

1. SALUTE¹

La salute è centrale nella vita di ognuno, indispensabile per il benessere individuale e collettivo e, come ha evidenziato l'Organizzazione mondiale della sanità, deve essere intesa nella sua accezione più ampia, includendo uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non come semplice assenza di malattia o infermità.

Influisce su tutte le dimensioni e fasi della vita, condiziona le abitudini, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità, le prospettive dei singoli e delle loro famiglie. Con l'avanzare dell'età, la salute assume un ruolo più rilevante per il benessere ed è decisiva in vecchiaia, quando aumenta il rischio di insorgenza di problematiche di salute che possono avere un impatto molto pesante sulla qualità della vita.

Tendenze di lungo e breve periodo

Gli indicatori del dominio salute mostrano una generale tendenza al miglioramento sia nel breve sia nel lungo periodo, in particolare la speranza di vita alla nascita, la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, la mortalità per tumori tra 20 e 64 anni e la sedentarietà. Si rilevano tuttavia alcune tendenze sfavorevoli nel lungo periodo, quali l'aumento della mortalità per demenza o la riduzione dell'indicatore di adeguata alimentazione.

Nel 2025 la speranza di vita alla nascita raggiunge il nuovo massimo storico di 83,7 anni. Il valore è in lieve incremento rispetto al 2024 (+0,2 anni) e cresce di 1,1 anni rispetto al 2014 quando era 82,6 anni. Gli anni attesi di vita in buone condizioni di salute tornano ad aumentare dopo 4 anni consecutivi di calo e nel 2025 raggiungono 59,1 (erano 58,2 nel 2024). La tendenza di lungo periodo non risulta univocamente definita a causa delle oscillazioni osservate negli anni del Covid-19, già documentate nei precedenti Rapporti Bes²; il valore più recente risulta comunque più alto rispetto al 2014 (58,2). A 65 anni ci si attende di vivere altri 10,8 anni senza limitazioni nelle attività che le persone abitualmente svolgono, poco più del 2024 (10,4 anni), ma decisamente al di sopra del 2014 (9,6 anni). Le condizioni di cronicità e limitazioni gravi tra gli ultrasessantacinquenni sono stabili rispetto al 2024, ma migliorano rispetto al 2014: nel 2025 il valore è pari al 47,2%, era 51,9% undici anni prima. L'Indice di salute mentale è pari a 68,7 punti; stabile rispetto al 2024, mostra un andamento positivo se confrontato con il 2016 (68,1).

Nel 2023, secondo i dati più recenti, il tasso di mortalità evitabile tra 0 e 74 anni è di 16,0 decessi ogni 10.000 residenti, migliore rispetto al 2014 (18,2). La mortalità infantile si attesta a 2,6 per 1.000 nati vivi, in discesa nel lungo periodo (nel 2014 era pari a 2,8). La mortalità per tumori tra gli adulti dai 20 ai 64 anni, pari a 7,4 decessi ogni 10.000 residenti, si è ridotta sia rispetto all'anno precedente (7,6), sia rispetto al 2014 (9,1). La mortalità per demenze tra le persone di almeno 65 anni, invece, è diminuita tra il 2022 e il 2023, passando dal 35,3 a 32,9 per 10.000 residenti, mentre è aumentata nel lungo periodo (28,2 del 2014).

Nel 2025, la mortalità per incidenti stradali tra i giovani di 15-34 anni rimane stabile rispetto al 2024 e pari a 0,6 decessi ogni 10.000 residenti, con forti differenze di genere a sfavore degli uomini (1,0 contro 0,2 delle donne). Rispetto al 2014 vi è un lieve miglioramento: era pari a 0,7 ogni 10.000 residenti. Riguardo agli stili di vita, nel 2025 i sedentari sono il 29,8% delle persone di 14 anni e più, in diminuzione

¹ Il Capitolo è stato redatto da Emanuela Bologna, con la collaborazione di Lidia Gargiulo e Alessandra Tinto. Le elaborazioni dei dati sono a cura di: Silvia Bruzzone, Simone Navarra, Marilena Pappagallo, Silvia Simeoni.

² Cfr. Istat. 2022. *Rapporto Bes 2021*. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2021-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/>.

Tabella 1. Indicatori del dominio Salute. Tendenza di lungo periodo e andamento nell'ultimo anno

Fonte: Istat, Indicatori Bes

(a) Gli indicatori hanno verso positivo se l'incremento del loro valore segnala un miglioramento del benessere, negativo in caso contrario.

(b) Il verde indica una tendenza in miglioramento nel tempo, il rosso una tendenza in peggioramento, il bianco rappresenta una tendenza non univocamente definita, tenuto conto del verso dell'indicatore. Per ulteriori dettagli si veda la *Guida alla lettura*.

(c) Il verde indica un miglioramento, il rosso un peggioramento, il grigio rappresenta una situazione stabile, tenuto conto del verso dell'indicatore. Per ulteriori dettagli si veda la *Guida alla lettura*.

(*) Dati provvisori.

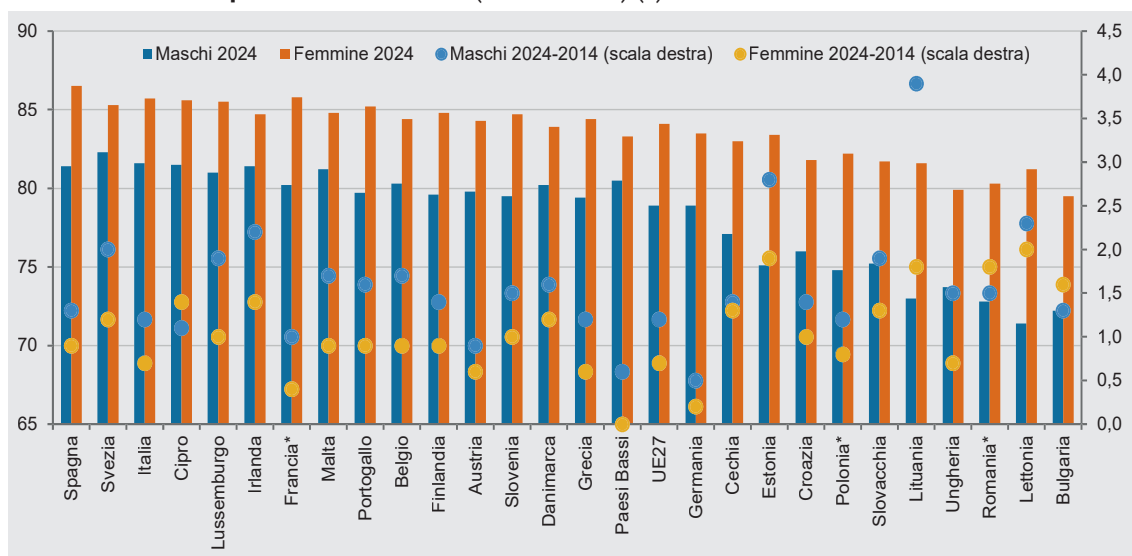
1. SALUTE

Longevità ancora in crescita in Italia: nel 2025 un nuovo massimo per entrambi i sessi

La speranza di vita alla nascita nel 2025 è di 83,7 anni, con un lieve aumento rispetto al 2024 (+0,2 anni secondo le stime provvisorie più recenti) e di oltre un anno rispetto al 2014, quando era pari a 82,6 anni. Si raggiunge pertanto il massimo livello mai rilevato: per gli uomini si arriva a 81,7 anni e per le donne a 85,7.

L'Italia occupa il terzo posto in Europa³ dopo Spagna e Svezia (rispettivamente 84,0 e 83,8 anni), a fronte di una media dell'UE27 di 81,5. Declinando l'indicatore per genere, la speranza di vita delle donne spagnole è 86,5 anni, seguono le residenti in Italia (85,7) e in Svezia (85,3) rispetto alla media dell'UE27 pari a 84,1 (Figura 1). Per gli uomini, invece, il paese più longevo è la Svezia (82,3), seguita dall'Italia (81,6) e dalla Spagna (81,4) rispetto alla media dell'UE27 pari a 78,9. Nell'ultimo decennio, nonostante le flessioni registrate nel periodo pandemico, la speranza di vita alla nascita cresce in tutti i paesi. Nell'UE27, a fronte di un guadagno medio dal 2014 di 1,2 anni degli uomini e 0,7 delle donne, gli incrementi maggiori riguardano la Lituania per gli uomini (+3,9 anni) e la Lettonia per le donne (+2 anni). Rispetto al 2014, l'Italia registra incrementi analoghi alla media dell'UE27.

Figura 1 - Speranza di vita alla nascita e anni di vita media attesa guadagnati rispetto al 2014 nei paesi dell'UE27 per sesso. Anno 2024 (valori in anni) (a)



Fonte: Eurostat

(a) Paesi in ordine decrescente rispetto al totale maschi e femmine del 2024.

(*) I dati di Francia, Polonia e Romania relativi al 2024 sono provvisori (situazione al 04/06/2026).

Le differenze nella vita media attesa alla nascita si riducono tra uomini e donne, ma non tra i territori

In Italia, in circa vent'anni le differenze di genere a vantaggio delle donne nella vita media attesa alla nascita si sono costantemente ridotte, da 5,7 anni nel 2004 a 4,0 anni nel 2025, per il maggior guadagno di longevità degli uomini, in particolare al Nord (dove il gap scende da 6,0 a 3,9 anni). A livello territoriale, invece, il divario nella vita media attesa alla nascita – pari a 82,8 anni nel Mezzogiorno contro 84,2 nel Nord e 84,0 nel Centro – è aumentato rispetto al 2004, quando la speranza di vita nel Nord e nel Centro era solo 0,7 anni più alta di quella del Mezzogiorno.

3 Per effetto dell'utilizzo di un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più), la stima di Eurostat del valore Italia differisce leggermente dal dato pubblicato dall'Istat e considerato nel resto del Capitolo per le analisi nazionali. Il dato del 2024 è provvisorio e aggiornato al 04/06/2026 (cfr. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/table?lang=en>).

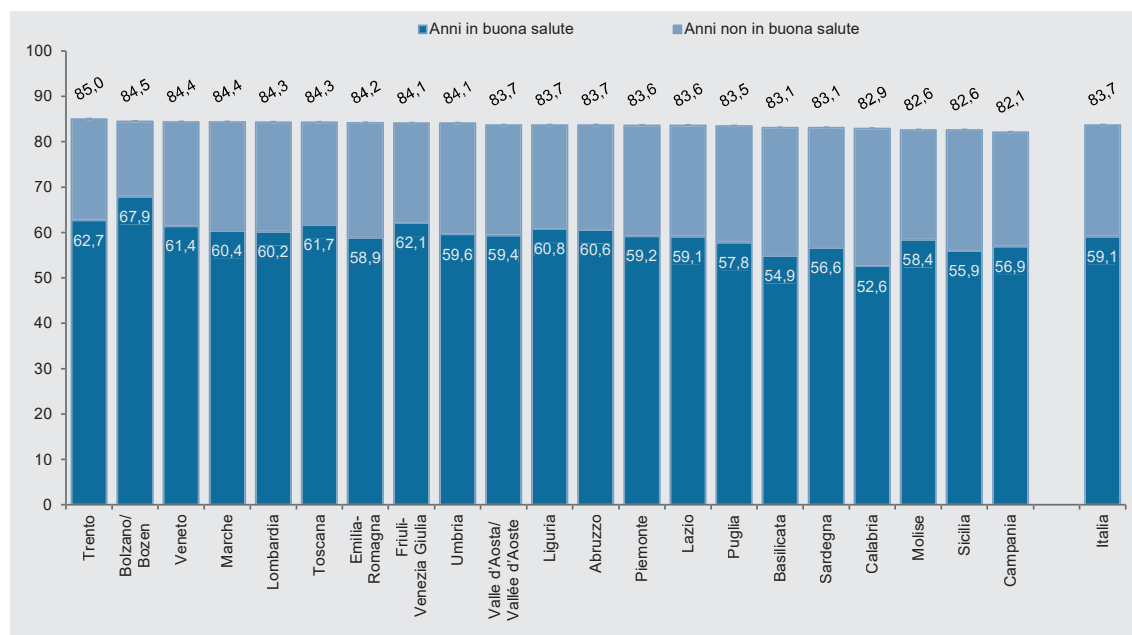
1. SALUTE

La Campania, con 82,1 anni, si conferma la regione con la più bassa speranza di vita, 2,9 anni in meno rispetto alla Provincia autonoma di Trento, che ha la speranza di vita più elevata (85,0 anni) (Figura 2). Nel 2025 la maggior parte delle regioni meridionali, ma anche Lazio e Piemonte (entrambe 83,6 anni, 0,1 anni sotto al valore dell'Italia), si collocano poco al di sotto della media nazionale (pari a 83,7 anni).

La speranza di vita in buona salute alla nascita sale nell'ultimo anno a 59,1 anni

Nel 2025 sono 59,1 gli anni di vita attesi in buone condizioni di salute, quasi un anno in più rispetto al 2024. Anche per questo indicatore vi sono differenze di genere: la speranza di vita in buona salute alla nascita è di 60,2 anni per gli uomini e 58,0 per le donne, valori in miglioramento rispetto al 2024, soprattutto per le seconde. Tra le donne, inoltre, in circa 10 anni la speranza di vita in buona salute aumenta di 0,9 anni, a fronte di un incremento della speranza di vita complessiva di 0,7 anni. Gli uomini, invece, pur guadagnando 1,4 anni in longevità, incrementano la speranza di vita in buona salute di solo 0,8 anni. Tali andamenti non modificano comunque lo svantaggio delle donne riguardo agli anni da vivere in buona salute (-2,2 anni rispetto agli uomini nel 2025 e -2,3 nel 2014).

Figura 2 - Speranza di vita alla nascita distinta in anni in buona salute e non in buona salute per regione. Anno 2025 (valori in anni) (a)



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana
(a) Stima provvisoria.

Nelle regioni del Centro-Nord la speranza di vita in buona salute supera la media nazionale, a eccezione dell'Emilia-Romagna con un valore di poco inferiore (58,9 anni); quasi tutte le regioni del Mezzogiorno sono al di sotto della media Italia (Figura 2). Anche nel 2025 i residenti della Provincia autonoma di Bolzano/Bozen hanno la più lunga aspettativa di vita in buona salute, ossia 67,9 anni, seguiti da quelli della Provincia autonoma di Trento (62,7) e della regione del Friuli-Venezia Giulia (62,1) (Figura 2). In fondo alla graduatoria ci sono le regioni della Calabria (52,6 anni), Basilicata (54,9) e Sicilia (55,9).

1. SALUTE

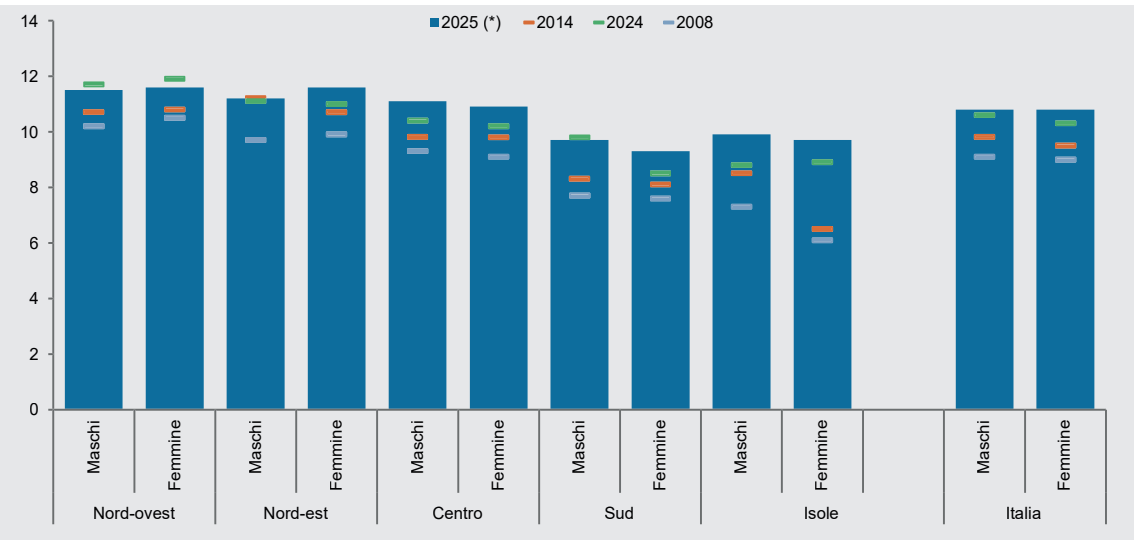
Rispetto al 2024, il Mezzogiorno migliora più del Nord (rispettivamente +1,1 e +0,6 anni), pertanto il divario territoriale si riduce, ma persiste: la vita media attesa in buona salute nel 2025 è di 60,3 anni al Nord, 60,1 nel Centro e 56,7 nel Mezzogiorno. Ampliando la finestra temporale agli ultimi 10 anni la distanza tra Nord e Mezzogiorno resta invariata; anche nel 2014 erano +3,7 gli anni a vantaggio del Nord (solo nel periodo pandemico il divario si era ridotto a 2,5 anni).

La speranza di vita senza limitazioni a 65 anni nel 2025 è di 10,8 anni, senza differenze tra donne e uomini

L'incremento della vita attesa è accompagnato dall'aumento, nelle età più avanzate, degli anni di vita in piena autonomia. Infatti, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, cioè gli anni attesi in piena autonomia una volta entrati nella fase anziana della vita, migliora in modo sostanziale rispetto al passato: nel 2025 è pari a 10,8 anni sia per gli uomini sia per le donne, con un incremento dal 2008 di 1,7 anni per gli uomini e 1,8 anni per le donne (Figura 3).

Sul territorio si conferma il gradiente Nord-Mezzogiorno: la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni nel 2025 raggiunge gli 11,5 anni nel Nord (a fronte di 21,7 anni di vita attesa), si attesta a 10,9 nel Centro (dei complessivi 21,6 anni) e scende a 9,6 anni nel Mezzogiorno (dei 20,9 anni). Nel tempo, però, tale divario si attenua: la vita media attesa senza limitazioni a 65 anni è cresciuta di più nel Mezzogiorno, soprattutto tra i maschi nel Sud e nelle Isole. Nel 2014 il gap tra le donne residenti nelle Isole e quelle nel Nord-ovest era di circa 4,3 anni, nel 2025 si è dimezzato a 1,9 anni; si è ridotto anche per gli uomini a 1,6 anni, ma era in partenza più contenuto rispetto a quello delle donne (Figura 3).

Figura 3 - Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni per ripartizione geografica e sesso. Anni 2008, 2014, 2024 e 2025 (valori in anni)



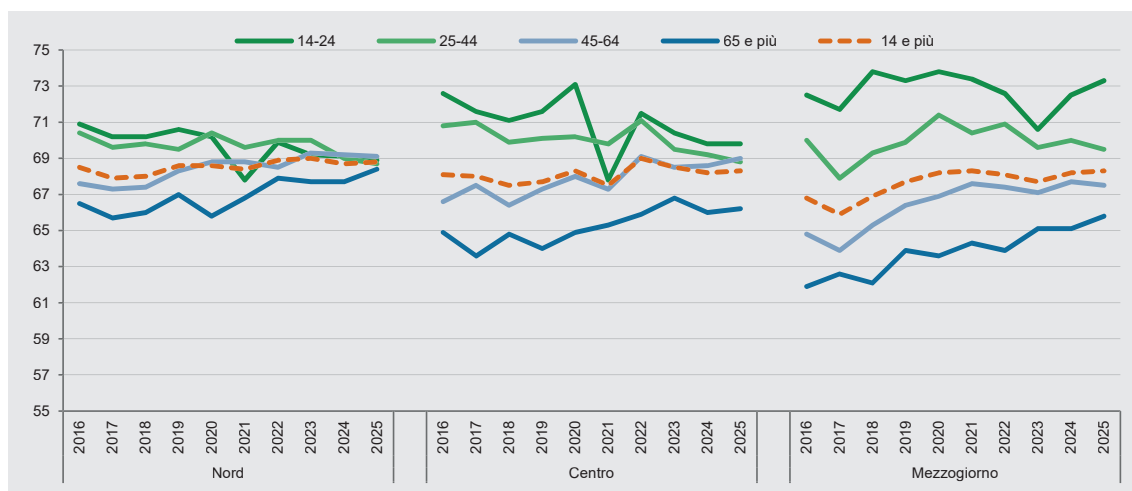
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana
(*) Stima provvisoria.

1. SALUTE

Si riduce il vantaggio dei giovani nella salute mentale, che migliora nelle classi di età più mature

L'Indice di salute mentale (*Mental Health* - MH)⁴ misura il benessere psicologico, una dimensione della salute che l'Organizzazione mondiale della sanità considera essenziale per il benessere complessivo della persona. Nel 2025 l'indice per la popolazione di 14 anni e più è stabile rispetto ai due anni precedenti: il valore, standardizzato per età utilizzando come popolazione standard quella europea del 2013, si attesta a 68,7, in miglioramento contenuto rispetto al 2016 quando era pari a 68,1. Permane il divario di genere, con valori inferiori per le donne rispetto agli uomini in tutte le classi di età. Nel 2025 l'indice è 66,7 tra le donne e 70,8 tra gli uomini e il gap non mostra segni di riduzione. La salute mentale peggiora all'aumentare dell'età e anche nel 2025 si osservano migliori livelli di benessere psicologico tra i più giovani; tuttavia, il vantaggio che si registrava in passato rispetto ai più anziani si sta riducendo. Mentre tra i più giovani, sia tra le persone di 14-24 anni sia tra i 25-44enni, la salute mentale peggiora tra il 2016 e il 2025, con l'Indice MH che scende di oltre un punto e si assesta rispettivamente a 70,6 e 69,0, nelle classi di età più mature (45-64 e 65 e più) la salute mentale migliora, e l'Indice sale rispettivamente a 68,6 e 67,1. Di conseguenza il divario tra i 14-24enni e gli ultra 65enni si è quasi dimezzato, e passa da 7,1 a 3,5 punti. Il divario generazionale si riduce anche a livello territoriale, ma il Mezzogiorno mostra dinamiche diverse rispetto al Nord e al Centro (Figura 4). Al Nord il gap tra 14-24enni e le persone di 65 anni e più quasi si azzerava come conseguenza del calo dell'Indice di salute mentale tra i più giovani (-2 punti tra il 2016 e il 2025), combinato con il miglioramento tra gli anziani, che si osserva anche negli altri territori. Anche al Centro il divario si riduce, con i ragazzi tra 14 e 24 anni che perdono 2,8 punti rispetto al 2016. Nel Mezzogiorno, invece, per i 14-24enni il valore aumenta di quasi un punto rispetto al 2016, recuperando del tutto il calo osservato negli anni successivi alla pandemia da Covid-19 e costituendo l'unico gruppo di popolazione in cui il valore dell'Indice MH supera decisamente quello del Centro-nord. Il gap tra giovani e anziani si riduce comunque anche nel Mezzogiorno, a causa del miglioramento più evidente della salute mentale tra gli anziani, ma il divario generazionale resta più ampio rispetto alle altre ripartizioni (7,5 punti nel 2025).

Figura 4 - Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per classe di età e ripartizione geografica. Anni 2016-2025 (punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

4 Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale, l'Indice di salute mentale della *36-Item Short Form Survey* (SF-36) si presta a essere utilizzato in indagini di popolazione. Esso è basato sull'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo rispondendo a 5 specifiche domande. All'aumentare del punteggio, che assume valori tra 0 e 100, migliora la valutazione delle condizioni di salute mentale e quindi il benessere psicologico. L'Indice fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e comprende stati correlati all'ansia e alla depressione. Cfr. 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, N. 11: 1179-1188. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00110-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00110-3).

1. SALUTE

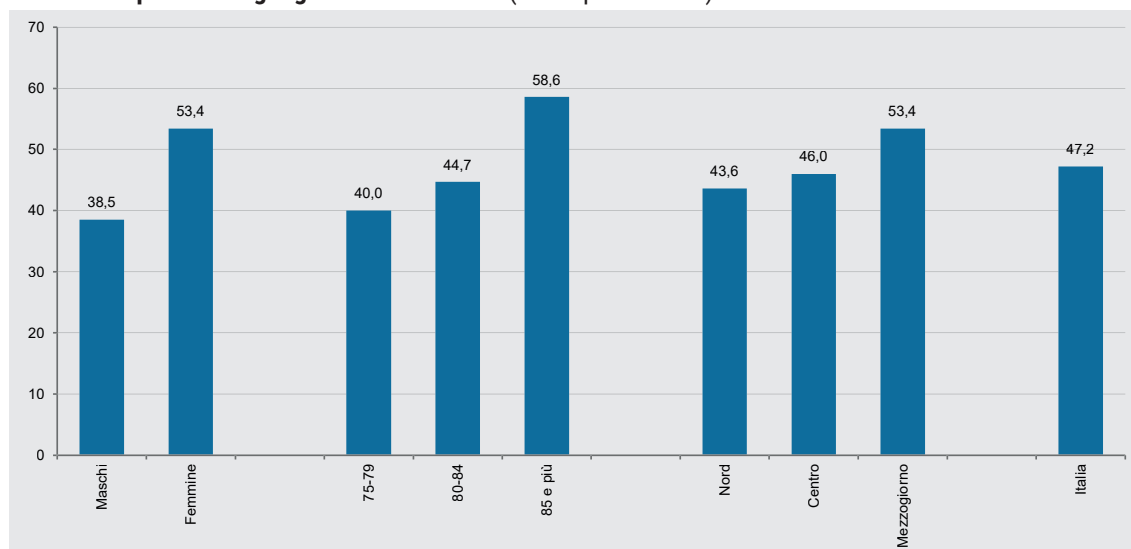
Utilizzando il titolo di studio come indicatore di status sociale, emerge come la salute mentale delle persone di 25 anni e più con al massimo il diploma di scuola secondaria inferiore sia peggiore rispetto a quella di chi ha almeno la laurea (67,2 rispetto a 69,0). Dal 2016, però, questo divario si è ridotto poiché la salute mentale dei meno istruiti è migliorata mentre quella delle persone con un titolo di studio più alto è peggiorata. In particolare, nella classe di età 25-44 anni il miglioramento del benessere psicologico tra i meno istruiti si accompagna a un peggioramento tra i più istruiti, che capovolge la relazione con il titolo di studio: in questa classe di età, a partire dal 2020, sono proprio le persone con elevato titolo di studio a mostrare le condizioni peggiori (68,5 nel 2025 rispetto a 69,9 tra chi ha al massimo il diploma di scuola media).

Le disuguaglianze si accentuano quando più fattori di svantaggio si sommano. Il valore più basso dell'indice, 63,5, si registra tra le donne meno istruite del Mezzogiorno. Il valore più alto, 71,6, invece, tra i maschi di almeno 65 anni con un titolo di studio medio-alto.

Quasi la metà delle persone di 75 anni e più è in cattive condizioni di salute, quota più alta tra le donne

Al 1° gennaio 2026 i residenti in Italia con 75 anni o più sono circa 7 milioni 711 mila (pari al 13,1% della popolazione), in notevole aumento rispetto ai 5 milioni 950 mila del 2010 (il 10% della popolazione in quell'anno). Nel 2025, quasi la metà (47,2%) di questo segmento di popolazione soffre di tre o più patologie croniche (tra le 15 patologie rilevate) o ha da almeno sei mesi gravi limitazioni nel compiere le attività che le persone abitualmente svolgono (Figura 5). Si tratta di una condizione di fragilità, più frequente tra le donne (53,4% rispetto al 38,5% degli uomini), che aumenta con l'età (40,0% tra i 75 e i 79 anni, 58,6% dagli 85 anni in avanti). Dal 2014, tuttavia, il dato è in diminuzione (da 51,9% a 47,2%), sia tra gli uomini sia tra le donne, e il calo è particolarmente rilevante tra le persone di 80 anni e più (dal 58,4% al 51,9%).

Figura 5 - Persone di 75 anni e più con tre o più patologie croniche e/o limitazioni gravi che durano da almeno sei mesi nelle attività che abitualmente svolgono per sesso, classe di età e ripartizione geografica. Anno 2025 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Si conferma il tradizionale gradiente territoriale: il valore è pari al 43,6% al Nord, 46,0% nel Centro, 53,4% nel Mezzogiorno. La quota di ultra 75enni in cattive condizioni di salute è minore tra le persone con almeno il diploma (38,1%) rispetto a chi possiede al massimo la licenza elementare (53,7%).

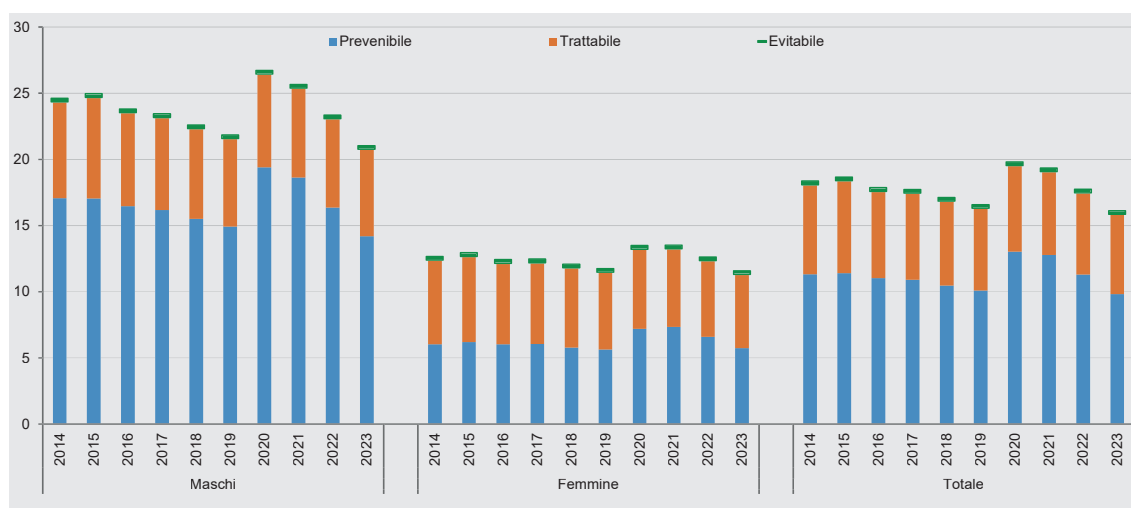
1. SALUTE

Mortalità evitabile in diminuzione, ma rimane più elevata tra gli uomini

La mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) si riferisce ai decessi della popolazione di 0-74 anni che potrebbero essere ridotti grazie a stili di vita più salutari, alla prevenzione di fattori di rischio ambientali e comportamentali e a un'assistenza sanitaria adeguata e accessibile⁵.

Nel 2023 il tasso standardizzato di mortalità evitabile⁶ è pari a 16,0 decessi per 10 mila residenti. Alla diminuzione tra il 2014 e il 2019 (dal 18,2 al 16,5), è seguito un aumento nel biennio 2020-2021 quando si è superato il valore di 19 per 10 mila residenti a causa della mortalità attribuibile al Covid-19⁷; la mortalità evitabile si è poi ridotta dal 2022 in poi, fino ad attestarsi nel 2023 ai livelli prepandemici (Figura 6).

Figura 6 - Tassi standardizzati di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) delle persone di 0-74 anni per sesso. Anni 2014-2023 (valori per 10.000 residenti)



Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte

Distinguendo le due componenti, la riduzione ha riguardato principalmente la mortalità prevenibile, che include anche i decessi attribuibili al Covid-19: è passata da 11,3 per 10 mila residenti nel 2022 a 9,8 nel 2023, riprendendo l'andamento decrescente prepandemico. La mortalità trattabile scende tra il 2014 e il 2023 (da 6,9 a 6,2 per 10.000 residenti).

Nel 2023 la quota di decessi evitabili si conferma molto più alta tra gli uomini (20,9 ogni 10 mila residenti) rispetto alle donne (11,4). Lo svantaggio maschile è spiegato soprattutto dalla mortalità prevenibile, associata a stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica) e comportamenti a rischio (abuso di alcol, maggiore propensione a fumare, eccetera). Tuttavia, nell'ultimo decennio il calo è stato più intenso tra gli uomini e il divario tra i generi si è parzialmente ridotto da 11,9 punti nel 2014 a 9,5 nel 2023. La mortalità evitabile è più alta nel Mezzogiorno (18,4 nel Sud e 17,6 nelle Isole) rispetto al Centro (15,4), al Nord-ovest (15,3) e al Nord-est (14,0).

⁵ La mortalità evitabile è costituita da due componenti: la mortalità prevenibile e quella trattabile. La mortalità prevenibile è quella che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica. La mortalità trattabile 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 adeguati. La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili si basa sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019; a partire dal 2020 il Covid-19 è stato inserito da Eurostat tra le cause di morte prevenibili. L'elenco di malattie/condizioni e il limite di età di 74 anni 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.

⁶ Tasso standardizzato per età utilizzando come popolazione standard quella europea di 0-74 anni del 2013.

⁷ 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 ed evitabile a partire dal 2020 tengono conto anche di tale causa. Cfr. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, and Eurostat. 2022. *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>.

1. SALUTE

La riduzione osservata tra il 2014 e il 2023 riguarda tutti i territori, ma è più marcata nelle regioni del Nord (-2,5 punti) rispetto al Mezzogiorno (-2,1 punti): aumentano dunque le distanze tra questi territori.

Livelli più elevati di mortalità infantile nel Mezzogiorno

Nel 2023 la mortalità infantile è pari a 2,6 decessi ogni 1.000 nati vivi, in lieve aumento rispetto al 2022 (2,5). La mortalità infantile si conferma più alta tra i maschi (2,8 per 1.000 nati vivi contro 2,4 per le femmine); tra il 2014 e il 2023 è diminuita per entrambi i sessi (di 0,2 punti tra i maschi e di 0,1 punti tra le femmine). Nel 2023 i livelli più elevati di mortalità infantile si registrano nel Mezzogiorno, con tassi pari a 2,9 per 1.000 nati vivi nel Sud e 3,3 nelle Isole. Rispetto all'anno precedente, tuttavia, il Sud è l'unica ripartizione in cui il valore diminuisce, passando da 3,1 a 2,9. Nello stesso periodo, il dato aumenta sia nel Nord sia nel Centro, passando in entrambi i casi da 2,2 a 2,4 per 1.000 nati vivi. Le due isole mostrano andamenti opposti: in Sicilia il tasso di mortalità infantile aumenta da 3,0 a 3,7, mentre in Sardegna è in diminuzione rispetto al 2022, passando da 2,5 a 1,8 per 1.000 nati vivi.

Si riduce la mortalità per tumori tra gli adulti, i livelli restano più alti nel Mezzogiorno

La mortalità per tumori tra gli adulti di 20-64 anni comprende un insieme di cause di morte considerate premature per questa classe di età⁸. Nel 2023, il tasso è pari a 7,4 decessi ogni 10.000 residenti, più elevato tra gli uomini (7,8) che tra le donne (7,0).

Per entrambi i sessi il valore è in lieve diminuzione rispetto al 2022 (era 8,0 per gli uomini e 7,1 per le donne), in continuità con il calo registrato dal 2014 quando era 9,1. Nel lungo periodo, la riduzione ha interessato in misura più rilevante gli uomini e si è così ridotto il divario tra i sessi: la differenza tra uomini e donne era di 2,3 punti nel 2014 ed è scesa a 0,8 nel 2023.

Anche nel 2023 si confermano tassi di mortalità per tumori più elevati nel Mezzogiorno: 8,3 ogni 10.000 residenti al Sud e 7,9 nelle Isole, rispetto a 7,2 nel Centro e nel Nord-ovest e 6,6 nel Nord-est. Considerando le diverse macroaree, tra il 2022 e il 2023 si segnala una diminuzione specialmente nelle regioni insulari (-0,6 punti). Tuttavia, nel lungo periodo, il miglioramento registrato dal 2014, pur riguardando tutto il Paese è stato più intenso al Centro-nord rispetto al Mezzogiorno e ciò ha determinato un aumento delle distanze tra questi territori.

La mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso degli ultrasessantacinquenni diminuisce rispetto all'anno precedente, in particolare nel Centro-nord

In una popolazione che invecchia, la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso assume una forte rilevanza. Nel 2023, il tasso di mortalità per tali cause tra le persone di 65 anni e più è di 32,9 decessi ogni 10.000 residenti, più alto tra gli uomini (33,3) che tra le donne (32,0). È in diminuzione rispetto al 2022 (35,3 ogni 10.000 residenti di 65 anni e più, -2,4 punti), sia tra le donne (-2,5 punti) sia tra gli uomini (-2,2 punti). Nel lungo periodo, tuttavia, si osserva una crescita: dal 2014 al 2023 il valore aumenta di 4,7 punti (era 28,2 nel 2014), con aumenti più elevati per le donne (+4,9 contro +4,1 degli uomini).

Nel 2023, i valori più elevati si osservano al Nord (35,3 nel Nord-ovest e 33,3 nel Nord-est) e nelle Isole (33,5); seguono il Centro (32,0) e il Sud (29,7). Tra il 2022 e il 2023 i tassi sono diminuiti in tutte le macroaree del Paese, in particolare nelle regioni del Centro (da 35,2 a 32,0 ogni 10.000 residenti) e del Nord (da 37,3 a 34,5); la diminuzione è più contenuta nel Mezzogiorno (da 32,2 a 31,0).

⁸ Murthy, S.S., D. Trapani, B. Cao, F. Bray, S. Murthy, T.P. Kingham, C. Are, and A.M. Ilbawi. 2024. "Premature mortality trends in 183 countries by cancer type, sex, WHO region, and World Bank income level in 2000–19: a retrospective, cross-sectional, population-based study". *The Lancet Oncology*, Volume 25, N. 8: 969-978. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00274-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00274-2).

1. SALUTE

La mortalità per incidenti stradali tra i 15 e i 34 anni è stabile, continua a riguardare più spesso gli uomini

Nel 2025, il tasso di mortalità per incidenti stradali tra i giovani di 15-34 anni è di 0,6 decessi per 10 mila abitanti, stabile rispetto al 2024, con una forte differenza di genere: 1 su 10 mila tra gli uomini e 0,2 tra le donne.

A eccezione del periodo pandemico, quando il valore era sceso a causa delle restrizioni agli spostamenti, i dati sono sostanzialmente stabili dal 2014 (0,7 decessi).

La mortalità giovanile per incidentalità stradale nel 2025 risulta più elevata nel Mezzogiorno e nel Nord-est con 0,7 decessi per 10 mila residenti, mentre si attesta a 0,5 nel Centro e nel Nord-ovest. Rispetto al 2024 il dato aumenta di 0,1 punti nel Nord-ovest e diminuisce di 0,1 punti nel Centro e nel Mezzogiorno.

Si riduce la sedentarietà specialmente in età adulta e nel Mezzogiorno, ma cresce la disuguaglianza per titolo di studio

Nel 2025 i sedentari, che non svolgono né sport né attività fisica, sono il 29,8% delle persone di 14 anni e più. La quota di donne sedentarie è più elevata rispetto a quella degli uomini (32,2% contro 27,3%) (Figura 7). La sedentarietà aumenta con l'età: riguarda circa 2 persone su 10 fino a 34 anni, quasi 6 persone su 10 dai 75 anni in avanti.

Si registra un miglioramento significativo rispetto al 2024 (-2,8 p.p., analogo per entrambi i sessi), e nel lungo periodo si è ridotto in modo significativo il gap di genere (9,0 p.p. nel 2014, 7,0 p.p. nel 2025). Il miglioramento recente prosegue quello osservato nell'ultimo decennio: nel 2014 la sedentarietà riguardava il 40,4% delle persone di almeno 14 anni, e nel lungo periodo si riduce soprattutto dai 55 anni in su (-13 p.p.), indicando un miglioramento proprio tra le classi di età tradizionalmente più sedentarie. Si conferma il gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno: la proporzione di sedentari standardizzata per età è 21,5% nel Nord, 27,8% nel Centro e raggiunge il 42,6% nel Mezzogiorno. Tuttavia, rispetto al 2024, il calo è più forte proprio nel Mezzogiorno (-5,7 punti percentuali, contro -1,7 nel Nord e -0,7 nel Centro), contribuendo a ridurre, anche se solo parzialmente, il divario territoriale. In una prospettiva di lungo periodo, inoltre, si osservano miglioramenti in tutto il Paese, anche in questo caso in particolare nel Sud e nelle Isole: se nel 2014 interessava quasi sei persone su dieci, nel 2025 coinvolge poco più di quattro persone su dieci.

Il titolo di studio ha un forte impatto sulla sedentarietà così come sugli altri stili di vita rilevati. Tra i laureati di 25 anni e più il 15,0% è sedentario, mentre lo è il 49,8% di chi ha conseguito al massimo il diploma di scuola secondaria inferiore; ciò si osserva in tutte le età, ma le distanze tra titoli studio bassi e alti si riducono al crescere dell'età. Nel tempo, le disuguaglianze per titolo di studio sono cresciute perché tra i più istruiti la sedentarietà è diminuita di più: nel 2014 la quota di sedentari tra i meno istruiti era più che doppia rispetto a quella tra le persone con titoli di studio alti, nel 2025 è più che tripla.

L'eccesso di peso è stabile nel tempo; è maggiore al Sud e riguarda soprattutto gli anziani e le persone meno istruite

Nel 2025, il 44,7% della popolazione di 18 anni e più è in eccesso di peso, valore sostanzialmente stabile rispetto al 2024 (45,2%) sia per gli uomini sia per le donne (Figura 7).

Tra gli uomini l'eccesso di peso è decisamente superiore che tra le donne (54,0% contro 35,9%). Il divario di genere interessa tutte le età ed è particolarmente elevato tra i 35 e i 59 anni, dove gli uomini in eccesso di peso superano le donne di quasi 24 punti percentuali (59,4% contro 35,6%).

Il fenomeno cresce con l'età: già tra i 45 e i 54 anni riguarda quasi una persona su due (il 48,9%),

1. SALUTE

per poi raggiungere il picco tra i 65 e i 74 anni (55,5%). Oltre i 74 anni, invece, si registrano valori leggermente più bassi. È più diffuso nel Mezzogiorno (49,3%), con un picco al Sud (50,0%), meno nel Nord-ovest e nel Centro (41,9% per entrambi).

Tra chi ha 25 anni e più, l'eccesso di peso riguarda il 56,5% di chi ha un basso livello di istruzione, contro il 35,8% dei laureati. Le disuguaglianze per titolo di studio si osservano in tutte le età, in modo particolare tra i giovani adulti di 25-44 anni, e sono più elevate tra le donne.

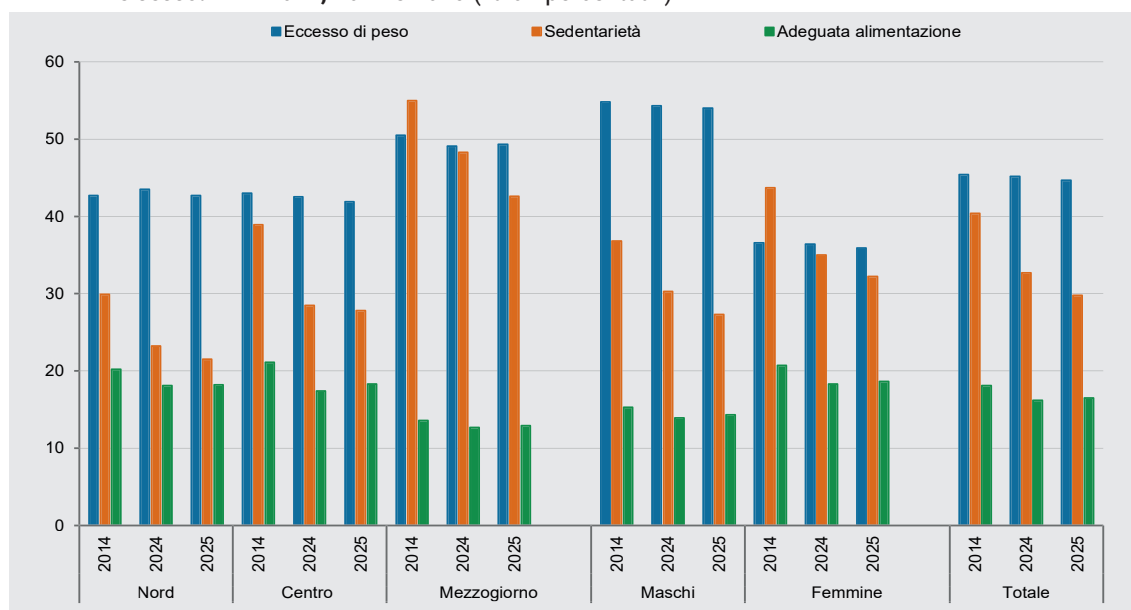
Nonostante tra il 2014 e il 2025 la percentuale di persone in eccesso di peso sia sostanzialmente stabile (45,4% nel 2014), se si distinguono sovrappeso e obesità, quest'ultima cresce dal 10,0% del 2014 all'11,1% del 2025. L'incremento è stato maggiore per gli uomini (da 10,7% al 12,0%) e più contenuto per le donne (dal 9,3% al 10,1%).

Si conferma la forte associazione tra sedentarietà ed eccesso di peso: tali fattori di rischio, da soli o in associazione, riguardano il 59,3% degli adulti e nel 16% dei casi coesistono.

Il consumo adeguato di frutta e verdura diminuisce, specialmente tra le donne; livelli più adeguati tra i laureati, ma ancora insufficienti

Nel 2025, il 16,5% delle persone di 3 anni e più consuma almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura al giorno. La quota di consumatori rimane stabile rispetto all'anno precedente (16,2% nel 2024), ma si conferma decisamente inferiore rispetto al periodo 2016-2018, quando raggiungeva quasi il 20%. Il consumo di almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura giornaliera è basso in tutt'Italia, ma relativamente più elevato al Centro e al Nord (rispettivamente il 18,3% e il 18,2%), rispetto al Mezzogiorno (12,9%) (Figura 7).

Figura 7 - Proporzione standardizzata per età di persone di 14 anni e più che non praticano né sport né attività fisica, di persone di 18 anni e più in eccesso di peso e di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per ripartizione geografica e sesso. Anni 2014, 2024 e 2025 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Le donne presentano rispetto agli uomini livelli migliori dell'indicatore di adeguata alimentazione (18,6% contro 14,3%). Tuttavia, rispetto al 2016, anno di picco negli ultimi 10 anni (19,8%), tra le donne la diminuzione è stata più forte (-4,3 contro -2,3 p.p. degli uomini).

1. SALUTE

Tra i giovani fino a 19 anni il consumo è meno diffuso (12,2%), e cresce con l'età, fino a riguardare oltre 2 persone su 10 tra chi ha 65 anni o più. Tra il 2014 e il 2025 la riduzione dell'indicatore di adeguata alimentazione ha interessato quasi tutte le età, in modo particolare gli adulti di 45-74 anni (-3,5 p.p.). Si segnala, comunque, un lieve aumento sia tra i 3-13enni (+1,4 p.p.) sia tra i giovani di 20-24 anni (+1,9 p.p.).

La propensione al consumo adeguato di frutta e verdura è maggiore tra le persone di 25 anni e più con istruzione elevata. È pari al 21,4% tra i laureati, mentre si riduce al 17,0% tra chi ha la licenza media.

Negli ultimi dieci anni cresce l'abitudine al fumo tra le donne

Nel 2025, i fumatori di tabacco sono il 20,0% delle persone di 14 anni e più, pressoché stabile rispetto al 2024 (20,5%). L'analisi di lungo periodo evidenzia una sostanziale stabilità tra il 2014 e il 2016, seguita da una diminuzione fino al 2019, quando la percentuale di fumatori scende al 18,7%. A partire dal 2020 si registra un andamento complessivamente crescente, seppur con alcune oscillazioni.

L'abitudine è più diffusa tra gli uomini (23,5%, contro il 16,6% delle donne), anche se in lieve diminuzione nel tempo (-0,8 p.p. tra il 2014 e il 2025), mentre è aumentata tra le donne (+1,4 p.p.): il divario di genere, che era di 9,1 punti percentuali nel 2014, è quindi sceso a 6,9 punti nel 2025. Tra le donne, peraltro, si registrano aumenti significativi in quasi tutte le classi di età, particolarmente tra quelle di 25-44 anni (+2,3 p.p.) e di 65-74 anni (+5,0 p.p.) (Figura 8).

Le quote più alte di fumatori si osservano tra i 20 e i 54 anni (25,2%); i valori restano abbastanza elevati fino ai 60-64 anni (19,0%), per poi calare in modo rilevante tra gli ultrasessantacinquenni, fino ad attestarsi al 5,8% tra le persone di 75 anni e più.

Nel 2025, la percentuale standardizzata di fumatori è del 20,4% nel Centro, 20,5% nel Mezzogiorno e 19,5% nel Nord.

L'abitudine al fumo di tabacco varia in modo significativo con l'istruzione e l'età: tra gli adulti di 25-64 anni il fumo è meno diffuso tra i laureati (16,9%) rispetto a chi ha al massimo la licenza media (27,8%). Dai 65 anni, invece, la percentuale è più alta tra chi ha almeno il diploma (13,7%, rispetto al 9,2% dei meno istruiti). Rispetto al 2014, l'abitudine si riduce significativamente tra le persone con almeno la laurea, in particolare dopo i 64 anni, con un calo di 3,5 punti percentuali in questa classe di età.

Negli anni più recenti si registra una crescita costante dell'uso di prodotti alternativi alla sigaretta tradizionale: nel 2025 l'8,6% della popolazione di 14 anni e più utilizza sigarette elettroniche (e-cig) e/o prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (Heat-not-Burn - HnB). Tra questi, il 4,1% usa solo e-cig, il 2,1% solo HnB e il 2,3% entrambi. L'uso è più diffuso tra i 18-34enni (16,5%) e diminuisce con l'età fino all'1,4% tra gli ultrasessantacinquenni; le percentuali di utilizzo sono simili tra uomini e donne. L'8,6% della popolazione di 14 anni e più che utilizza metodi alternativi è suddiviso nel 5,8% che è anche fumatore tradizionale, 2,0% che è un ex fumatore tradizionale, e solo lo 0,6% che non ha mai fumato sigarette tradizionali.

Il consumo di alcol a rischio per la salute non scende e si conferma maggiore nel Nord

Nel 2025, il 15,8% delle persone di 14 anni e più presenta un consumo di bevande alcoliche a rischio per la salute, definito come il superamento delle quantità giornaliere raccomandate o l'assunzione, almeno una volta nell'anno, di sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione. Dopo un andamento altalenante tra il 2020 e il 2022, il fenomeno è stabile a partire dal 2023, tornando su livelli analoghi a quelli del 2014 (15,9%). Le percentuali più elevate si confermano nel Nord (18,0%), rispetto al Centro (15,2%) e al Mezzogiorno (13,2%), senza sostanziali variazioni nel tempo delle distanze territoriali.

1. SALUTE

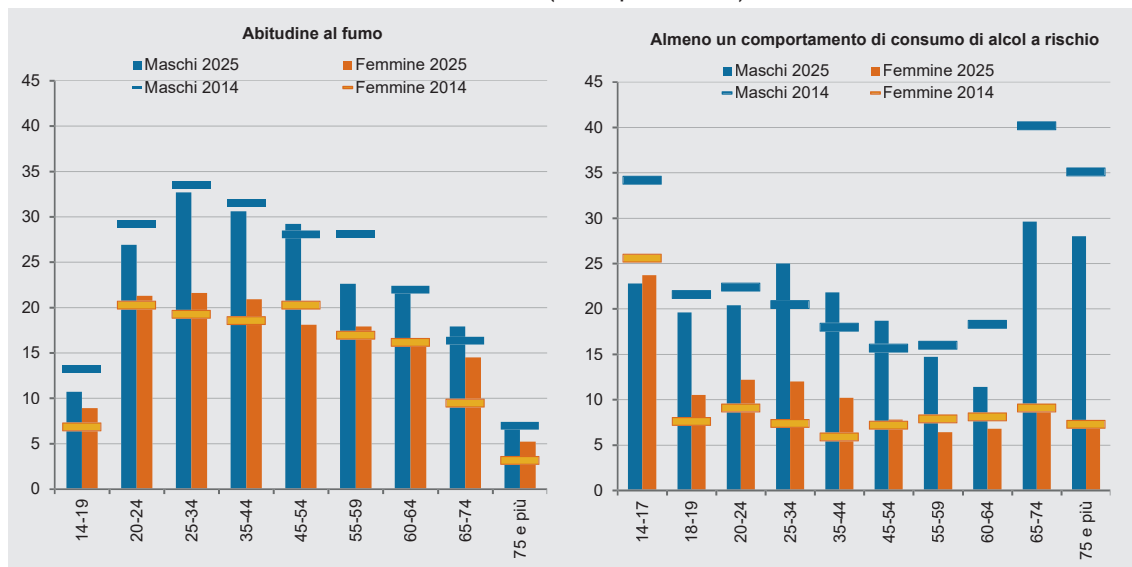
Il gap di genere rimane elevato: ha abitudini a rischio nel consumo di bevande alcoliche il 22,0% degli uomini contro il 9,9% delle donne. Come già per il fumo, nel tempo si riduce la distanza di genere e i comportamenti a rischio delle donne si vanno lentamente allineando a quelli degli uomini poiché aumenta il consumo a rischio tra le donne e, viceversa, si riduce tra gli uomini (il divario era di 15,1 p.p. nel 2014, scende a 12,1 p.p. nel 2025).

I consumi a rischio sono più frequenti tra i minori (23,3% delle persone di 14-17 anni) e tra i giovani di 20-34 anni (18,1%), ma sono elevati anche tra le persone di almeno 65 anni (17,2%) (Figura 8). Tuttavia, le modalità sono nettamente differenti tra giovani e anziani: più legate agli eccessi nel fine settimana per i primi, di tipo giornaliero non moderato per i secondi.

Tra il 2014 e il 2025 diminuisce significativamente il consumo di alcol a rischio tra i giovanissimi di 14-17 anni (-6,7 punti percentuali) e gli anziani di 65-74 anni (-5,2 punti percentuali). Per entrambi la riduzione riguarda principalmente gli uomini. Al contrario, aumentano i comportamenti a rischio nelle età centrali, soprattutto tra i 25 e i 44 anni (+4,5 punti percentuali).

La relazione tra consumo di alcol a rischio e istruzione varia per età: tra le persone di 25-44 anni il consumo a rischio è più diffuso tra i più istruiti (18,6% tra i laureati, 13,4% tra chi ha al più la licenza media); tra le persone di 45-64 anni non si osservano, invece, differenze per titolo di studio; infine, tra gli ultrasessantacinquenni, il consumo a rischio è più diffuso tra i meno istruiti.

Figura 8 - Proporzione standardizzata per età di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare abitualmente e che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per classe di età e sesso. Anni 2014 e 2025 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

1. SALUTE

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 residente.

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.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

3. **Indice di salute mentale (MH):** 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 SF-36 (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 è un punteggio standardizzato che varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

4. **Mortalità evitabile (0-74 anni):** Decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica). La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili si basa sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019; a partire dal 2020 il Covid-19 è stato inserito da Eurostat tra le cause di morte prevenibili. Tassi standardizzati con la popolazione europea del 2013 all'interno della classe di età 0-74 per 10.000 residenti.

Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte.

5. **Mortalità infantile:** Decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti.

Fonte: Istat, per i decessi: Indagine su decessi e cause di morte; per i nati vivi: Rilevazione annuale Movimento e calcolo della popolazione residente

6. **Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni):** Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati con la popolazione europea del 2013 all'interno della classe di età 15-34 anni, per 10.000 residenti.

Fonte: Istat, per i decessi: Rilevazione degli incidenti stradali con lesione a 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 con la popolazione europea del 2013 all'interno della classe di età 20-64 anni, per 10.000 residenti.

Fonte: Istat, per i decessi: Istat, Indagine su decessi e cause di morte; per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.

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 con la popolazione europea del 2013 all'interno della classe di età 65 anni e più, per 10.000 residenti.

Fonte: Istat, per i decessi: Istat, Indagine su decessi e cause di morte; per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.

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 multiscopo sugli 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 residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

11. **Eccesso di peso (tassi standardizzati):** Proporzione standardizzata con la popolazione europea del 2013 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 multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

12. **Fumo (tassi standardizzati):** Proporzione standardizzata con la popolazione europea del 2013 di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

13. **Alcol (tassi standardizzati):** Proporzione standardizzata con la popolazione europea del 2013 di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più. Tenendo conto delle raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute acquisite dai "Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti" (LARN 2014) e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di 6 o oltre unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*).

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

14. **Sedentarietà (tassi standardizzati):** Proporzione standardizzata con la popolazione europea del 2013 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 multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

15. **Adeguata alimentazione (tassi standardizzati):** Proporzione standardizzata con la popolazione europea del 2013 di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana.

1. SALUTE

Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Speranza di vita alla nascita (a)	Speranza di vita in buona salute alla nascita (a)	Indice di salute mentale (MH) (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (e)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (f)
	2025 (*)	2025 (*)	2025	2023	2023	2025	2023
Piemonte	83,6	59,2	68,8	16,7	2,3	0,6	7,7
Valle d'Aosta/ <i>Vallée d'Aoste</i>	83,7	59,4	67,8	15,1	2,8	0,4	5,4
Liguria	83,7	60,8	69,4	15,6	2,2	0,6	7,4
Lombardia	84,3	60,2	68,2	14,6	2,7	0,4	7,0
Trentino-Alto Adige/ <i>Südtirol</i>	84,8	65,3	71,7	13,3	2,5	0,9	6,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	84,5	67,9	73,1	13,3	1,9	1,1	5,8
<i>Trento</i>	85,0	62,7	70,3	13,2	3,2	0,7	6,1
Veneto	84,4	61,4	69,2	13,3	2,2	0,7	6,4
Friuli-Venezia Giulia	84,1	62,1	70,9	15,6	2,1	0,7	6,8
Emilia-Romagna	84,2	58,9	68,5	14,4	2,1	0,6	6,8
Toscana	84,3	61,7	68,6	13,8	2,1	0,4	6,9
Umbria	84,1	59,6	68,5	14,5	2,9	0,2	6,5
Marche	84,4	60,4	67,9	13,9	2,3	0,5	6,8
Lazio	83,6	59,1	68,6	17,0	2,5	0,6	7,6
Abruzzo	83,7	60,6	69,5	16,9	2,5	0,5	7,5
Molise	82,6	58,4	67,5	18,1	2,4	0,3	7,8
Campania	82,1	56,9	67,0	20,6	3,3	0,7	9,2
Puglia	83,5	57,8	68,4	16,2	2,4	0,8	7,6
Basilicata	83,1	54,9	69,3	15,6	2,2	1,1	7,6
Calabria	82,9	52,6	69,1	18,7	2,6	0,4	8,0
Sicilia	82,6	55,9	69,6	17,6	3,7	0,7	7,8
Sardegna	83,1	56,6	71,2	17,6	1,8	0,7	8,2
Nord	84,2	60,3	68,8	14,7	2,4	0,5	6,9
Nord-ovest	84,0	59,9	68,4	15,3	2,5	0,5	7,2
Nord-est	84,4	60,9	69,3	14,0	2,2	0,7	6,6
Centro	84,0	60,1	68,5	15,4	2,4	0,5	7,2
Mezzogiorno	82,8	56,7	68,7	18,1	3,0	0,7	8,2
Sud	82,8	56,9	68,0	18,4	2,9	0,7	8,3
Isole	82,7	56,1	70,0	17,6	3,3	0,7	7,9
Italia	83,7	59,1	68,7	16,0	2,6	0,6	7,4

Fonte: Istat, Indicatori Bes

- (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.

1. SALUTE

	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (g)	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) (h)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (a)	Eccesso di peso (tassi standar- dizzati) (i)	Fumo (tassi stan- dardizzati) (j)	Alcol (tassi standar- dizzati) (j)	Sedentarietà (tassi standar- dizzati) (j)	Adeguate alimentazione (tassi standar- dizzati) (k)
	2023	2025	2025 (*)	2025	2025	2025	2025	2025
	34,6	37,7	12,0	41,9	19,1	18,3	25,7	20,5
	48,6	50,3	10,1	43,3	19,3	23,8	22,3	18,5
	32,0	49,5	10,6	40,3	20,8	17,0	23,1	20,8
	36,1	47,8	11,5	42,1	19,3	17,1	21,6	17,8
	33,3	35,2	11,8	39,3	16,8	23,6	14,8	19,5
	36,5	36,1	11,2	38,3	18,8	24,9	13,6	12,5
	30,7	34,4	12,3	40,2	14,8	22,3	16,0	26,5
	35,5	36,3	12,2	44,6	19,1	19,5	19,8	16,0
	27,4	38,6	11,8	42,9	17,6	20,0	22,2	20,8
	32,8	48,8	10,3	43,6	21,5	16,3	19,5	17,9
	31,7	45,9	11,4	42,9	20,3	16,6	25,0	18,3
	31,5	54,3	9,0	42,5	24,5	16,5	29,5	19,1
	35,2	40,0	12,1	42,1	19,0	15,5	24,2	18,1
	31,3	46,3	10,7	41,3	20,2	14,2	30,1	18,3
	36,3	50,7	10,6	46,9	20,2	15,3	32,4	14,5
	24,4	41,5	10,4	48,5	19,0	18,5	32,0	11,0
	28,1	57,6	9,0	51,5	19,9	13,0	45,9	11,8
	32,3	55,3	9,9	50,8	18,8	13,3	40,5	12,1
	28,7	53,9	10,0	47,3	22,7	15,0	42,8	10,0
	23,8	57,8	8,8	46,9	17,9	13,1	47,4	13,8
	30,9	50,0	9,9	50,0	23,7	10,8	47,0	11,9
	40,2	47,4	9,5	41,0	20,2	18,0	28,2	20,5
	34,5	43,6	11,5	42,7	19,5	18,0	21,5	18,2
	35,3	45,3	11,5	41,9	19,4	17,5	22,8	18,8
	33,3	41,2	11,4	43,6	19,7	18,7	19,5	17,5
	32,0	46,0	10,9	41,9	20,4	15,2	27,8	18,3
	31,0	53,4	9,6	49,3	20,5	13,2	42,6	12,9
	29,7	55,6	9,5	50,0	19,4	13,5	42,9	12,3
	33,5	49,2	9,8	47,8	22,8	12,6	42,2	14,0
	32,9	47,2	10,8	44,7	20,0	15,8	29,8	16,5

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

(h) Tassi per 100 persone di 75 anni e più.

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

(j) Tassi standardizzati per 100 persone di 14 anni e più.

(k) Tassi standardizzati per 100 persone di 3 anni e più.

(*) I dati sono provvisori.

