelle Isole, dove i meno istruiti hanno una mortalità 2,4 volte superiore ai più istruiti, mentre nel Nord-est si hanno le disuguaglianze minori, con un rapporto di 1,9. Per le donne le maggiori disuguaglianze si osservano al Centro, con una mortalità nelle meno istruite 1,5 volte superiore alle più istruite, mentre sono più ridotte nelle Isole dove tale rapporto scende a 1,2.

Figura B. Rapporti tra i tassi di mortalità per tumori tra 30 e 64 anni, per sesso, titolo di studio, ripartizione, e il tasso medio italiano. Anno 2020

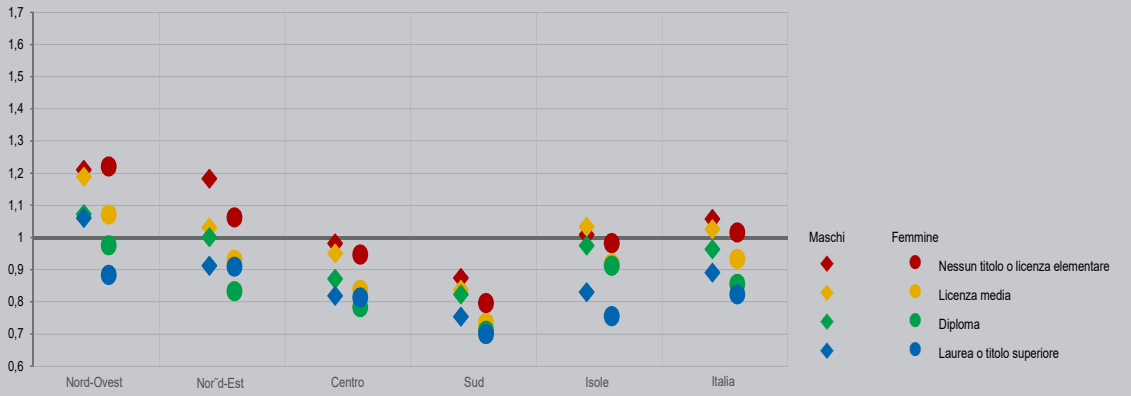


Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazioneFonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

In controtendenza con gli altri indicatori di mortalità Bes, l'indicatore per le malattie del sistema nervoso e le demenze evidenzia un vantaggio del Sud in termini sia di minore mortalità sia di ridotte disuguaglianze per titolo di studio (Figura C). Chi vive al Sud, indipendentemente dal titolo di studio, ha una mortalità sempre più bassa rispetto non solo alla media nazionale, ma anche a chi vive al Nord-ovest, area in cui si registrano i massimi livelli di mortalità. Una persona con titolo di studio universitario nel Nord-ovest ha un tasso di mortalità più alto di una persona con titolo di studio elementare nel Sud.
Il Nord-est presenta livelli di mortalità simili a quelli del Nord-ovest. Tuttavia le due ripartizioni differiscono per le disuguaglianze per titolo di studio che risultano più accentuate nei maschi nel Nord-est e nelle femmine nel Nord-ovest. Al Centro e nelle Isole si hanno tassi di mortalità simili con disuguaglianze più marcate nelle Isole.

L'analisi condotta mostra che le disuguaglianze socio-economiche e territoriali influenzano anche gli indicatori di mortalità Bes, fornendo così elementi utili per la definizione di politiche sanitarie improntate alla riduzione dei divari nell'accesso a cure mediche di qualità nella prevenzione e nell'adozione di stili di vita salutari.

Figura C. Rapporti tra i tassi di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso delle persone di 65 anni e più, per sesso, titolo di studio e ripartizione e il tasso medio italiano. Anno 2020

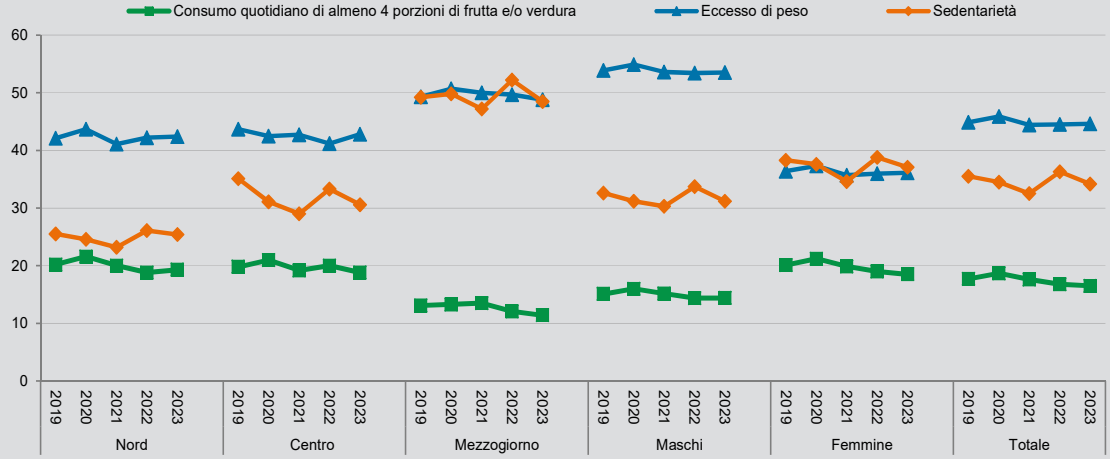


Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

Si riduce la sedentarietà, stabile l'eccesso di peso, diminuisce il consumo quotidiano di frutta e verdura

Nel 2023 la quota di persone sedentarie, che dichiarano di non svolgere né sport né attività fisica nel tempo libero è pari al 34,2% (Figura 11). Le donne presentano livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini (37,1% contro 31,2%), anche se nel tempo il *gap* di genere è andato riducendosi (era pari a 7,8 punti percentuali nel 2010 e scende a 5,9 punti percentuali nel 2023). La sedentarietà aumenta al crescere dell'età: riguarda 2 persone su 10 tra gli adolescenti e i giovani fino a 24 anni fino a interessare quasi 7 persone su 10 tra la popolazione di 75 anni e più.
Nel 2023 l'indicatore di sedentarietà mostra un significativo miglioramento rispetto al 2022, quando aveva raggiunto il 36,3% (-2,1 punti percentuali) e si attesta su valori inferiori anche rispetto a quanto registrato nel periodo pre-pandemico (nel 2019 la sedentarietà caratterizzava il 35,5% delle persone dai 14 anni).
La riduzione della sedentarietà osservata nel 2023 ha riguardato entrambi i sessi, ma in misura maggiore gli uomini (-2,5 punti percentuali contro -1,7 punti percentuali) e si è osservata in quasi tutte le fasce di età, con punte di riduzione maggiore tra i ragazzi di 14-19 anni (-2 punti percentuali), ma soprattutto tra la popolazione adulta e anziana di 60-74 anni (circa -4,2 punti percentuali). L'andamento decrescente registrato per la sedentarietà nel 2023, si accompagna parallelamente a un aumento della pratica sportiva (specialmente di tipo continuativo), che si era molto ridotta in modo particolare nel 2021 (quando era scesa al 22,5%) e che riguarda, invece, nel 2023 più di una persona su 4 (il 25,5%). Tale valore supera i livelli di pratica sportiva raggiunti nel periodo pre-pandemico (nel 2019 era pari al 23,4%).
L'aumento della pratica sportiva è stato osservato in modo trasversale in tutte le fasce di età, pur con punte di crescita più elevate (pari a circa 3 punti percentuali) tra la popolazione di 55-74 anni.
Anche nel 2023 si conferma un forte gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno, con tassi di sedentarietà che si attestano al 25,4% nelle regioni del Nord e arrivano al 48,5% nelle regioni del Mezzogiorno. Rispetto al 2022, tuttavia, la riduzione della sedentarietà ha riguardato maggiormente proprio le regioni del Mezzogiorno (-3,7 punti percentuali contro circa quasi un punto percentuale nelle regioni del Nord), tale andamento ha ridotto lievemente il forte *gap* esistente.
Nel 2023 il 44,6% delle persone di 18 anni e più sono in eccesso di peso. Il dato è stabile rispetto a quanto registrato nel 2022 (44,5%).
Gli uomini presentano livelli di eccesso di peso superiori alle donne (53,5% contro il 36,1%). Questo andamento si osserva in tutte le fasce di età ed è particolarmente elevato nelle età centrali, in cui la quota degli uomini in eccesso di peso è circa il 40% superiore di quella delle donne.
L'eccesso di peso è più elevato al crescere dell'età (già a partire dalla fascia di età 45-54 anni riguarda quasi 5 persone su 10) ed è particolarmente marcato nelle regioni del Sud (49,9% contro il 41% delle regioni del Nord-ovest) (Figura 11).
Analizzando le due componenti di sovrappeso e obesità di cui è composto l'indicatore, nel 2023 si osserva un lieve aumento della proporzione di persone in condizione di obesità (11,3%) e che conferma la tendenza all'aumento che ha caratterizzato questo indicatore nel corso del lungo periodo (la quota di obesi era pari al 10% nel 2005).
Rispetto al 2022, aumenta leggermente la quota di eccesso di peso nelle regioni del Centro e del Nord-est e viceversa si riduce leggermente nelle regioni del Sud (da 51,1% a 49,9%); la situazione si mantiene pressoché stabile nel Nord-ovest.

Figura 11. Proporzione standardizzata 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 sesso e ripartizione geografica. Anni 2019 - 2023. Valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

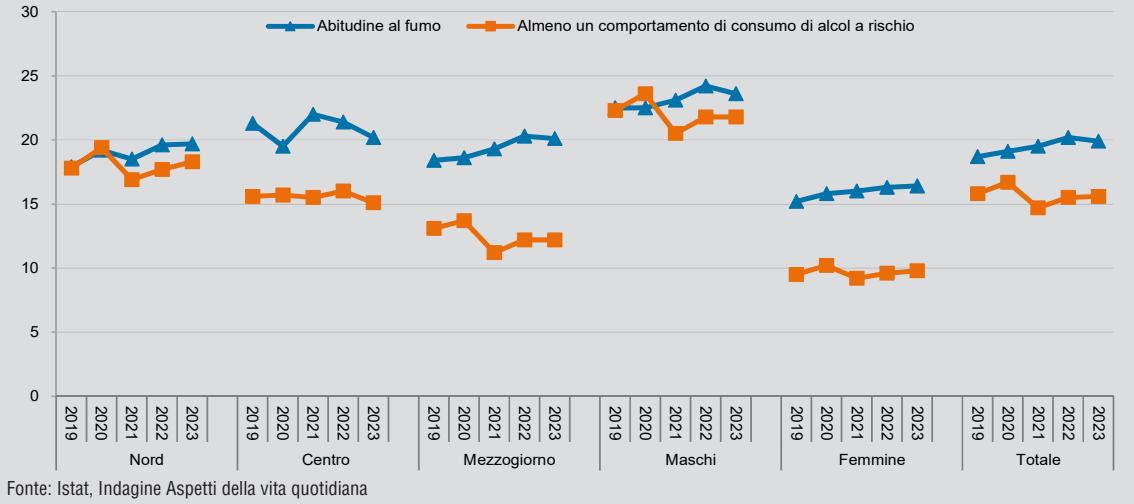
Anche nel 2023 si conferma la forte associazione tra sedentarietà ed eccesso di peso: tali fattori di rischio, da soli o in associazione, riguardano, infatti, il 61,3% della popolazione adulta, con una quota di circa il 20% in cui si sovrappongono entrambi i comportamenti.
Inoltre, le quote di persone in eccesso di peso e di quelle sedentarie sono molto allineate per le donne che presentano livelli simili su entrambi i fattori di rischio, mentre tra gli uomini si osservano generalmente livelli più elevati di eccesso di peso a fronte di livelli più ridotti di sedentarietà. Sul territorio, invece, le quote di eccesso di peso sono sempre superiori a quelle relative alla sedentarietà, fatta eccezione per il Mezzogiorno dove eccesso di peso e sedentarietà raggiungono analoghi livelli elevati.
L'attenzione ai comportamenti più salutari è maggiore 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 (54,8%), rispetto a chi possiede la laurea o un titolo di studio superiore (34,3%). Analogamente, si osserva una quota maggiore di persone sedentarie tra chi ha un titolo di studio basso (50,6%), rispetto a chi possiede almeno la laurea (17,9%).
Sul versante degli stili alimentari più sani, nel 2023 è pari al 16,5% la quota di popolazione di 3 anni e più che ha consumato giornalmente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura. Tale quota risulta pressoché stabile rispetto all'anno precedente (quando era pari al 16,8%), ma si conferma su livelli decisamente più bassi rispetto a quanto registrato nel periodo 2015-2018, quando tale indicatore raggiungeva circa il 20%.
Sebbene i livelli di consumo di almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere siano mediamente bassi su tutto il territorio, si osservano comunque quote leggermente più elevate nelle regioni del Nord (19,3%) e del Centro (18,8%), rispetto al Mezzogiorno (11,4%) (Figura 11).
Tra il 2022 e il 2023, a fronte di una stabilità generale dell'indicatore, si è osservata, tuttavia, una riduzione nella quota di consumatori nelle regioni dell'Italia meridionale e centrale (rispettivamente -1,9 e -1,2 punti percentuali), mentre viceversa nelle regioni del Nord-ovest la quota di consumatori è lievemente aumentata.
Tra le donne si confermano comportamenti più virtuosi rispetto agli uomini (18,5% contro 14,4%), sebbene confrontando le prevalenze del 2023 con il 2020 (anno in cui l'indicatore

aveva raggiunto mediamente 18,7% e che rappresenta il picco di consumo degli ultimi 5 anni) le donne abbiano subito le perdite maggiori (-2,7 contro -1.6 punti percentuali).

Stabile il consumo di alcol a rischio, in lieve riduzione l'abitudine al fumo

Nel 2023, la proporzione di fumatori di 14 anni e più è pari al 19,9%. Tale quota è in lieve diminuzione rispetto al 2022, ma con un *trend* in marcato aumento se confrontata con il 2019 (18,7%) (Figura 12).
L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini che tra le donne (23,6% contro 16,4%); nel tempo la distanza di genere si è significativamente ridotta (era pari a 11,2 punti percentuali nel 2010 e arriva a 7,2 punti percentuali nel 2023), per la maggiore contrazione nel lungo periodo dei fumatori rispetto alle fumatrici (-4,9 punti percentuali tra gli uomini e -2,8 tra le donne tra il 2010 e il 2023).
Quote più elevate di fumatori si osservano a partire dalla fascia di età dei giovani di 20-24 anni, fino a raggiungere il livello più elevato tra le persone di 25-34 anni (26,9%). Le prevalenze diminuiscono leggermente nelle fasce di età successive, mantenendosi tuttavia abbastanza stabili fino alle persone di 60-64 anni e riducendosi in maniera più marcata tra la popolazione ultra sessantaquattrenne.
Nel 2023, si osservano quote analoghe di fumatori nelle diverse macro aree del Paese, con valori che si attestano al 19,7% nell'Italia settentrionale, al 20,1% nel Mezzogiorno e al 20,2% nell'Italia centrale. Tra il 2022 e il 2023 si evidenza una riduzione della quota di fumatori nelle regioni dell'Italia Centrale, mentre la situazione è risultata pressoché stabile nelle macro aree del Nord e del Mezzogiorno.
C'è da dire che gli andamenti registrati già a partire dal 2019 nelle diverse regioni hanno ridotto la distanza con il Centro, ripartizione che generalmente ha sempre mostrato le prevalenze più elevate, uniformando sul territorio i comportamenti nell'abitudine al fumo.
L'abitudine al consumo a rischio di bevande alcoliche ha riguardato nel 2023 il 15,6% della popolazione di 14 anni e più.

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 - 2023. Valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Il consumo a rischio, dopo aver fatto registrare un *trend* molto oscillante per tutto il periodo 2020-2022, in cui si sono susseguiti aumenti e riduzioni, nel 2023 si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente, continuandosi ad attestare in questo modo sui livelli del 2019 (15,8%) (Figura 12).
Le prevalenze più elevate di consumo a rischio si confermano nelle regioni del Nord, specialmente nel Nord-est (19,4%), rispetto al Centro (15,1%) e al Mezzogiorno (12,2%); nel confronto con il 2022 si è osservato un aumento nella prevalenza dei consumatori a rischio nelle regioni del Nord e viceversa una riduzione in quelle del Centro, con un conseguente ulteriore ampliamento delle differenze territoriali. Nelle regioni dell'Italia meridionale la situazione si è mantenuta stabile negli ultimi due anni, ma con una tendenza all'aumento se confrontata con il 2021 (+1,2 punti percentuali).
Anche nel 2023 il differenziale di genere si mantiene elevato, con una quota maggiore di uomini con abitudini di consumo a rischio di bevande alcoliche (21,8% contro il 9,8% delle donne).
Nel tempo si è ridotta la distanza di genere e i comportamenti a rischio delle donne si sono andati lentamente allineando a quelli degli uomini (nel 2010 la distanza uomo–donna era pari a 17,6 punti percentuali contro i 12 del 2023).
Nel 2023 si confermano quote elevate di consumatori a rischio tra i minori di 14-17 anni (24,5%) e tra i giovani di 18-24 anni (15,7%).
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 18,1%. 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.
L'abitudine al fumo e il consumo non moderato di alcol sono fattori di rischio spesso associati. Si osserva come quasi una persona su quattro oltre ad avere un comportamento di consumo di bevande alcoliche a rischio è anche fumatore (il 23,8% della popolazione di 14 anni e più), valore che si dimezza tra i non fumatori (10,8%). Se si considerano i forti fumatori, che fumano cioè almeno 20 sigarette al giorno, il valore risulta ancora più elevato (31,3%).

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 medio 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 definizioni adottate dall'Oms, nonché delle raccomandazioni dell'INRAN 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 oltre 6 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, eccetera).
    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.
    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) 2023 (*)	Speranza di vita in buona salute alla nascita (a) 2023 (*)	Indice di salute mentale (SF36) (b) 2023	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c) 2021	Mortalità infantile (d) 2021	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (e) 2022	Mortalità per tumore (20-64 anni) (f) 2021
Piemonte	83,0	60,1	68,1	19,7	1,9	0,6	7,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	83,1	64,0	69,7	17,6	-	0,4	8,0
Liguria	83,1	59,3	68,6	18,3	3,3	0,5	7,6
Lombardia	83,9	60,4	68,9	17,2	2,3	0,6	7,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	84,3	65,3	72,5	15,1	1,8	0,6	6,1
Bolzano/Bozen	*84,1*	*66,5*	*73,2*	*15,1*	*1,7*	*0,6*	*6,3*
Trento	*84,6*	*64,2*	*71,8*	*15,1*	*1,9*	*0,7*	*5,9*
Veneto	83,8	62,3	69,7	16,2	2,1	1,1	7,0
Friuli-Venezia Giulia	83,4	60,9	69,2	19,7	2,2	0,9	7,1
Emilia-Romagna	83,6	59,1	69,8	17,2	2,5	0,7	7,2
Toscana	83,8	62,5	69,2	17,0	1,6	0,5	7,4
Umbria	83,7	58,6	68,1	17,5	1,2	0,6	7,6
Marche	83,8	59,7	68,0	16,7	1,8	0,7	7,7
Lazio	83,3	59,2	68,9	20,6	2,6	0,7	8,1
Abruzzo	83,0	60,6	68,3	19,0	2,3	0,4	7,2
Molise	82,4	54,9	68,0	23,2	3,0	0,5	7,9
Campania	81,4	57,1	66,8	25,0	3,1	0,6	9,5
Puglia	82,8	55,7	67,2	20,3	2,7	0,9	8,2
Basilicata	82,5	52,8	67,4	18,2	3,0	1,1	7,2
Calabria	82,0	55,4	69,2	20,6	4,2	0,5	8,4
Sicilia	81,8	56,3	68,3	22,0	3,9	0,6	8,7
Sardegna	82,5	55,6	71,4	19,6	2,4	0,8	9,2
Nord	83,6	60,6	69,2	17,5	2,3	0,7	7,3
Nord-ovest	83,6	60,2	68,7	18,0	2,3	0,6	7,5
Nord-est	83,8	61,2	69,9	16,9	2,2	0,9	7,0
Centro	83,5	60,3	68,8	18,7	2,1	0,6	7,8
Mezzogiorno	82,1	56,5	68,0	21,8	3,2	0,7	8,7
Sud	82,2	56,6	67,4	22,0	3,1	0,6	8,6
Isole	82,0	56,2	69,1	21,4	3,6	0,7	8,8
Italia	**83,1**	**59,2**	**68,7**	**19,2**	**2,6**	**0,7**	**7,8**

(a) Numero medio di anni;
(b) Punteggi medi standardizzati;
(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;

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)
2021	2022	2023 (*)	2023	2023	2023	2023	2023
34,7	41,9	11,8	39,9	18,9	20,0	29,1	25,4
45,4	38,8	11,6	38,3	16,5	24,2	26,4	18,9
33,1	48,5	11,8	38,0	20,1	14,1	29,6	18,8
34,4	45,3	11,2	42,1	20,8	16,8	25,5	18,1
34,1	34,1	12,3	37,9	14,4	20,0	13,8	17,6
37,8	*27,9*	*12,2*	*37,9*	*13,1*	*23,0*	*12,9*	*12,8*
30,8	*40,4*	*12,5*	*37,8*	*15,7*	*17,0*	*14,8*	*22,4*
34,1	42,2	12,2	43,8	18,4	20,1	23,1	14,6
30,2	43,4	11,2	43,5	16,3	20,8	22,6	19,4
33,4	47,9	10,8	46,9	21,1	18,2	26,2	21,9
33,0	42,7	10,9	40,1	19,8	17,0	29,1	18,8
34,5	52,2	10,0	44,6	22,4	16,0	30,5	17,2
38,7	51,7	11,6	40,1	18,7	14,3	28,8	23,0
30,6	49,5	10,4	44,9	20,6	13,9	32,0	17,9
35,4	50,5	11,0	42,0	20,7	16,3	31,5	14,4
29,0	49,1	9,6	48,5	21,9	18,7	38,9	11,6
28,1	66,5	9,7	51,0	21,4	11,5	53,1	9,9
33,6	50,1	9,1	51,1	18,3	11,9	48,6	11,1
31,1	56,9	9,6	50,0	20,9	14,8	53,7	7,1
26,1	55,5	8,8	49,8	16,9	13,8	48,2	12,9
33,9	58,8	8,8	49,1	21,6	9,3	52,5	10,1
41,7	47,8	9,8	38,5	19,5	17,6	34,8	17,5
34,0	44,4	11,5	42,4	19,7	18,3	25,4	19,3
34,4	44,6	11,5	41,0	20,2	17,5	26,8	20,1
33,3	44,0	11,5	44,3	18,9	19,4	23,5	18,2
32,9	47,8	10,7	42,8	20,2	15,1	30,6	18,8
32,3	56,8	9,4	48,8	20,1	12,2	48,5	11,4
30,5	57,3	9,5	49,9	19,7	12,7	48,7	11,0
36,0	55,8	9,1	46,4	21,0	11,3	48,0	12,1
33,3	**49,0**	**10,6**	**44,6**	**19,9**	**15,6**	**34,2**	**16,5**

(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.