

4

SANITÀ E SALUTE

Nel triennio 2021-2023 risultano in calo sia il numero di medici di base sia quello dei pediatri: -5,6 e -4,5 per cento, rispettivamente. Permangono le differenze nell'offerta ospedaliera: nel 2023 i posti letto ordinari per mille abitanti restano superiori nel Centro-nord rispetto al Sud e alle Isole. Rispetto al triennio precedente, l'indicatore registra una lieve diminuzione, passando da 3,1 posti letto per mille abitanti nel 2020 a 3,0 nel 2023. Nel 2023 le dimissioni ospedaliere per acuti ammontano a quasi 7,3 milioni (+4,0 per cento rispetto al 2022), ma sono inferiori di circa 650 mila ricoveri (-8,1 per cento) rispetto al valore medio del triennio 2017-2019 precedente alla pandemia da Covid-19. Nel 2023 il tasso di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è pari a 5,8 casi ogni mille donne tra i 15 e i 49 anni, un valore stabile rispetto all'anno precedente.

Nel 2022 i decessi registrati sono stati 721.974, in aumento rispetto al 2021. L'incremento ha riguardato tutte le ripartizioni geografiche a eccezione del Sud. L'anno è stato caratterizzato da un incremento dei quozienti di mortalità delle donne e delle persone in età più avanzata (80 anni e più). Nel 2022 i meno istruiti di 30-69 anni presentano una mortalità più che doppia rispetto ai laureati, con differenze che permangono anche nelle età più avanzate, sebbene attenuate. Le disuguaglianze sono più accentuate negli uomini e si manifestano in modo marcato per cause di morte legate allo stile di vita e ai comportamenti individuali, come malattie endocrine, respiratorie e psichiche.

La mortalità infantile nel 2022 si mantiene stabile, con un tasso di 2,7 decessi ogni mille nati vivi.

Nel 2022 sono morte per suicidio 3.906 persone, uomini in oltre tre casi su quattro; negli ultimi due anni si è osservata un'inversione rispetto al trend in diminuzione di lungo periodo: c'è stato infatti un aumento del tasso di suicidio da 6,2 a 6,6 ogni 100 mila abitanti.

Nel 2024, la quota di fumatori di 14 anni e più si attesta al 19,8 per cento, in lieve aumento rispetto al 2023 (19,3 per cento). Nello stesso anno, il 67,1 per cento della popolazione residente ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute.

4

SANITÀ E SALUTE

Offerta di assistenza territoriale

L'assistenza territoriale è al centro di un profondo progetto di riforma finalizzato a modernizzare il sistema di cure extra ospedaliere per renderlo più accessibile e più vicino ai bisogni dei cittadini.

Il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, in attuazione degli adempimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, detta i principi della riorganizzazione del sistema di assistenza territoriale, attraverso la stesura di un regolamento che ne definisce lo sviluppo, i modelli e gli standard ai quali si deve ispirare il nuovo sistema. Il decreto stabilisce i pilastri dell'assistenza primaria e, in particolare, vengono istituite le Case della Comunità, punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria dei cittadini; viene promosso il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, attraverso lo sviluppo di equipe multiprofessionali per la presa in carico del paziente; stabilisce, inoltre, la creazione di servizi digitalizzati per favorire sia l'assistenza a domicilio, attraverso gli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.

In questo paragrafo viene documentata la dotazione di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN), che costituiscono il fulcro attorno al quale ruota, attualmente, l'assistenza territoriale. Si tratta di professionisti sanitari che hanno il ruolo di valutare il bisogno sanitario del cittadino, di assisterlo e, nei casi più gravi, affidarlo alle cure di medici specialisti o indirizzarlo presso altre strutture sanitarie del SSN per accertamenti diagnostici.

Gli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta prevedono, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina generale assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni) e ciascun pediatra 800 bambini (di età compresa tra 0 e 13 anni). Esistono comunque realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per libera scelta dei genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da medici di medicina generale.

I medici di medicina generale nel 2023 sono circa 38 mila. L'offerta nell'ultimo triennio è in continua diminuzione: nel 2023 si ha un calo del 3,5 per cento rispetto al 2022 e del 5,6 per cento rispetto al 2021. Nel 2023 si ha un valore di 6,4 medici ogni 10 mila abi-

tanti, rispetto ai 6,8 medici del 2021. A livello territoriale, la variabilità regionale passa da 5,7 medici ogni 10 mila abitanti nel Nord-ovest a 7,5 nel Sud e nelle Isole.

Per quanto riguarda l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale nel 2023 operano circa 7 mila medici pediatri: 9,1 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni, con valori più bassi nel Nord-ovest (8,1 pediatri) e più alti nel Centro (10,3 pediatri). Anche l'offerta di medici pediatri è in diminuzione rispetto all'anno precedente, con un calo del 3,7 per cento rispetto al 2022 e del 4,5 per cento rispetto al 2021.

I medici di guardia medica, nel 2023, sono circa 10 mila, con un valore di 17,0 ogni 100 mila abitanti, in diminuzione del 5,8 per cento rispetto al 2022 e del 2,8 per cento rispetto al 2021.

Un servizio che svolge un ruolo importante, sia nel favorire il processo di deospedalizzazione, sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria da parte di persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute, è rappresentato dalle strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Il numero di posti letto nelle strutture sanitarie per l'assistenza residenziale è in lieve diminuzione dal 2022 al 2023, da 268 mila a 267 mila. I tassi nel 2023 vanno da 76,5 posti letto per 10 mila abitanti del Nord-ovest a 9,5 posti letto delle Isole, con un valore nazionale di 45,3 posti letto per 10 mila abitanti. In Italia nel 2023 ci sono 10,0 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture sanitarie semiresidenziali, con un valore che arriva a 17,7 posti letto ogni 10 mila abitanti nel Nord-est e scende a 2,1 posti letto nelle Isole. A livello territoriale l'offerta di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali presenta una significativa disparità tra Nord e Sud, con valori per le regioni settentrionali decisamente più elevati rispetto a quelli del Mezzogiorno.

Posti letto e ospedalizzazione in regime ordinario nel Servizio sanitario nazionale

La riorganizzazione della rete ospedaliera va di pari passo con la necessità di raggiungere un equilibrio tra il ruolo dell'ospedale e quello dei servizi territoriali nell'assistenza sanitaria, adeguandosi agli stretti vincoli finanziari. L'assistenza a livello ospedaliero continua a essere quella che assorbe più risorse organizzative ed economiche del settore sanitario.

Il numero di posti letto ordinari, il tasso di ospedalizzazione e la degenza media sono indicatori che consentono di valutare in modo complessivo il livello di risorse impiegate, sia in termini di disponibilità dell'offerta ospedaliera, sia di possibilità di trattare un paziente in ospedale.

Nel 2023 in Italia i posti letto in regime ordinario degli ospedali del Servizio sanitario nazionale (SSN) sono 176.317: scendono dell'1,4 per cento rispetto al 2022 e sono in costante diminuzione da molti anni. Stabile negli ultimi anni il numero degli istituti di cura presenti sul territorio nazionale, pari a 995 unità nel 2023.

Il tasso dei posti letto in regime ordinario nel 2023 è stabile rispetto all'anno precedente e pari a 3,0 per mille abitanti. Valori pari o maggiori della media nazionale si osservano in tutte le regioni del Nord (con l'eccezione del Friuli-Venezia Giulia con 2,8 posti letto) e in alcune regioni del Centro (Lazio 3,2 e Umbria 3,0), mentre una dotazione più bassa si osserva al Sud e nelle Isole. I valori massimi si registrano nella Provincia autonoma di Trento e in Emilia-Romagna (3,6 per mille), i valori minimi in Campania e in Calabria (2,4 per mille).

Nel 2023 nelle strutture ospedaliere del SSN continua la crescita dei ricoveri ordinari, dopo la diminuzione causata dalla pandemia da Covid-19: le dimissioni ospedaliere, pari a circa 5,9 milioni, sono il 14,1 per cento in più rispetto al 2020 e il 3,8 per cento in più rispetto al 2022. Anche il tasso di ospedalizzazione passa da 87,1 per mille abitanti nel 2020 a 96,4 nel 2022 e a 100,1 nel 2023.

A livello territoriale, tutte le regioni del Centro-nord, a eccezione delle Marche e del Lazio, presentano valori del tasso di ospedalizzazione superiori alla media nazionale; nel Mezzogiorno si registrano i valori più bassi, tranne che per l'Abruzzo (100,1) e il Molise (101,3). Le giornate di degenza nel 2023 sono pari a 49,2 milioni, in aumento del 9,4 per cento rispetto al 2020 e del 3,1 per cento rispetto al 2022. La degenza media in ospedale per i ricoveri ordinari passa da 8,7 giorni nel 2020 a 8,4 nel 2022 e 8,3 nel 2023. Nelle regioni varia dal massimo di 9,5 giorni in Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste e nella Provincia autonoma di Trento al minimo di 7,1 giorni in Toscana, seguita dalla Campania e dalla Puglia con un valore di 7,5.

Dimissioni ospedaliere per acuti dagli istituti di cura pubblici e privati

Nel 2023 le dimissioni ospedaliere per acuti (escludendo riabilitazione, lungodegenza e neonati sani) sono 7.285.025 (1.235 ogni 10 mila residenti), di cui il 76,8 per cento in regime ordinario e il 23,2 per cento in regime diurno.

Prosegue il trend di crescita dei ricoveri dopo la pandemia da Covid-19 (+4 per cento rispetto al 2022), sebbene il volume rimanga più basso dell'8,1 per cento rispetto alla media 2017-2019. Il recupero risulta più lento per i ricoveri in regime ordinario (+3,3 per cento rispetto al 2022, -8,9 per cento rispetto al 2017-2019), per i quali la degenza media è rimasta sostanzialmente stabile (7,0 giorni nel 2017-2019, 7,1 giorni nel 2023).

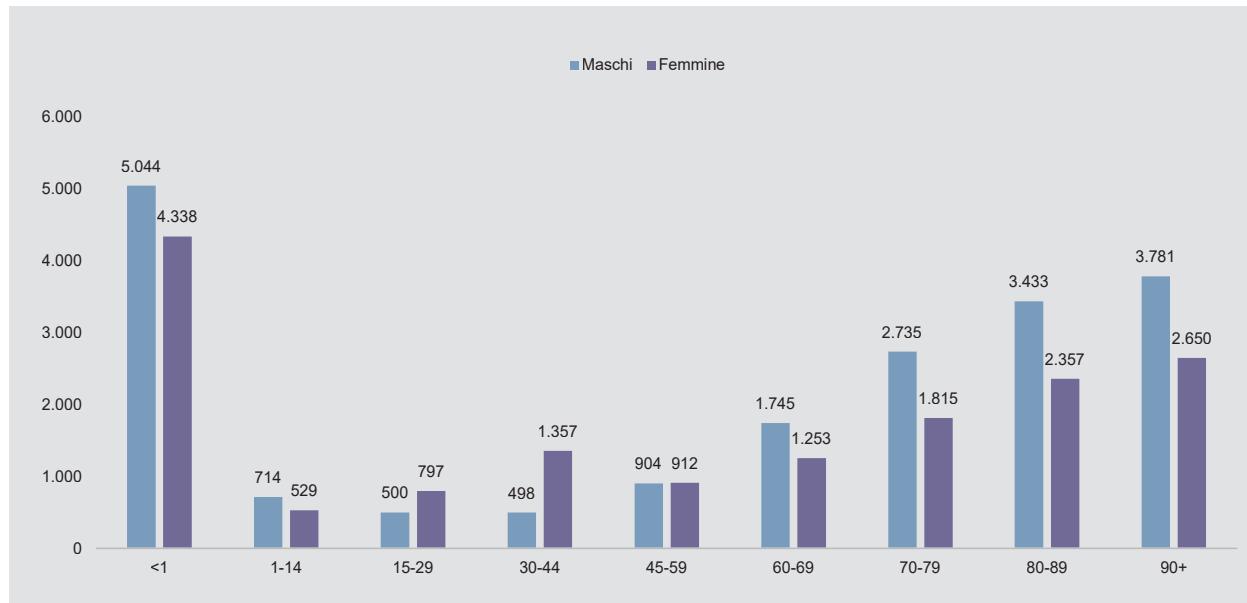
Nel 2023 il 72,1 per cento delle dimissioni ospedaliere per acuti è da istituti di cura pubblici, rispetto al 75,2 per cento nel triennio 2017-2019. Diminuiscono, pertanto, i ricoveri per acuti in questa tipologia di ospedali in conseguenza di un recupero più lento (sono l'11,9 per cento in meno rispetto a prima della pandemia), mentre i volumi negli istituti privati accreditati con il Servizio sanitario nazionale sono passati dal 23,9 per cento al 27,1 per cento, in conseguenza dell'aumento pari al 4,2 per cento tra 2017-2019 e 2023. Nel periodo di osservazione è incrementato il peso relativo dei ricoveri per acuti di tipo chirurgico, che già costituivano oltre la metà degli accessi in regime diurno (da 56,5 per cento a 57,2 per cento) e che nel regime ordinario sono aumentati dal 43,7 per cento nel 2017-2019 al 48,1 per cento nel 2023.

Nelle aree geografiche nel 2023 il Nord-est è la ripartizione che registra il decremento più basso dei ricoveri per acuti rispetto alla media del triennio 2017-2019, pari a -5,0 per cento (-6,4 per cento in regime ordinario, +1,3 per cento in regime diurno), mentre al Sud è pari a -14,6 per cento, dovuto soprattutto alla forte diminuzione delle dimissioni in regime diurno (-21,5 per cento). In regime ordinario risulta molto ampio il divario dei tassi di ricovero tra aree geografiche, con una differenza di quasi 200 dimissioni ogni 10 mila residenti tra il Nord-est (1.047 dimissioni per 10 mila residenti) e il Sud (851) e le Isole (850). Valori prossimi alla media nazionale (940) si registrano nel Nord-ovest (948) e più alti al Centro (974).

La mobilità ospedaliera interregionale in regime ordinario, dopo la riduzione osservata negli anni della pandemia, è aumentata dall'8,3 per cento nel triennio 2017-2019 all'8,5 per cento. Il fenomeno riguarda il 6,6 per cento delle dimissioni ospedaliere in regime ordinario di pazienti residenti nel Nord-est, il 6,8 per cento nel Nord-ovest, il 7,1 per cento nelle Isole, l'8,4 per cento al Centro e ben il 13,3 per cento delle dimissioni di pazienti residenti al Sud. Molise (32,7 per cento), Basilicata (29,8) e Calabria (21,9) si confermano le regioni con i valori più elevati; Provincia autonoma di Bolzano/Bozen (4,9), Lombardia (5,1) ed Emilia-Romagna (5,7) quelle con i valori più bassi. Il 61,5 per cento delle dimissioni ospedaliere in regime ordinario fuori regione è gestito da ospedali del Nord e il 22,3 per cento da ospedali del Centro.

Gli eventi di ricovero femminili sono il 51,5 per cento del totale; anche rispetto alla popolazione residente le donne si ricoverano più degli uomini, con un tasso pari a 1.234 dimissioni per acuti ogni 10 mila donne contro 1.215 ogni 10 mila uomini. Escludendo le età giovanili e adulte, in cui le donne si ricoverano molto più degli uomini per gli eventi legati alla gravidanza, al parto e al puerperio, i tassi di ricovero maschili sono più elevati (Figura 4.1). Molto elevata la frequenza dei ricoveri nel primo anno di vita, con 5.044 dimissioni maschili e 4.338 femminili ogni 10 mila neonati. Tassi di ricovero elevati si registrano anche nelle età anziane dai 70 anni in poi, con valori negli uomini circa 1,5 volte più elevati rispetto alle donne.

Figura 4.1 Dimissioni ospedaliere per acuti per sesso e classi di età
Anno 2023, tassi per 10.000 residenti



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute

Aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza

Abortività spontanea. In Italia l'aborto spontaneo è definito come l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. I dati rilevati dall'Istat includono esclusivamente i casi che comportano un ricovero, sia ordinario sia in *day hospital*, presso una struttura sanitaria. Secondo questa modalità di rilevazione, il numero totale di aborti spontanei registrati è significativamente diminuito, passando da 61.580 casi nel 2016 a 41.427 nel 2023, con una riduzione pari al 32,7 per cento.

Una diminuzione particolarmente evidente si osserva a partire dal 2011, anno in cui furono registrati 76.334 casi. Questa tendenza è legata, in parte, alla crescente gestione degli aborti spontanei – in particolare quelli precoci – in ambito ambulatoriale o attraverso i pronto soccorso, quindi al di fuori del ricovero ospedaliero. Di conseguenza, questi episodi non vengono rilevati dall'Istat.

Anche i dati del Ministero della salute, ricavati dalle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), confermano questa evoluzione. I casi rilevati tramite le SDO¹ sono in calo e mostrano un andamento analogo a quello registrato dall'Istat: tra il 2011 e il 2023, la riduzione risulta del 46 per cento secondo i dati Istat e del 50 per cento secondo le SDO.

Anche il rapporto di abortività spontanea² è in diminuzione, passando da 137,4 casi ogni mille nati vivi nel 2011 a 107,4 nel 2023. Uno dei principali fattori di rischio è l'età materna: in Italia, infatti, le donne tendono a posticipare sempre di più la gravidanza. L'età media al parto è passata da 27,6 anni nel 1982 a 32,5 anni nel 2023, con un aumento di 4,9 anni. Questo slittamento influenza anche su altri esiti riproduttivi, incluso il rischio di aborto spontaneo, la cui età media è oggi superiore di circa 2,5 anni rispetto all'età media al parto, crescendo complessivamente di 5,3 anni nello stesso periodo.

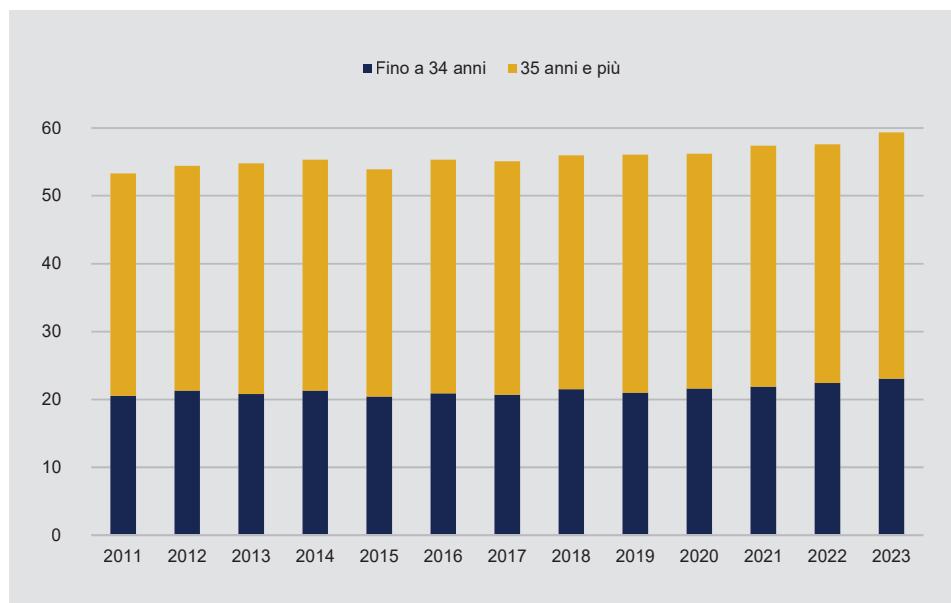
Il rinvio della maternità ha inciso anche sull'aumento degli aborti spontanei ripetuti, saliti dal 26,9 per cento del 2011 al 30,3 per cento nel 2023. L'analisi per fasce d'età conferma un rischio maggiore nelle donne più mature (Figura 4.2).

Nelle donne sotto i 35 anni la percentuale di aborti ripetuti è passata dal 20,5 per cento al 23,1 per cento; oltre i 35 anni supera stabilmente il 30 per cento, con valori compresi tra il 32,8 per cento e il 36,3 per cento nel corso degli anni.

¹ Le dimissioni per aborto spontaneo dalle Schede di dimissione ospedaliera sono state selezionate tramite i codici “632-Aborto ritenuto” e “634-Aborto spontaneo” (e relative sottovoci) come diagnosi principale.

² Rapporto tra il numero di aborti spontanei di donne in età feconda e i nati vivi da donne in età feconda.

Figura 4.2 Aborti spontanei ripetuti per classi di età
Anni 2011-2023, valori percentuali



Fonte: Istat, Dimissione dagli istituti di cura per aborto spontaneo (R)

Interruzioni volontarie di gravidanza. Nel 2023 l'Istat ha registrato 65.493 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), un dato pressoché stabile rispetto al 2022, quando se ne contavano 65.528: la differenza infatti è di sole 35 unità. Questo andamento conferma una fase di stabilizzazione dopo la significativa diminuzione osservata tra il 2019 e il 2021 a causa della pandemia da Covid-19. A partire dal 2022 il numero delle IVG sembra dunque essersi assestato su livelli comparabili a quelli del periodo pre-pandemico.

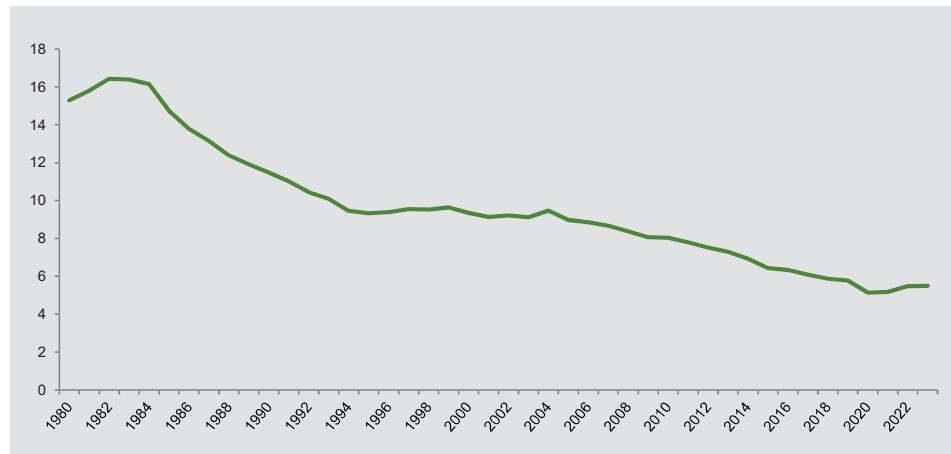
Il trend di lungo periodo conferma una progressiva e costante diminuzione a partire dal 1982, anno in cui la rilevazione dei dati risulta completa per tutte le regioni. Fanno eccezione due fasi specifiche: un periodo di relativa stabilità tra il 1994 e il 2004, durante il quale il tasso si è mantenuto tra 9,1 e 9,6 casi ogni mille donne (in età feconda), e l'incremento osservato nella fase post-pandemica (Figura 4.3).

Nel 2023 il 26,7 per cento degli interventi ha riguardato donne di cittadinanza non italiana, una quota in lieve calo rispetto al 2011, anno in cui si registrò il valore più alto mai rilevato, pari al 34,2 per cento. Tra le donne straniere il gruppo più numeroso è costituito dalle cittadine rumene (che rappresentano il 4,1 per cento di tutte le IVG effettuate da donne straniere), seguite da quelle albanesi (2,4 per cento), peruviane (2,2 per cento), marocchine (1,7 per cento) e cinesi (1,6 per cento).

Le differenze territoriali tra le ripartizioni mostrano una variazione significativa, con un tasso che va da 5,9 casi ogni mille donne residenti nel Nord-ovest a 4,7 casi nelle Isole.

Le regioni con i livelli più bassi, inferiori a cinque casi per mille donne, sono, nell'ordine: Marche e Veneto (4,5), Sardegna e Calabria (4,6), Sicilia e Basilicata (4,7), Provincia autonoma di Bolzano (4,8). Al contrario, le regioni con tassi superiori a sei casi per mille sono: Emilia-Romagna (6,2), Piemonte (6,4), Puglia (6,7) e Liguria, che presenta il valore più elevato con 8,2 casi ogni mille donne.

Figura 4.3 Tasso di abortività volontaria
Anni 1980-2023, tasso per 1.000 donne in età feconda



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza (R)

Prospetto 4.1 Interruzioni volontarie della gravidanza per cittadinanza della donna
Anno 2023

| AREE GEOGRAFICHE E PRINCIPALI PAESI DI CITTADINANZA | Valori assoluti | Valori percentuali |
|---|-----------------|--------------------|
| Italia | 47.886 | 73,12 |
| Paese straniero | 17.458 | 26,66 |
| <i>Unione europea</i> | 3.363 | 5,13 |
| <i>Europa centro-orientale</i> | 3.456 | 5,28 |
| <i>Altri paesi europei</i> | 46 | 0,07 |
| <i>Asia</i> | 3.308 | 5,05 |
| <i>Africa</i> | 3.944 | 6,02 |
| <i>Nord America</i> | 78 | 0,12 |
| <i>America centro-meridionale</i> | 3.232 | 4,93 |
| <i>Oceania</i> | 12 | 0,02 |
| Apolide | 19 | 0,03 |
| Non indicato | 149 | 0,23 |
| TOTALE | 65.493 | 100,00 |
| PRINCIPALI PAESI | | |
| Romania | 2.661 | 4,06 |
| Albania | 1.577 | 2,41 |
| Perù | 1.414 | 2,16 |
| Marocco | 1.137 | 1,74 |
| Repubblica popolare cinese | 1.023 | 1,56 |

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza (R)

Cause di morte

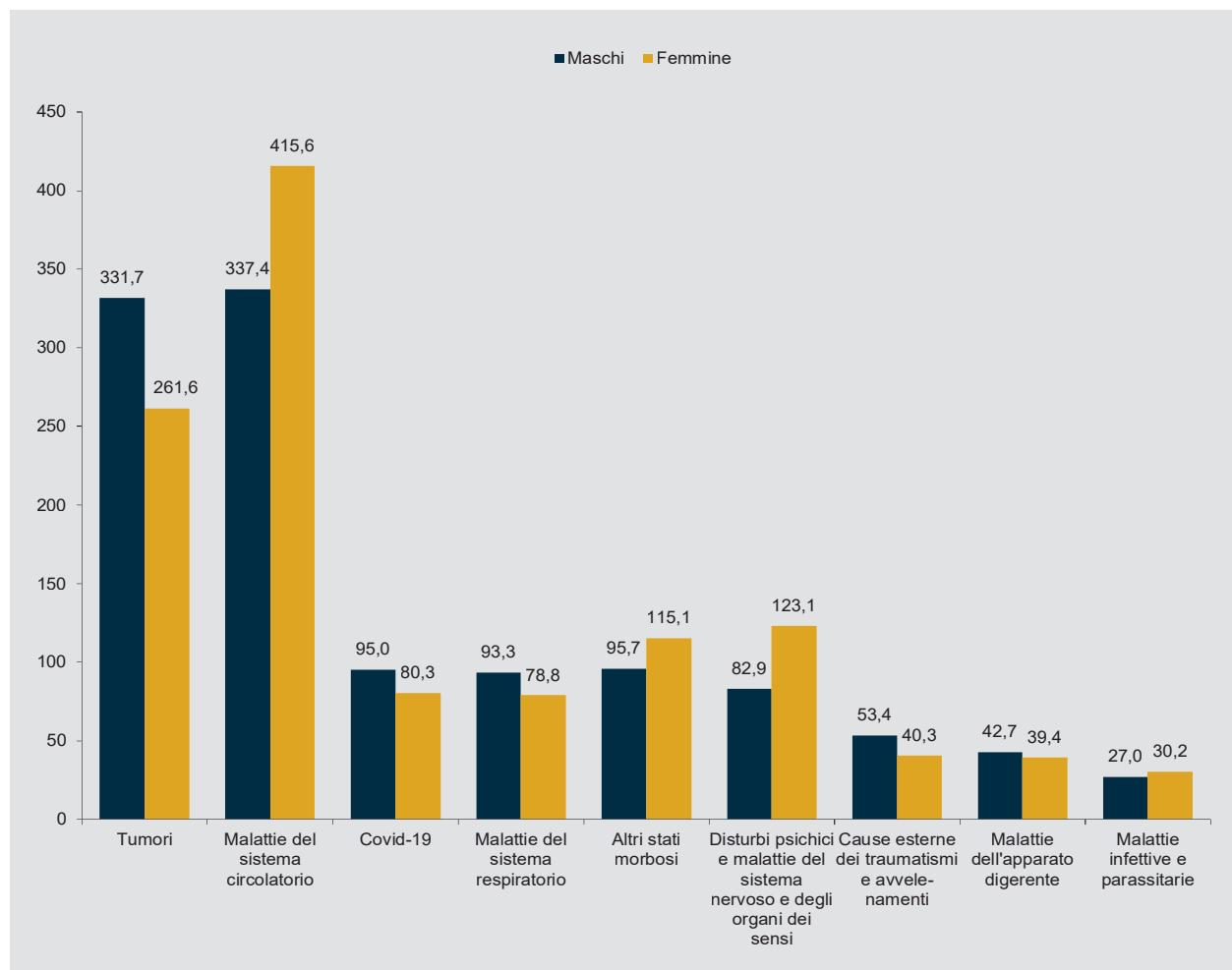
Nel 2022 in Italia si sono registrati 721.974 decessi, 15.005 in più rispetto al 2021. Il tasso grezzo di mortalità è stato di 1.223,4 decessi per 100 mila abitanti, risultato dell'aumento della mortalità per le principali cause, in particolare per le malattie del sistema respiratorio, nonostante la diminuzione della mortalità per Covid-19.

Tra le principali cause, oltre alle respiratorie, sono aumentati i decessi per le malattie del sistema circolatorio e per i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. I tumori sono rimasti sostanzialmente invariati.

Come negli anni precedenti, il numero di decessi tra le donne (375.789) è stato superiore a quello degli uomini (346.185) e l'incremento di mortalità ha riguardato soprattutto le donne (+12.163 decessi). Il quoziente di mortalità delle donne si conferma superiore a quello degli uomini, con un incremento del 3,7 per cento rispetto all'anno precedente, e la distanza tra i generi, che nel 2021 si era affievolita, è tornata ad aumentare. I livelli di mortalità si mantengono, in entrambi i sessi, superiori a quelli degli anni precedenti della pandemia.

Le principali cause di morte restano le malattie del sistema cardiocircolatorio (377,4 per 100 mila abitanti) e i tumori (295,8 per 100 mila abitanti). Il Covid-19, terza causa di morte nel 2021, è diventata la quinta causa di morte, riducendo il proprio tasso del 24 per cento (87,5 decessi per 100 mila). Le prime due cause di morte sono le stesse per uomini e donne e si presentano nello stesso ordine: prima le malattie del sistema circolatorio e poi i tumori. Tuttavia, mentre negli uomini i tassi di mortalità per queste due cause risultano molto simili, nelle donne la differenza è più marcata: le malattie circolatorie presentano un tasso di circa il 60 per cento più alto rispetto a quello dei tumori.

Figura 4.4 Mortalità per gruppi di cause e sesso
Anno 2022, rapporti per 100.000 abitanti



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte (R)

La differenza più evidente tra i sessi si osserva nei disturbi psichici, che rappresentano la terza causa di morte per le donne (123,1 per 100 mila) ma solo la sesta per gli uomini (82,9). Di conseguenza, nelle classifiche per genere, il Covid-19 e le malattie respiratorie risultano collocate più in basso tra le donne (quinta e sesta posizione), poiché vengono precedute dai disturbi psichici, mentre tra gli uomini occupano rispettivamente il quarto e il quinto posto.

A differenza dell'anno precedente, in cui si era osservato un incremento dei quozienti per causa nelle età più giovani, il 2022 è caratterizzato da un aumento dei quozienti di mortalità per causa soprattutto nelle età più avanzate, 80 anni e più. Gli unici quozienti per causa che non aumentano, ma solo tra 80-89 anni, sono quelli del Covid-19 e dei tumori.

Tra 0 e 79 anni c'è stato un decremento di 6.339 decessi, dovuto soprattutto al Covid-19, mentre per gli over 80 un incremento di 21.351 decessi, dovuti soprattutto alle patologie cardiovascolari, respiratorie e ai disturbi psichici.

I tumori sono la prima causa di morte tra 1-14 anni e 30-79 anni, tra 15-29 anni la prima causa di morte è il gruppo delle cause esterne e dopo gli 80 anni le malattie cardio-circolatorie. Nelle donne con 80 anni e più i disturbi psichici hanno un ruolo rilevante, mentre negli uomini della stessa fascia di età le malattie respiratorie sono tra le principali cause di morte.

Nel 2022 la mortalità è aumentata in tutte le ripartizioni geografiche a eccezione del Sud, dove il quoziente è rimasto invariato rispetto all'anno precedente, con 1.162,3 decessi per 100 mila. La mortalità per il Covid-19 è diminuita dappertutto, a eccezione delle Isole, dove c'è stato un incremento del 25 per cento. La mortalità per malattie cardiocircolatorie è più alta al Sud (393,2 per 100 mila), mentre quella per tumori al Nord-ovest (319,0 per 100 mila). La mortalità per disturbi psichici, così come quella per le malattie dell'apparato respiratorio, risulta più elevata nelle regioni del Centro-nord.

Nel 2022, analogamente al 2021, la Liguria registra il tasso grezzo di mortalità più elevato in Italia (1.594,7 per 100 mila abitanti), mentre il valore più basso si osserva nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen (988,0 per 100 mila abitanti).

Sempre la Liguria presenta il quoziente di mortalità per Covid-19 più alto (115,7), mentre la Provincia autonoma di Trento il più basso (55,0).

In tutte le regioni le malattie cardio-circolatorie sono la prima causa di morte: il quoziente più alto si osserva in Molise (519,2 per 100 mila abitanti), dove il tasso è in leggera diminuzione, quello più basso nella Provincia autonoma di Bolzano (296,8). Per i tumori, invece, il tasso più alto è in Liguria, pari a 369,4 per 100 mila abitanti, quello più basso in Calabria (244,1).

Quasi tutte le regioni hanno incrementato il quoziente di mortalità generale rispetto al 2021, tranne Friuli-Venezia Giulia, Marche e Puglia.

Disuguaglianze socio-economiche nella mortalità per causa. Il legame tra istruzione e mortalità è usato da sociologi ed epidemiologi per misurare quanto una società sia equa: l'esistenza di un ampio divario significa che l'accesso alle opportunità e alla salute è distribuito in modo diseguale. Il livello di istruzione, infatti, è la variabile considerata la migliore *proxy* della condizione socio-economica degli individui, essendo fortemente correlata con altre misure di posizione sociale, quali la condizione occupazionale e la classe sociale; è inoltre associata all'adozione di determinati stili di vita, alle opportunità di accesso alle cure, alla capacità di navigare il sistema sanitario (come e quando cercare cure).

Per misurare e monitorare nel tempo le disuguaglianze sociali nella mortalità è possibile utilizzare i tassi di mortalità per causa e titolo di studio; la popolazione di riferimento è quella dai 30 anni in su, età in cui il titolo di studio può considerarsi generalmente acquisito e invariante nel tempo.

Le disuguaglianze sociali sono particolarmente forti nelle età più giovani: infatti, tra 30 e 69 anni i tassi di mortalità delle persone meno istruite, sia uomini sia donne, sono mediamente più del doppio rispetto ai più istruiti. Nel 2022 il tasso di mortalità dei giovani con un titolo di studio basso è pari a 44,3 per 10 mila abitanti, si riduce progressivamente all'aumentare del livello di istruzione e i laureati hanno una mortalità di 19 per 10 mila. Quanto osservato nella fascia centrale della vita, quando la morte è un evento poco frequente e potenzialmente evitabile, indica che interventi opportuni per ridurre i fattori di rischio e per migliorare la tempestività della diagnosi e della cura della popolazione più svantaggiata potrebbero efficacemente ridurre la mortalità e le disparità.

La disuguaglianza persiste anche nelle età più avanzate, sebbene sia meno marcata. Nel 2022 il tasso di mortalità di chi ha un titolo di studio molto basso tra 70 e 84 anni e oltre 85 anni è, rispettivamente, di 321,7 e di 1.736,9 per 10 mila abitanti, superiore del 40 e del 20 per cento in confronto a chi possiede un'istruzione molto elevata.

Le disuguaglianze sono più accentuate negli uomini che nelle donne, soprattutto fino a 69 anni. Oltre gli 85 anni le differenze tra i due sessi tendono a scomparire.

Confrontando il 2022 con gli anni precedenti, si osserva che la mortalità, pur restando sempre più elevata dei livelli pre-pandemici del 2019, si mantiene al di sotto dei livelli del 2020, a eccezione dei meno istruiti, per i quali il tasso resta pressoché invariato (nel 2020 era pari a 156,6 e nel 2022 è 155,9 per 10 mila). Dopo una leggera flessione dei livelli nel 2021 per qualunque titolo di studio, il tasso di mortalità aumenta nel 2022, soprattutto per le persone meno istruite: +5 per cento (passa da 148,6 per 10 mila abitanti nel 2021 a 155,9 per 10 mila nel 2022), contro +2 per cento dei laureati (il tasso passa da 108,8 per 10 mila abitanti nel 2021 a 111,3 per 10 mila nel 2022).

L'analisi delle disuguaglianze nel 2022 per le varie cause di morte mostra per tutte uno svantaggio per chi ha un titolo di studio più basso, ma con entità diverse in base alle cause, all'età e al sesso. Le disparità sono particolarmente rilevanti per alcune condizioni morbose i cui fattori di rischio sono strettamente connessi allo stile di vita (alimentazione, abuso di alcol) e ai comportamenti individuali (propensione alla cura, prevenzione, diagnosi precoce), influenzati, a loro volta, dal livello di istruzione. Emergono delle differenze elevate, sia nelle donne sia negli uomini, nella mortalità per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (rapporto tra i tassi di chi possiede un titolo di studio molto basso e chi ha un titolo di studio molto alto – RR, Rischio relativo – pari a 2,1 per le donne e 1,8 per gli uomini) e per alcune malattie infettive e parassitarie (RR=1,7 per le donne e RR=1,8 per gli uomini); solo per gli uomini, le disuguaglianze sono marcate anche per le malattie dell'apparato digerente (RR=2) e del sistema respiratorio (RR=1,9).

Distinguendo per età, tra i più giovani di 30-69 anni si osservano disuguaglianze rilevanti anche per disturbi psichici: la mortalità di chi ha un titolo di studio basso è oltre quattro volte più elevata rispetto ai laureati: il tasso dei meno istruiti per gli uomini è pari a 1,1 per 10 mila abitanti e per le donne è 0,6; il tasso dei laureati per gli uomini è di 0,3 per 10 mila e per le donne 0,1. Per le giovani donne rileviamo una disuguaglianza marcata per le ma-

lattie del sistema respiratorio, con un tasso nelle meno istruite (1,7 per 10 mila residenti) 5,8 volte più elevato rispetto alle più istruite (tasso pari a 0,3 per 10 mila residenti); per gli uomini giovani il rapporto tra i tassi per queste cause è pari a 4,8.

Nel periodo 2019-2022 le disuguaglianze nel complesso crescono di poco o restano pressoché costanti. Tuttavia, analizzando il fenomeno per età, emerge che nei più giovani le disuguaglianze tendono ad aumentare progressivamente per alcune cause di morte: in particolare, per le donne si osserva una crescita per i disturbi psichici e comportamentali e per le malattie del sistema nervoso; per entrambi i sessi si ha un trend in salita per le malattie del sistema respiratorio. Anche nella mortalità per Covid-19 si riscontra un aumento delle disuguaglianze tra 30 e 69 anni sia per gli uomini sia per le donne: il rapporto tra i tassi dei meno istruiti e dei laureati passa, per gli uomini, da 1,9 nel 2020 a 2,9 nel 2022; per le donne, passa da 3 nel 2020 a 3,7 nel 2022. Nei più anziani le disuguaglianze nella mortalità per Covid-19 sono di entità più contenuta e variano poco da un anno all'altro, pur comportando un eccesso di mortalità dei meno istruiti rispetto ai laureati del 60-70 per cento tra 70 e 84 anni e del 20-30 per cento oltre gli 85 anni.

Mortalità infantile. Nel 2022 i decessi nel primo anno di vita sono stati 1.046, un numero inferiore rispetto all'anno precedente. Tuttavia, il tasso di mortalità infantile è rimasto stabile, pari a 2,7 decessi ogni mille nati vivi.

Rispetto all'anno precedente, i tassi di mortalità infantile restano invariati nel Nord-ovest e nel Sud, mentre aumentano al Centro e diminuiscono nelle Isole e nel Nord-est. Il divario tra Nord-est e Isole si è ridotto: se nel 2021 un neonato nelle Isole aveva un rischio di morte entro il primo anno del 67 per cento più alto rispetto a un nato nel Nord-est, nel 2022 l'eccesso di rischio è del +42 per cento.

Nel 2022, per la prima volta, il Covid-19 ha causato la morte di sette bambini di età inferiore all'anno; di questi, tre si sono registrati in Puglia.

Complessivamente, il quadro epidemiologico delle cause di morte infantile è invariato rispetto agli anni precedenti: le principali cause sono alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale (626 decessi) e le malformazioni congenite (231 decessi) che, insieme, causano circa l'82 per cento di tutti i decessi. Se i decessi per le patologie perinatali sono aumentati rispetto al 2021 (+14 decessi), quelli per le malformazioni congenite sono diminuiti (-59 decessi) e il tasso ha subito un decremento del 24 per cento. La diminuzione dei morti per le malformazioni congenite ha riguardato tutte le ripartizioni a eccezione del Centro. La mortalità per patologie perinatali è diminuita nelle Isole e leggermente nel Nord-est. Il Mezzogiorno continua ad avere una mortalità per patologie perinatali più alta del Centro-nord. Il 70 per cento dei decessi infantili si è verificato nel primo mese di vita, dato che evidenzia quanto sia delicato e critico il periodo immediatamente dopo la nascita.

Nel 2022 il quoziente di natimortalità italiano è stato di 2,6 decessi per mille nati, come nell'anno precedente, e il quoziente di mortalità perinatale pari a 3,9 decessi per mille nati, dato leggermente superiore rispetto al 2021. L'incremento osservato è attribuibile principalmente a quello registrato nelle aree del Nord-est e del Sud del Paese. Come per il tasso di mortalità infantile, anche i quozienti di natimortalità e di mortalità perinatale sono più alti al Mezzogiorno rispetto al Centro-nord.

Tra le regioni italiane, la Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste* presenta il tasso di mortalità infantile più elevato, pari a 4,1 decessi per mille nati vivi, mentre il valore più basso si registra in Molise, con 0,6 decessi per mille nati vivi. Entrambe le regioni presentano tassi di mortalità variabili negli anni attribuibile alla ridotta numerosità assoluta degli eventi (nascite e decessi), che determina instabilità statistica degli indicatori. In sette regioni si osserva una riduzione della mortalità infantile rispetto all'anno precedente: tra queste si segnalano la Calabria e la Sicilia, territori storicamente caratterizzati da alti tassi, nei quali, invece, si è verificata una riduzione della mortalità del 21 e del 30 per cento, rispettivamente.

Suicidi

Nel 2022 in Italia si sono osservati 3.906 suicidi, 6,6 ogni 100 mila abitanti. L'evento riguarda prevalentemente gli uomini, 3.066 casi rispetto a 840 tra le donne, con rapporti per 100 mila abitanti pari rispettivamente a 10,6 e 2,8.

La mortalità per suicidio cresce con l'età: si passa da 1,7 suicidi per 100 mila abitanti sotto i 24 anni, a 5,8 tra i 25 e i 44 anni, a 8,0 tra i 45 e i 64 anni, fino ad arrivare a 10,1 per le persone con più di sessantaquattro anni, quasi sei volte più alta della classe più giovane. Distinguendo per sesso, si conferma l'andamento crescente all'aumentare dell'età: il tasso più alto è raggiunto dagli uomini più anziani, con 18,2 suicidi ogni 100 mila abitanti, mentre il più basso è tra le donne più giovani (0,8 suicidi ogni 100 mila abitanti).

Complessivamente, rispetto ai primi anni del secolo il fenomeno è in calo: si è passati da 7,3 suicidi ogni 100 mila abitanti nel 2000 a 6,6 nel 2022. Tuttavia, dopo il 2020 si registra una inversione rispetto al trend di lungo periodo: il tasso passa da 6,2 ogni 100 mila abitanti nel 2020 a 6,5 nel 2021 e 6,6 nel 2022; tale aumento si riscontra in entrambi i sessi e in tutte le fasce di età, a eccezione delle donne 45-64enni, per le quali, al contrario, si è osservata una leggera diminuzione. Nel periodo 2020-2022 gli aumenti maggiori si sono osservati nella classe sotto i 24 anni, dove il tasso per 100 mila abitanti è aumentato di circa il 30 per cento (da 1,4 a 1,7). Il tasso di suicidio in questa fascia di età rimane il più basso per entrambi i sessi, ma proprio la giovane età rende necessaria una particolare attenzione verso il fenomeno, in termini di comprensione e prevenzione. Nelle classi di età più giovani, infatti, la diminuzione registrata nel periodo iniziale della pandemia e il successivo incremento nel biennio seguente potrebbero rappresentare un'ulteriore preoccupazione per gli effetti di medio-lungo termine sul peggioramento nel benessere psicologico, con conseguente aumento dei suicidi, così come riscontrato in molti altri paesi. Al contrario, nello stesso periodo iniziale della pandemia si era osservato un aumento dei tassi di suicidio alle età più avanzate in entrambi i sessi, per i quali l'isolamento sociale potrebbe aver reso fin da subito gli anziani particolarmente vulnerabili. Nei due anni successivi nella fascia di età più anziana si confermano sostanzialmente i valori alti osservati già nel 2020, con ulteriore aumento nell'ultimo anno tra le donne.

L'analisi del fenomeno suicidario nel 2021 e 2022 sembra quindi confermare i diversi studi sull'impatto di altre epidemie, i quali hanno infatti dimostrato che una diminuzione a breve termine dei suicidi è osservata frequentemente, ma poi spesso si riscontra un aumento ritardato. Resta pertanto necessario mettere in atto azioni di prevenzione e

prestare grande attenzione all'andamento dei suicidi nei periodi successivi, in particolar modo tra i più giovani e gli adolescenti, per i quali gli effetti a lungo termine della pandemia sulla salute mentale potrebbero essere particolarmente forti.

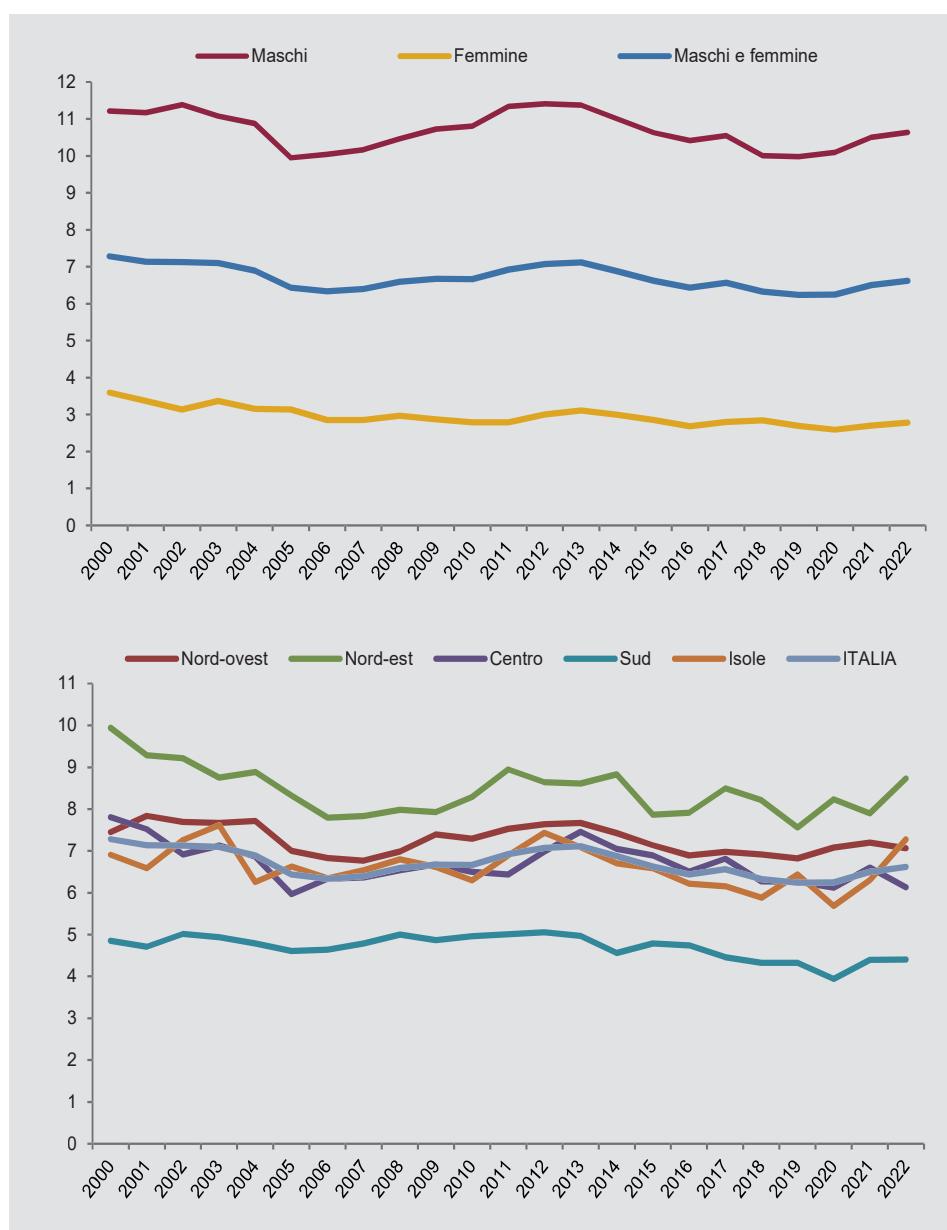
Prospetto 4.2 Decessi per suicidio in Italia per classe di età e genere
Anni 2000-2022

| ANNI | Maschi | | | | | Femmine | | | | | Maschi e femmine | | | | |
|--------------------------------|-----------|-------|-------|------------|------------|-----------|-------|-------|------------|--------|------------------|-------|-------|------------|------------|
| | Fino a 24 | 25-44 | 45-64 | 65 e oltre | Totale (a) | Fino a 24 | 25-44 | 45-64 | 65 e oltre | Totale | Fino a 24 | 25-44 | 45-64 | 65 e oltre | Totale (a) |
| VALORI ASSOLUTI | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 239 | 910 | 891 | 1.022 | 3.062 | 53 | 269 | 329 | 395 | 1.046 | 292 | 1.179 | 1.220 | 1.417 | 4.108 |
| 2001 | 227 | 900 | 889 | 1.034 | 3.050 | 45 | 243 | 329 | 363 | 980 | 272 | 1.143 | 1.218 | 1.397 | 4.030 |
| 2002 | 214 | 960 | 916 | 1.055 | 3.145 | 52 | 228 | 302 | 342 | 924 | 266 | 1.188 | 1.218 | 1.397 | 4.069 |
| 2003 | 200 | 917 | 889 | 1.072 | 3.078 | 43 | 266 | 310 | 378 | 997 | 243 | 1.183 | 1.199 | 1.450 | 4.075 |
| 2004 | 165 | 931 | 871 | 1.079 | 3.048 | 52 | 241 | 294 | 353 | 940 | 217 | 1.172 | 1.165 | 1.432 | 3.988 |
| 2005 | 178 | 797 | 877 | 951 | 2.804 | 43 | 230 | 297 | 369 | 939 | 221 | 1.027 | 1.174 | 1.320 | 3.743 |
| 2006 | 149 | 788 | 887 | 1.017 | 2.842 | 41 | 229 | 296 | 293 | 859 | 190 | 1.017 | 1.183 | 1.310 | 3.701 |
| 2007 | 175 | 776 | 896 | 1.046 | 2.893 | 40 | 229 | 281 | 314 | 864 | 215 | 1.005 | 1.177 | 1.360 | 3.757 |
| 2008 | 163 | 870 | 959 | 1.005 | 2.999 | 39 | 234 | 318 | 316 | 907 | 202 | 1.104 | 1.277 | 1.321 | 3.906 |
| 2009 | 150 | 827 | 1.045 | 1.071 | 3.094 | 44 | 238 | 298 | 301 | 881 | 194 | 1.065 | 1.343 | 1.372 | 3.975 |
| 2010 | 154 | 860 | 1.075 | 1.039 | 3.128 | 32 | 212 | 313 | 304 | 861 | 186 | 1.072 | 1.388 | 1.343 | 3.989 |
| 2011 | 173 | 805 | 1.169 | 1.143 | 3.293 | 45 | 201 | 316 | 301 | 863 | 218 | 1.006 | 1.485 | 1.444 | 4.156 |
| 2012 | 183 | 852 | 1.238 | 1.051 | 3.325 | 48 | 201 | 343 | 341 | 933 | 231 | 1.053 | 1.581 | 1.392 | 4.258 |
| 2013 | 154 | 856 | 1.228 | 1.084 | 3.323 | 53 | 203 | 371 | 341 | 968 | 207 | 1.059 | 1.599 | 1.425 | 4.291 |
| 2014 | 175 | 805 | 1.106 | 1.129 | 3.215 | 53 | 229 | 368 | 282 | 932 | 228 | 1.034 | 1.474 | 1.411 | 4.147 |
| 2015 | 168 | 708 | 1.136 | 1.093 | 3.105 | 40 | 188 | 350 | 305 | 884 | 208 | 896 | 1.486 | 1.398 | 3.989 |
| 2016 | 148 | 725 | 1.140 | 1.025 | 3.039 | 35 | 169 | 321 | 306 | 831 | 183 | 894 | 1.461 | 1.331 | 3.870 |
| 2017 | 196 | 682 | 1.117 | 1.082 | 3.077 | 39 | 193 | 320 | 311 | 863 | 235 | 875 | 1.437 | 1.393 | 3.940 |
| 2018 | 155 | 659 | 1.067 | 1.034 | 2.915 | 49 | 189 | 338 | 298 | 874 | 204 | 848 | 1.405 | 1.332 | 3.789 |
| 2019 | 165 | 619 | 1.116 | 1.002 | 2.902 | 42 | 164 | 330 | 288 | 824 | 207 | 783 | 1.446 | 1.290 | 3.726 |
| 2020 | 147 | 602 | 1.072 | 1.102 | 2.923 | 37 | 141 | 328 | 283 | 789 | 184 | 743 | 1.400 | 1.385 | 3.712 |
| 2021 | 168 | 607 | 1.115 | 1.130 | 3.020 | 68 | 171 | 311 | 282 | 832 | 236 | 778 | 1.426 | 1.412 | 3.852 |
| 2022 | 177 | 628 | 1.135 | 1.126 | 3.066 | 54 | 153 | 328 | 305 | 840 | 231 | 781 | 1.463 | 1.431 | 3.906 |
| QUOZIENTI PER 100.000 ABITANTI | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 3,3 | 10,4 | 12,8 | 23,9 | 11,2 | 0,8 | 3,1 | 4,5 | 6,4 | 3,6 | 2,0 | 6,8 | 8,5 | 13,6 | 7,3 |
| 2001 | 3,2 | 10,3 | 12,7 | 23,8 | 11,2 | 0,7 | 2,8 | 4,5 | 5,8 | 3,4 | 1,9 | 6,5 | 8,5 | 13,2 | 7,1 |
| 2002 | 2,9 | 10,9 | 13,0 | 23,8 | 11,4 | 0,7 | 2,6 | 4,1 | 5,4 | 3,1 | 1,9 | 6,8 | 8,4 | 13,0 | 7,1 |
| 2003 | 2,7 | 10,4 | 12,5 | 23,7 | 11,1 | 0,6 | 3,0 | 4,2 | 5,9 | 3,4 | 1,7 | 6,7 | 8,3 | 13,2 | 7,1 |
| 2004 | 2,3 | 10,5 | 12,2 | 23,3 | 10,9 | 0,8 | 2,7 | 3,9 | 5,4 | 3,2 | 1,5 | 6,6 | 8,0 | 12,8 | 6,9 |
| 2005 | 2,5 | 9,0 | 12,2 | 20,0 | 10,0 | 0,6 | 2,6 | 3,9 | 5,5 | 3,1 | 1,6 | 5,8 | 8,0 | 11,6 | 6,5 |
| 2006 | 2,1 | 9,0 | 12,2 | 21,0 | 10,1 | 0,6 | 2,6 | 3,9 | 4,3 | 2,9 | 1,3 | 5,8 | 7,9 | 11,3 | 6,4 |
| 2007 | 2,4 | 8,9 | 12,1 | 21,2 | 10,2 | 0,6 | 2,6 | 3,6 | 4,6 | 2,9 | 1,5 | 5,8 | 7,8 | 11,6 | 6,4 |
| 2008 | 2,2 | 10,0 | 12,7 | 20,1 | 10,5 | 0,6 | 2,7 | 4,0 | 4,6 | 3,0 | 1,4 | 6,4 | 8,3 | 11,1 | 6,6 |
| 2009 | 2,0 | 9,7 | 13,6 | 21,1 | 10,8 | 0,6 | 2,8 | 3,7 | 4,3 | 2,9 | 1,4 | 6,2 | 8,5 | 11,4 | 6,7 |
| 2010 | 2,1 | 10,3 | 13,7 | 20,3 | 10,9 | 0,5 | 2,5 | 3,8 | 4,3 | 2,8 | 1,3 | 6,4 | 8,6 | 11,1 | 6,7 |
| 2011 | 2,4 | 9,8 | 14,7 | 22,0 | 11,5 | 0,6 | 2,4 | 3,8 | 4,3 | 2,8 | 1,5 | 6,1 | 9,1 | 11,8 | 7,0 |
| 2012 | 2,5 | 10,5 | 15,4 | 19,8 | 11,5 | 0,7 | 2,5 | 4,1 | 4,7 | 3,0 | 1,6 | 6,5 | 9,6 | 11,1 | 7,2 |
| 2013 | 2,1 | 10,5 | 14,9 | 19,8 | 11,4 | 0,8 | 2,5 | 4,3 | 4,6 | 3,1 | 1,4 | 6,5 | 9,5 | 11,1 | 7,1 |
| 2014 | 2,4 | 10,0 | 13,2 | 20,1 | 10,9 | 0,8 | 2,8 | 4,2 | 3,8 | 3,0 | 1,6 | 6,4 | 8,6 | 10,8 | 6,8 |
| 2015 | 2,3 | 8,9 | 13,4 | 19,1 | 10,5 | 0,6 | 2,4 | 3,9 | 4,0 | 2,8 | 1,5 | 5,7 | 8,6 | 10,5 | 6,6 |
| 2016 | 2,0 | 9,3 | 13,3 | 17,7 | 10,3 | 0,5 | 2,2 | 3,6 | 4,0 | 2,7 | 1,3 | 5,8 | 8,3 | 9,9 | 6,4 |
| 2017 | 2,7 | 8,9 | 12,9 | 18,4 | 10,5 | 0,6 | 2,6 | 3,5 | 4,0 | 2,8 | 1,7 | 5,8 | 8,1 | 10,3 | 6,5 |
| 2018 | 2,2 | 8,9 | 12,2 | 17,5 | 10,0 | 0,7 | 2,6 | 3,7 | 3,9 | 2,8 | 1,5 | 5,8 | 7,9 | 9,8 | 6,3 |
| 2019 | 2,3 | 8,6 | 12,7 | 16,7 | 10,0 | 0,6 | 2,3 | 3,6 | 3,7 | 2,7 | 1,5 | 5,5 | 8,0 | 9,4 | 6,2 |
| 2020 | 2,1 | 8,5 | 12,1 | 18,2 | 10,1 | 0,6 | 2,0 | 3,6 | 3,6 | 2,6 | 1,4 | 5,3 | 7,7 | 10,0 | 6,2 |
| 2021 | 2,4 | 8,8 | 12,5 | 18,4 | 10,5 | 1,1 | 2,5 | 3,4 | 3,6 | 2,7 | 1,8 | 5,7 | 7,9 | 10,1 | 6,5 |
| 2022 | 2,6 | 9,2 | 12,7 | 18,2 | 10,6 | 0,8 | 2,3 | 3,5 | 3,9 | 2,8 | 1,7 | 5,8 | 8,0 | 10,1 | 6,6 |

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte (R)

(a) Il totale comprende anche i suicidi con età non indicata, quindi può non coincidere con la somma delle classi di età.

Figura 4.5 Mortalità per suicidio per sesso e ripartizione geografica
Anni 2000-2022, rapporti per 100 mila abitanti



Fonte: Indagine sulle cause di morte (R)

La sostanziale stabilità del tasso di suicidio nell'ultimo anno rischia di nascondere andamenti differenti tra le ripartizioni geografiche. Nel Nord-est, che presenta storicamente livelli elevati, c'è stato un nuovo aumento che ha abbondantemente superato il calo dell'anno precedente e si conferma quindi come la ripartizione con i livelli più elevati di mortalità per suicidio, 8,7 decessi ogni 100 mila abitanti (+0,8 rispetto all'anno precedente). Nel Nord-o-

vest nel 2022 si è riscontrata una sostanziale stabilità dei livelli di mortalità per suicidio (-0,1, tornando ai valori del 2020), anche nel Centro si è tornati ai valori del 2020 ma con una oscillazione nel biennio più rilevante ($\pm 0,5$), nel Sud confermato il valore del 2021 (4,4 decessi ogni 100 mila abitanti), nelle Isole risulta invece particolarmente rilevante l'ulteriore aumento nel 2022 (da 5,7 decessi ogni 100 mila abitanti nel 2020, a 6,3 nel 2021 e 7,3 nel 2022).

A livello regionale il valore più alto si ha in Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste* (11,4); valori alti si hanno nel Nord-ovest in Piemonte (9,2), nel Nord-est nel Trentino-Alto Adige/*Südtirol* (10,8) e in Friuli-Venezia Giulia (10,7), Umbria (9,3) e Marche (9,4) al Centro, Basilicata (9,1) al Sud e Sardegna (10,9) nelle Isole. Le regioni con valori più bassi sono sostanzialmente tutte le altre del Sud, in particolare la Campania (2,6), con l'esclusione dell'Abruzzo, che ha valori (7,2) superiori alla media nazionale (6,6). Nel settentrione solo la Liguria (4,6) presenta valori sostanzialmente inferiori alla media nazionale. Si conferma un'ampia disomogeneità del fenomeno suicidario tra le due Isole: in Sicilia si hanno valori inferiori alla media nazionale (a eccezione degli uomini con età inferiore a 45 anni), mentre in Sardegna i tassi sono ampiamente al di sopra della stessa (a eccezione delle donne nella fascia di età 25-44 anni). Quasi un suicidio su due avviene per impiccagione e soffocamento (tra gli uomini questa modalità sale al 52,0 per cento dei casi, 35,4 tra le donne) e in circa un caso su cinque si fa ricorso alla precipitazione (tra le donne questa modalità riguarda quasi un terzo del totale, 32,4 per cento dei casi, vicina alla quota dei casi di impiccagione e soffocamento, mentre tra gli uomini scende al 17,8, rappresentando comunque la seconda modalità più frequente). Queste due modalità includono oltre i due terzi degli eventi (69,4 per cento dei suicidi totali, 69,8 per cento tra gli uomini e 67,7 tra le donne). Tra gli uomini è alto anche il ricorso ad armi da fuoco ed esplosivi (12,3 per cento dei casi), mentre tra le donne sono frequenti i suicidi dovuti ad avvelenamento (10,2 per cento).

Condizioni di salute

Stato di salute. La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione, molto utilizzato anche in ambito internazionale. Nel 2024 il 67,1 per cento della popolazione residente in Italia ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo "molto bene" o "bene" al quesito "Come va in generale la sua salute?". Rispetto all'anno precedente, si registra una riduzione (-1,6 punti percentuali), che conferma la tendenza già emersa nel 2023, quando l'indicatore aveva mostrato una flessione rispetto ai livelli raggiunti durante il periodo pandemico.

Anche nel 2024 la prevalenza di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute è più elevata tra gli uomini (71,4 per cento) che tra le donne (63,1 per cento) e decresce all'aumentare dell'età: scende al 45,9 per cento tra le persone anziane di 65-74 anni e a 28,2 per cento tra gli ultrasettantatréenni.

A parità di età emergono nette le differenze a svantaggio delle donne: nella fascia di età delle persone di 60 anni e più il 46,8 per cento degli uomini si considera in buona salute contro il 36,7 per cento delle coetanee.

A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è più elevata al Centro-nord (68,3 per cento) e meno al Sud (64,7 per cento) e nelle Isole (65,0 per cento). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano soprattutto nella Provincia autonoma di Bolzano (83,7 per cento) e nella Provincia

autonoma di Trento (73,1 per cento), mentre quelle peggiori si hanno in Calabria (61,7 per cento), Sardegna (61,9 per cento) e Basilicata (62,6 per cento).

Malattie croniche. Un altro importante indicatore per valutare lo stato di salute di una popolazione è la diffusione di patologie croniche, soprattutto in un contesto, come quello italiano, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione. Il 41,5 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di malattie o condizioni croniche); tale indicatore nel 2024 risulta in aumento rispetto al 2023 (+1 punto percentuale).

Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 51,1 per cento e tra le persone ultrasettantatrenne la quota raggiunge l'85,7 per cento. Lo svantaggio femminile, già emerso per la percezione dello stato di salute, si conferma anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica: sono, infatti, le donne a esserne più frequentemente colpite (il 44,7 per cento contro il 38,2 per cento degli uomini), ma in particolare dopo i 45 anni. È proprio tra le donne che si registra un incremento rispetto al 2023 (+1,8 punti percentuali), mentre tra gli uomini la situazione si mantiene pressoché stabile.

Il 22,1 per cento della popolazione ha dichiarato, invece, di essere affetto da due o più patologie croniche. Anche in questo caso si tratta di un valore in crescita rispetto al 2023 (+1,3 punti percentuali) e che è aumentato specialmente tra le donne (+1,8 contro +0,7 punti percentuali).

L'analisi per età mette in evidenza come le differenze di genere siano molto marcate a partire dai 55 anni e che tra gli ultrasettantatrenne la comorbilità si attesta al 66,0 per cento (57,2 per cento tra gli uomini e 72,3 per cento tra le donne).

Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (19,1 per cento), l'artrosi/artrite (15,3 per cento), le malattie allergiche (11,4 per cento), l'osteoporosi (8,3 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,4 per cento) e il diabete (6,3 per cento).

A eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Nelle età più anziane si osservano, però, sia per la bronchite cronica sia per le malattie del cuore, livelli più elevati tra gli uomini (malattie del cuore: 19,7 per cento tra gli uomini di 75 anni e più rispetto al 12,9 per cento delle coetanee; bronchite cronica: 16,2 per cento contro 14,6 per cento).

Uso dei farmaci. Nel 2024 il 44,9 per cento della popolazione dichiara di aver fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista. La quota risulta in aumento rispetto al 2023 (42,6 per cento), confermando il trend di crescita già osservato l'anno precedente. Questo andamento si contrappone invece alla marcata diminuzione registrata nel 2020, all'inizio della pandemia, quando il valore si attestava al 39,9 per cento, e che, seppur in misura più contenuta, era proseguita anche nel 2021 (40,7 per cento) e nel 2022 (41,9 per cento).

Come negli anni precedenti, anche nel 2024 le donne più degli uomini hanno dichiarato di aver assunto farmaci nel periodo considerato (49,4 per cento contro 40,2 per cento). Le quote di consumatori aumentano all'avanzare dell'età: per entrambi i sessi si raggiunge circa la

metà della popolazione già dai 55 anni, fino a raggiungere l'89,3 per cento tra la popolazione di 75 anni e più.

Stili alimentari e abitudine al fumo di tabacco

Stili alimentari. Nel 2024 è pari al 71,5 per cento la quota di persone di tre anni e più che dichiarano di mangiare abitualmente a pranzo a casa nei giorni non festivi. Tale quota risulta in diminuzione rispetto al 2023 (-1,4 punti percentuali) e conferma il trend in diminuzione già osservato l'anno precedente, che si contrappone a quanto registrato negli anni 2020-2022 in cui, complice la diffusione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 e i cambiamenti negli stili di vita a essa connessi, i livelli registrati per il pranzo a casa avevano raggiunto quasi il 76 per cento a causa dell'aumento nella quota di quanti trascorrevano più tempo a casa per svolgere le attività di studio e lavoro. Nel 2024, inoltre, il pranzo si conferma nella gran parte dei casi come il pasto principale (63,3 per cento della popolazione di tre anni e più).

L'abitudine a pranzare a casa nei giorni non festivi raggiunge i valori più elevati tra i ragazzi di 11-19 anni (84,2 per cento) e tra le persone di 60 anni e più, raggiungendo il picco massimo tra la popolazione anziana di 75 anni e più (97,2 per cento); sono soprattutto i bambini fino a 10 anni e gli uomini adulti di 35-44 anni, invece, a mostrare le quote più basse (rispettivamente il 49,0 e il 47,5 per cento).

Consumano il pranzo a casa maggiormente i residenti nel Sud e nelle Isole (81,7 per cento) rispetto a chi risiede nel Nord-ovest (64,5 per cento), nel Nord-est (68,1 per cento) e al Centro (67,3 per cento). Sempre nel Mezzogiorno, più frequentemente rispetto al resto del Paese, è il pranzo a essere considerato il pasto principale (69,5 per cento).

Nel 2024 è pari all'80,7 per cento la quota di persone di tre anni e più che al mattino ha l'abitudine di fare una colazione che può essere definita "adeguata", vale a dire non solo limitata al caffè o al tè, ma nella quale vengono assunti alimenti più ricchi di nutrienti: latte, cibi solidi (biscotti, pane, eccetera). Questo comportamento salutare si registra maggiormente tra le donne (83,1 per cento contro 78,3 per cento degli uomini), ma è anche molto diffuso tra i bambini (il 90,4 per cento nella fascia 3-10 anni).

Sono più attenti ad adottare questa sana abitudine i residenti nelle regioni del Centro-nord (rispettivamente l'84,4 per cento di chi vive al Centro, l'82,2 per cento di chi vive nel Nord-est e l'81,1 per cento di chi vive nel Nord-ovest). Al Sud e nelle Isole i valori scendono rispettivamente al 77,6 per cento e al 77,1 per cento.

L'abitudine al fumo di tabacco. È noto e documentato in molti studi epidemiologici come l'esposizione al fumo di tabacco può comportare l'insorgenza di patologie cronico-degenerative soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare. Nel 2024 si stima pari al 19,8 per cento la prevalenza di fumatori di tabacco tra la popolazione di 14 anni e più; tale quota è in lieve aumento rispetto al 2023 (19,3 per cento), ma l'incremento risulta più significativo se confrontato con il periodo prepandemico, registrando un +1,4 punti percentuali rispetto al 2019.

Forti sono le differenze di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 23,2 per cento, tra le donne invece il 16,5 per cento. L'abitudine al fumo di tabacco è più diffusa nelle fasce di età giovanili e adulte. La quota più elevata si raggiunge tra i 20 e i 44 anni (26,5 per cento).

Nel 2024 la quota dei fumatori di tabacco è più elevata tra chi vive nelle Isole (21,5 per cento), mentre raggiunge il valore più basso tra i residenti nel Nord-est (17,8 per cento). I valori più alti si osservano in Basilicata (23,9 per cento) e in Sardegna (22,3 per cento), mentre i più bassi nella Provincia autonoma di Bolzano (15,1 per cento) e in Molise (16,4 per cento).

APPROFONDIMENTI

- Istituto nazionale di statistica - Istat. *Health for All - Italia. Sistema informativo territoriale su sanità e salute.* <https://www.istat.it/sistema-informativo-6/health-for-all-italia/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. *Decessi e cause di morte.* Informazioni sulla rilevazione. <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/rilevazione-sulle-cause-di-morte/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. *Interruzioni volontarie della gravidanza.* Informazioni sulla rilevazione. <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/interruzioni-volontarie/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. 2025. *Cause di morte in Italia. Anno 2022.* Statistiche Report. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/cause-di-morte-in-italia-anno-2022/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. 2025. *Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali. Anno 2022.* Tavole di dati. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-per-causa-in-italia-secondo-caratteristiche-demografiche-sociali-e-territoriali-anno-2022/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. 2025. *Decessi e cause di morte: cosa produce l'Istat.* Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/notizia/dati-di-mortalita-cosa-produce-listat/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. 2024. *Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali. Anno 2021.* Tavole di dati. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-anno-2021/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. 2021. *Prima ondata della pandemia. Covid-19 seconda causa di morte dopo i tumori.* Statistiche Report. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/prima-ondata-della-pandemia-unanalisi-della-mortalita-per-causa-e-luogo-del-decesso/>
- Istituto nazionale di statistica - Istat. 2020. *Covid-19: definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte.* Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/notizia/covid-19-rapporto-ad-interim-su-definizione-certificazione-e-classificazione-delle-cause-di-morte/>
- Loghi, M., A. D'Errico, e R. Crialesi (a cura di). 2024. *L'interruzione volontaria di gravidanza in un'ottica generazionale.* Letture Statistiche - Temi. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/linterruzione-volontaria-di-gravidanza-in-unottica-generazionale/>
- Ministero della salute. *Banca dati del Servizio sanitario nazionale.* <https://www.salute.gov.it/new/it/banche-dati/banca-dati-del-servizio-sanitario-nazionale/?tema=Statistiche%20sanitarie>
- Ministero della salute. *Assistenza ospedaliera (SDO).* <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/assistenza-ospedaliera-sdo/>
- Ministero della salute. 2025. *I dati 2023 su attività, servizi e strutture del Servizio Sanitario Nazionale.* <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/i-dati-2023-su-attività-servizi-e-strutture-del-servizio-sanitario-nazionale/?tema=Statistiche+sanitarie>
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute.* <https://osservatoriosullasalute.it/rapporto-osservasalute>

